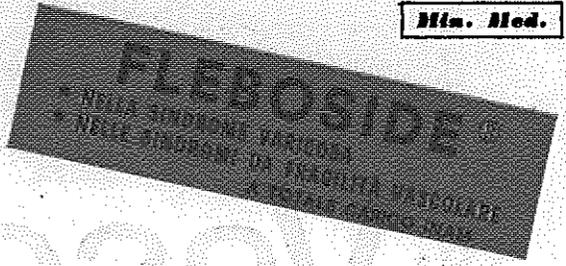


Dott. Lulloni Luigi

**ATTIVITÀ DELLA SOCIETÀ
MEDICO-CHIRURGICA LUCANA**
Publicazione periodica bisettimanale
Spedizione in abbonamento postale - Gruppo 1 bis/70
Vol. 64 - N. 52 (7 Luglio 1973)

Min. Med.



Minerva Medica

MINERVA MEDICA ARGENTINA - MINERVA MEDICA VENEZOLANA - MINERVA MEDICA GRECA
PANMINERVA MEDICA INGLESE - PANMINERVA MEDICA SPAGNOLA

GAZZETTA BISETTIMANALE PER IL MEDICO PRATICO

ACIDO ACETILSALICILICO

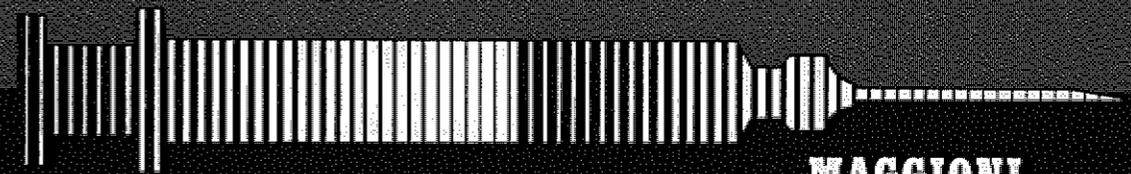
INIETTABILE:

FLECTADOL

ANTALGICO POTENTE

AD AZIONE

RAPIDA, INTENSA, PROLUNGATA.



MAGGIORI

Fig. 1. 2200 Mac. Barck

Vasculat[®]

**dinamico
circolatorio**

**betamimetico
competitivo**

**gocce
fiale**

**totale
INAM**



**Boehringer
Ingelheim
Firenze**



DOGMATIL

neurolettico-psicotropo

oggi prescrivibile al pubblico

Recente scoperta della Delagrangé di Parigi, il DOGMATIL è un farmaco originale e del tutto nuovo sia per la sua struttura chimica sia per le sue proprietà farmacologiche ed i suoi effetti terapeutici. La sua presentazione alla classe medica è stata la conclusione di sette anni di lavori sperimentali e clinici, di numerose perizie ufficiali, della valutazione dei risultati relativi alla somministrazione di decine di milioni di dosi in un centinaio di paesi. Il risultato di queste ricerche è un farmaco senza equivalenti farmacologici terapeutici conosciuti, dotato di una brillante efficacia, di una notevole sicurezza d'impiego, di una tolleranza clinica eccezionale per questo tipo di medicamento.

Confezioni: sciroppo · fiale · capsule · compresse

Scoperta e brevetto internazionale:

DELAGRANGE s. a. PARIGI

Marchio originale: DOGMATIL

In Italia: VITA DELAGRANGE s.p.a. TORINO

Novità Editoriale

TRATTATO DI RIANIMAZIONE

Manuale teorico pratico per medici e studenti

diretto da E. CIOCATTO

con la collaborazione di L. Bianchetti - U. Delfino - B. Giardina
M. Maritano - R. Pattono - M. A. Trompao - O. Zaffiri - G. P. Zocche
e con la consulenza farmacologica di E. Beccari

Un volume rilegato di 1040 pagine con 197 figure in nero e a colori e 151 tabelle
L. 28.000

EDIZIONI MINERVA MEDICA

39/C

M. CAPPELLIN
P. FISCHETTI

LE FLEBOTROMBOEMBOLIE TRAUMATICHE

Volume di 228 pagine con 11 figure in nero e colori

Lire 8000

EDIZIONI MINERVA MEDICA

42/C

VASORUTINA

ANGELINI
emostatica



IPERTENSIONE - ARTERIOSCLEROSI

VASORUTINA

ANGELINI
forte

Minerva Medica

Gazzetta bisettimanale per il Medico pratico

Albo d'Onore

E. G. Ollaro 1936 - A. Ceconi 1937
F. Michali 1937 - O. Uffreduzzi 1943
A. M. Dogliotti 1966

Consiglio Direttivo

A. Baretta Anguissola (Roma)
N. Dloguardi (Milano)
G. C. Dogliotti (Torino)
G. Lenti (Torino)

A. Baserga - P. Baatal - D. Campanacci - A. Canigaglia - M. Coppo - G. Daddi - G. B. Dell'Acqua
E. Fieschi - P. Fornara - G. Gigli
P. Larizza - F. Lenzi - B. Magnani - F. Magrassi - A. Omodai
Zorini - G. Patrassi - G. Sotglu
E. Storti - A. Turchetti - L. Villa

Direttore Responsabile

T. Ollaro

Redattori

E. Anglesio - G. Artino - G. Biancini
L. Busi - F. De Mattei - R. De Mattie
R. De Vecchi - F. Foa - G. Maschiotti
A. Monti - G. C. Parenti - G. Pasini
G. Scavoia

M. Basche (Gastroenterologia) - B. Bellon
(Radiologia) - D. Cavanne (Chimica Farmaceutica) - E. Concina (Broncopneumologia) - G. De Dominicis (Medicina del Lavoro) - F. Di Nola (Malattie Infettive) - A. Ferrari Sacco (Tisiologia) - P. A. Giudice (Chirurgia) - L. Martinengo (Film medicoscientifici) - F. Ormea (Dermatologia) - A. Paganì (Ortopedia) - S. Rocchietta (Farmacologia) - A. Salvati (Ginecologia)

Corrispondenti

F. Bianchi (Ancona) - G. Benelli (Bologna)
R. Dionigi (Pavia) - V. Febbrocini (Napoli)
W. Montorsi (Milano) - R. Morgante (Verona) - U. Pallini (Pisa) - U. Piazza (Roma)
U. A. Pini (Parma) - L. Premuda (Trieste)
S. Scarambocchi (Genova) - N. Simonetti (Bari)
P. L. Tanzi (Firenze) - F. Turci (Taranto)

Redattore Capo G. C. Angela

Abbonamento annuo a

MINERVA MEDICA L. 14.000

Estero L. 22.000

comprensivo di

Europa Medica - Medicina Tedesca - Minerva Aerospaziale - Minerva Medica Giuliana - Minerva Medica Siciliana - Minerva Ospedaliera - Rassegna di Ipnosi e Medicina Psicofisica - Giornale dell'Istituto Italiano di Cardiocirurgia - Il Quotidiano Minerva Medica

con tre Supplementi

Dizionario delle Specialità Farmaceutiche - Collana Monografica - Informazioni e Attualità Mondiali

Abbonamento annuo a

MINERVA MEDICA E VITALITA'

per l'Italia L. 15.000

La Rivista, proprietaria di tutti i diritti d'autore, è posta sotto la tutela delle leggi internazionali sulla stampa

La Rivista si compone in due parti (Varie e Scientifica) ciascuna con numerazione distinta

10126 Torino

Corso Bramante 83-85 - Tel. 67.82.82 - Casella Postale 491

Ufficio di Milano - Via Lamarmora 3

Ufficio di Roma - Via Archimede 28

MICOREN®

100

MICOREN®

COMPOSITUM

MICOREN®

EFEDRINA

Micoren® 100 perle - per il trattamento delle affezioni broncopolmonari croniche e dell'insufficienza cardiorespiratoria

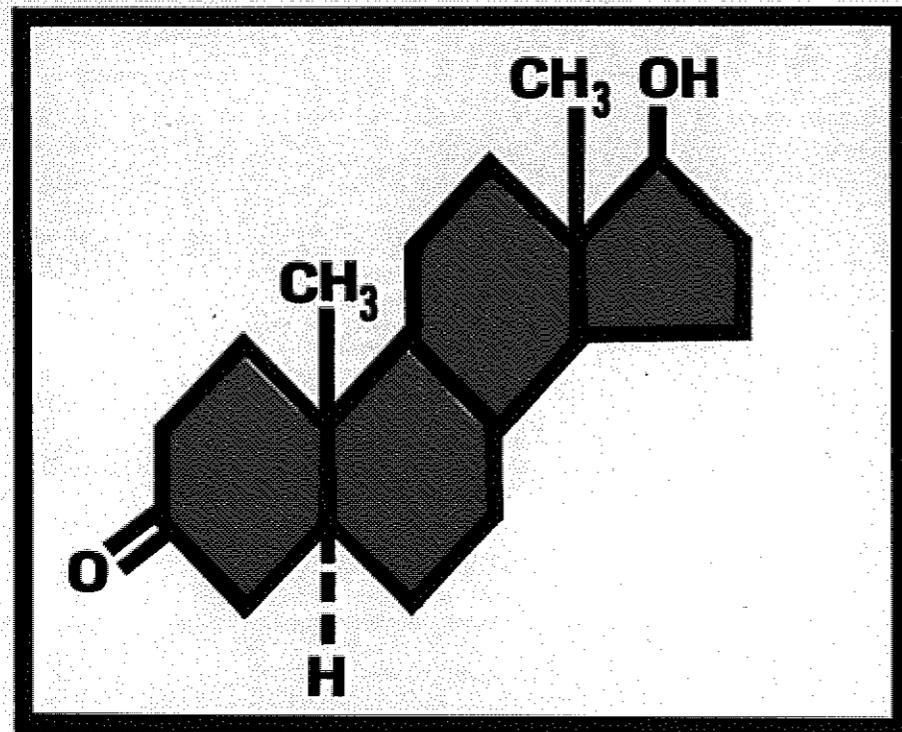
Micoren® compositum perle - per le astenie di origine circolatoria e affaticamento fisico e psichico

Micoren® Efedrina perle - per il trattamento della bronchite cronica di tipo asmatico

inam per ulteriori informazioni vedere prospetto di confezione

Geigy S.p.A. Milano

STEROIDE ANABOLIZZANTE NON VIRILIZZANTE



ANABOLEX

ANDROSTAN 17β-OL-3-ONE

1 compressa = 25 mg. di
ANDROSTANOLONE



TOTALE INAM

Minerva Medica

10126 TORINO - CORSO BRAMANTE 83-85 (CASELLA POSTALE 491) - TEL. 67.82.82

I lavori accettati sono pubblicati gratuitamente sino ad un massimo di otto pagine di stampa; devono essere dattilografati e non si restituiscono anche se non pubblicati; devono essere corredati da un autoriscontro in italiano contenuto in quindici righe e la Redazione della Rivista si incarica della traduzione in lingua inglese. Le tabelle, i clichés e gli estratti, nel formato della Rivista, vanno addebitati agli Autori a prezzo di costo. La bibliografia deve essere compilata secondo l'ordine alfabetico degli Autori oppure può essere numerata secondo i riferimenti numerici nel testo; deve inoltre seguire il seguente schema: cognome dell'Autore, iniziale del nome, titolo del lavoro nella lingua originale, titolo della Rivista abbreviato, volume, pagina, (mese) anno. Qualora la citazione bibliografica si riferisca ad un libro, il titolo dovrà essere riportato nella lingua originale, seguito dal nome dell'editore, dal luogo di edizione e dall'anno di pubblicazione. Agli Autori è concessa una sola correzione di bozze. Lavori e corrispondenza, assenti e vaglia devono essere inviati a « Minerva Medica », Casella Postale 491 - Corso Bramante 83-85 - 10126 Torino.

Vol. 64

N. 52 (7 Luglio 1973)

INDICE

ATTIVITÀ DELLA SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA LUCANA

A. Dell'Erba: Il consenso alla prestazione medica e chirurgica 2693

R. Caforio: Rilievi sulla frequenza e distribuzione del favismo nella Provincia di Matera 2700

S. A. D'Andrea: La rottura d'utero problema sempre di attualità 2704

M. Grimaldi - F. Schettini: Metastasi uterina da carcinoma mammario 2708

G. Guericchio: Osservazioni sulla I derivata del piezogramma carotideo 2710

G. Lamacchia: La gravidanza pretermessa 2715

F. Manfredi - N. Rizzi: Rilievi statistici ed anatomo-clinici su 719 casi di carcinoma della laringe e dell'ipofaringe . . . 2719

M. Padula: L'attività profilattica dell'O.N.M.I. nella Provincia di Matera 2727

P. Pontrandolfi: Infortuni stradali 2730

A. Rizzo - D. Mecca: Il cardiopatico nell'Ospedale Moderno 2733

G. Signorello: L'allergia cutanea nell'ascaridiosi 2736

G. Signorello: Considerazioni tecniche ed organizzative su un Centro tumori, dotato di alte energie, nella Provincia di Potenza 2741

Libri 2750

VARIA

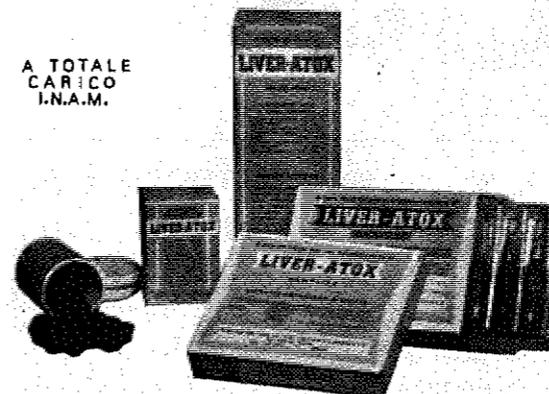
Il Quotidiano Minerva Medica

Notiziario XII

Consultori genetici prenatali: il Convegno Nazionale Laureati

(Continuano a pagina seguente)

A TOTALE
CARICO
I.N.A.M.



LIVER ATOX



il più efficace ed il più completo curativo delle epatopatie e delle malattie dipendenti da stati di intossicazione e di disfunzione del fegato.

Istituto Chimico Internazionale

INDICE (continuazione)

Scienze Biologiche — Le protesi valvolari cardiache di Bjork-Shiley. Conferenza del Prof. Bjork all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Riunioni e congressi . . . XIII

XIV Convegno Medico-Chirurgico della Repubblica di San Marino — XXIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Ematologia — Congresso Internazionale sull'articolazione del ginocchio — 2° Congresso dell'Associazione Europea per la Chirurgia Maxillo-Facciale.

Corsi di perfezionamento . . . XIV

Corso di aggiornamento su « Alterazioni congenite e acquisite della coagulazione: metodi di studio », organizzato dalla Fondazione Giovanni Lorenzini.

La Minerva Medica presenta:

TRAUMATOLOGIA - APPARATO LOCOMOTORE. - F. Fusi. - II edizione. Opera in due volumi rilegati di grande formato di complessive 710 pagine con 1058 figure a colori. - L. 38.000.

MALATTIE DELLA PELLE. - G. C. Andrews, G. Manganotti. - Due volumi rilegati di complessive 1300 pagine con 760 figure in nero e a colori. - L. 28.000.

SEMEIOTICA CHIRURGICA. - P. C. Borsotti. - II Edizione. - Un volume rilegato di 792 pagine con 351 figure in nero e a colori. - L. 12.000.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA NELL'INFANZIA. - L. Racugno, G. Pisani. - Un volume rilegato di 1030 pagine con 427 figure. - L. 15.000.

TRAPIANTI D'ORGANO. - G. Dei Poli, P. A. Rosso, R. Weisz, N. Dei Poli. - Un volume rilegato di 268 pagine con 14 figure in nero e a colori. - L. 10.000.

EFFETTI BIOLOGICI DELLE RADIAZIONI. - J. E. Coggle. - Traduzione dall'inglese a cura di E. M. Stoppa. - Un volume di 174 pagine con 73 figure. - L. 4.500.

LA RADIOPELVIMETRIA. - E. Mantero, L. Bagnoli, A. Parini, F. Pianetti. - Un volume di 152 pagine con 70 figure. - L. 5.000.

TETRACICLINE E TESSUTO OSSEO. (Problemi fisiopatologici, farmacologici e clinici). - G. Letizia, S. Patania. - Un volume di 156 pagine con 8 figure. - L. 6.000.

riniti sinusiti rinofaringiti

RINOJET VALEAS

Spray dosato

con fenilefrina
nelle forme
acute

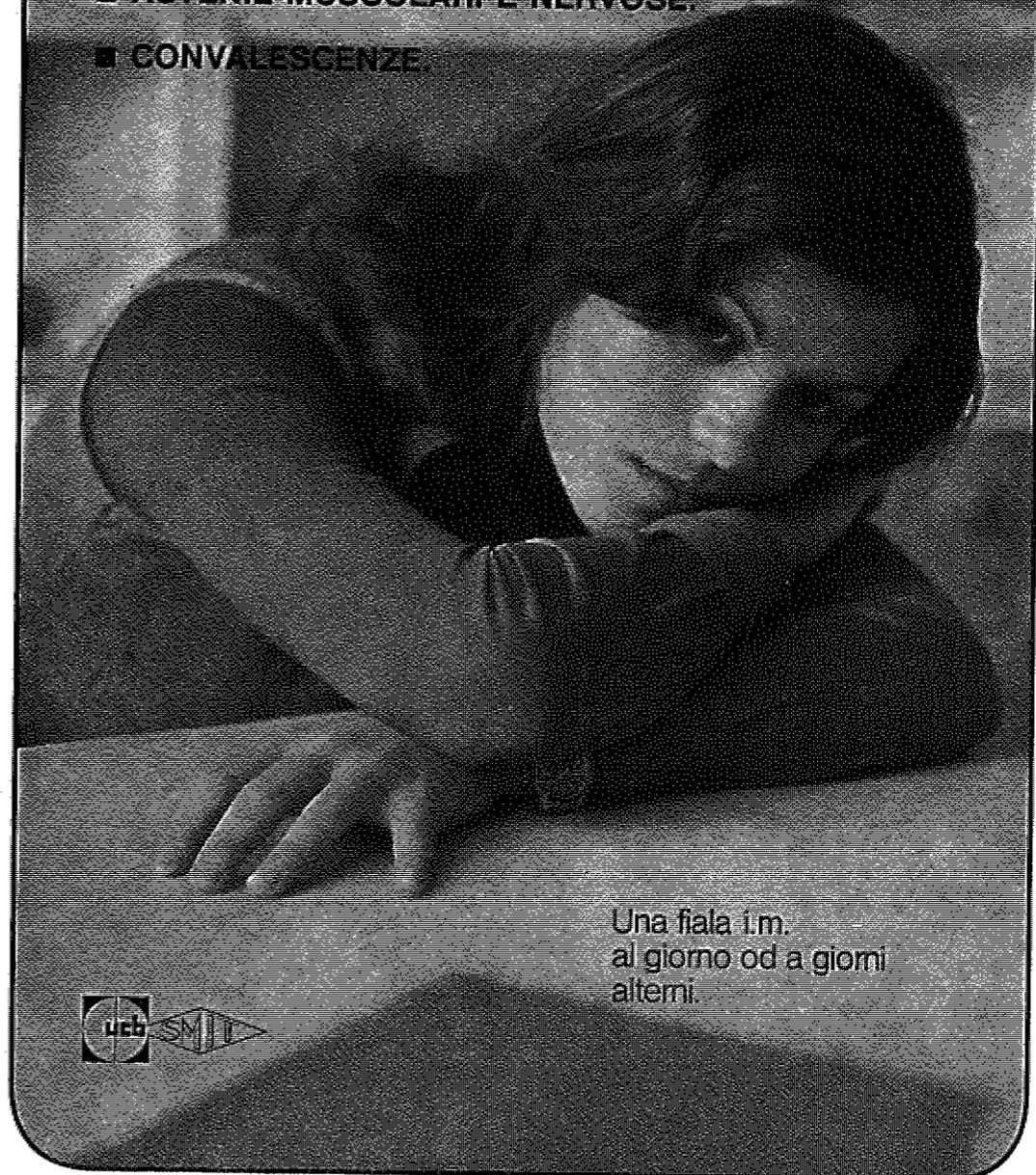
senza fenilefrina
nelle forme
croniche

Indispensabile alternativa per un trattamento
razionale e selettivo

a totale carico INAM

eparcerebro®

- SOVRAFFATICAMENTO FISICO E MENTALE
- DISTONIE NEUROVEGETATIVE E NEUROENDOCRINE
- ASTENIE MUSCOLARI E NERVOSE
- CONVALESCENZE



Una fiala i.m.
al giorno od a giorni
alterni.



IL QUOTIDIANO MINERVA MEDICA

QUOTIDIANO STRAORDINARIO
ANNO XXIII
7 Luglio 1973

QUOTIDIANO DI INFORMAZIONE E CRITICA PER IL MEDICO PRATICO
REDATTO CON LA COLLABORAZIONE DEL GRUPPO GIORNALISTICO MINERVA MEDICA
REDATTORI F. Bianchi - V. Fabbrocci - A. Ferrari Sacca - U. Piazza - U. A. Pini
A. Salvati - N. Simonetti - F. Turci
Direttore Responsabile T. Oltaro

EDIZIONI MINERVA MEDICA
TORINO
Corso Bramante 83-85

Organizzata dal Centro Minerva Medica

La Settimana Medica a Pugnochiuso

Conferenze e Simposi hanno trattato svariati argomenti: dalla terapia dei tumori all'arteriosclerosi, dalla terapia antibiotica a problemi di dietetica, dalla gastroenterologia alla epatologia

Le conoscenze dei medici se non sono continuamente aggiornate e rinnovate vanno incontro ad un deperimento progressivo e rapido. Si calcola che in sette anni quasi la totalità delle cognizioni apprese all'Università, se non rinnovate, si dimenticano o vengono superate da nuovi dati.

Ne scaturisce la necessità di iniziative che aggiornino attraverso corsi e mezzi tecnici moderni il sapere scientifico. Il problema è stato previsto anche dalla riforma sanitaria.

Questo in sintesi è quanto ha affermato il Prof. L. Nuzolillo, Direttore Generale dei Servizi di Medicina Sociale del Ministero della Sanità che in rappresentanza del Ministro ha inaugurato la Settimana Medica che, organizzata dal Centro Minerva Medica, è iniziata il 13 maggio 1973 presso il Centro Congressi di Pugnochiuso, nel Gargano.

Durante la cerimonia inau-

gurale lo stesso concetto è stato espresso dal Prof. C. Malaguzzi-Valeri, Clinico Medico di Bari e Presidente del Comitato Ordinatore.

Durante la Settimana diverse centinaia di Medici si sono alternati a Conferenze e Simposi che si sono svolti a Pugnochiuso.

La prima giornata è stata dedicata alla terapia dei tumori mediante un nuovo preparato che sembra offrire risultati promettenti specialmente in alcune forme neoplastiche. Si tratta del «Pep-tichemio», messo a punto da un gruppo di ricercatori italiani dell'Istituto Sieroterapico Milanese e che secondo quanto hanno affermato De Barbieri di Milano, Mellillo di Napoli, Battelli di Ancona, Chiappino di Milano, Atzeni di Firenze, Nozzoli di Firenze, Carnevali di Parma, Pipino di Milano, si è dimostrato particolarmente efficace nella cura dei tumori polmonari, della pelle e del sangue.

Nel pomeriggio il Prof. G. Moricca, Primario di Terapia del dolore dell'Istituto dei Tumori Regina Elena di Roma, è stato moderatore di una Tavola rotonda a cui sono intervenuti clinici ed oncologi italiani e stranieri.

Come è noto tra le conquiste più nuove e positive dell'oncologia vi è l'acquisizione che anche quando nulla può più essere fatto per salvare la vita al malato di tumore, si può fare molto o tutto per

fargli trascorrere senza dolori il tempo che gli resta ancora da vivere.

Il Prof. Moricca ed i suoi collaboratori hanno parlato dei cosiddetti «Blocchi analgici» e dell'inattivazione dell'ipofisi, che è inoltre responsabile del progredire di alcuni tumori detti ormonocondizionati.

Successivamente si è svolta la Giornata organizzata in collaborazione con la Richter sulla «Arteriosclerosi». Hanno avuto inoltre luogo Simposi di aggiornamento su temi di viva attualità, come ad esempio il Simposio di Reumatologia in collaborazione con la Boots-Formenti, moderato dai Professori Ballabio di Milano e Pipitone di Bari.

Una Giornata è stata poi dedicata alla terapia antibiotica, unitamente con la Eli Lilly Italia, durante la quale sono stati messi in risalto la possibilità ed i limiti degli antibiotici nelle infezioni dei diversi organi ed apparati.

Nel corso del Convegno di Studio Sangemini hanno parlato dell'alimentazione della gestante e del bambino due periodi estremamente delicati in cui si deve seguire una sana alimentazione.

Problemi di dietetica sono stati presi in esame durante una intera giornata; oggi infatti è possibile non privarsi di determinati cibi, ritenuti dannosi e controindicati in particolari condizioni. Ad

esempio alcune paste alimentari, fra cui la proteopasta, hanno affermato eminenti studiosi di dietetica, possono essere assunte senza timori di aumento di peso.

Infine a chiusura della Settimana, due giorni sono stati dedicati alla gastroenterologia ed all'epatologia. La Giornata Crinos di gastroenterologia, è stata moderata dal Prof. Labò, Direttore della Patologia Medica di Bologna, mentre i Prof. Malaguzzi-Valeri, Albano, De Pergola e Marinaccio di Bari e Caroli di Parigi, hanno parlato nel corso del Simposio promosso dalla Fondazione Lorenzini della terapia medica e chirurgica della cirrosi.

Associazione Nazionale Enti Ospedalieri Psichiatrici

Andrea Prele nuovo Presidente

L'Assemblea dell'Associazione Enti Ospedalieri Psichiatrici (ANEOP) ha eletto gli organi dirigenti per il prossimo triennio. E' stato nominato Presidente Andrea Prele, Presidente degli Ospedali Psichiatrici di Torino.

I rappresentanti degli Enti associati hanno riconfermato, in questo momento in cui si fa sempre più viva e pressante in Italia l'esigenza di un radicale rinnovamento dell'assistenza psichiatrica con il superamento delle vecchie strutture, la validità dell'Associazione.

BRUFEN
nuovo
antireumatico
efficace
ed innocuo
BOOTS-FORMENTI S.p.A. - MILANO

OMEOGEN

OMEOGEN

OMEOGEN

GLAXO

Glaxo Research Ltd. Gran Bretagna

Glaxo-Laboratori di Ricerche-Italia

PEPOTREX

Primo Congresso Mondiale sulla Immunologia in Ostetricia e Ginecologia

Anche per il feto si può parlare di trapianto

Non pochi ginecologi ritengono da tempo che il feto rappresenti per la madre un trapianto omologo e che il parto normale altro non sia che una forma di rigetto molto ritardata nel tempo.

L'importanza dei fenomeni immunologici nel campo ostetrico e ginecologico, ancorchè sottovalutata per molti decenni, ha risvegliato oggi l'interesse più qualificato dei ginecologi per i riflessi e le correlazioni fra i due campi.

Basti pensare che grazie all'immunologia sono stati risolti quasi completamente gli aspetti patogenetici e clinici della malattia emolitica del neonato con somministrazione di anticorpi anti-RH.

Così ha affermato nella conclusione del Primo Congresso Mondiale sull'Immunologia in Ostetricia e Ginecologia (svoltosi a Padova dal 7 al 9 giugno 1973 e organizzato dal Centro Minerva Medica) il Prof. A. Centaro, Direttore della Clinica Ostetrica e Presidente del Congresso stesso.

L'illustre clinico, riferendo ad oltre 400 ginecologi convenuti da ogni parte del mondo, il significato e le finalità del congresso, ha messo in luce quali siano le possibilità dell'applicazione nel settore ginecologico delle scoperte immunologiche, mediante le quali oggi è possibile far luce su numerosi aspetti della sterilità maschile e femminile dei tumori e di alcune forme morbose che insorgono in gravidanza.

L'immunologia potrebbe essere definita la scienza che studia le proprietà innate in ciascun corpo umano per cui questo è in grado di riconoscere, di difendere e spesso di rigettare tutto ciò che non faccia parte di sé stesso.

Non desta quindi meraviglia che addirittura alcuni casi di sterilità coniugale vengano spiegati con una sensibilizzazione dell'organismo femminile verso sostanze contenute negli elementi germinali maschili.

Ne ha riferito specificamente, fra gli altri, Carretti, noto studioso dell'argomento e Segretario generale dell'Assise di Padova.

A Padova erano presenti i più qualificati cultori della materia: Voisin (France), Mancini (Argentina), Pousset (France), Pala (Italia), Rumke (Netherlands), Shulman (U.S.A.), Bratanov (Bulgaria), Edwards (U.K.), Jones (Australia), Chen (Singapore), Isojima (Japan), Ovary (U.S.A.), Stolp (W. Germany), Johnson (U. K.), Gitlin (U.S.A.), Ceppellini (Italia). [*]

Da Parma

RELAZIONI ALLA SOCIETA' DI MEDICINA E SCIENZE NATURALI

L'ischemia celiaco-mesenterica cronica da compressione di tronco arterioso comune celiaco-mesenterico (Relazione dei Prof. Chiampo e Lampugnani). — I Prof. L. Chiampo e R. Lampugnani dell'Istituto di Patologia Chirurgica dell'Università di Parma hanno riportato un caso di ischemia celiaco-mesenterica cronica da compressione di tronco arterioso comune celiaco-mesenterico. Dopo una breve descrizione del caso clinico con presentazione del quadro radiologico, che ha mostrato in modo evidente un'insorgenza comune del tronco celiaco e dell'arteria mesenterica superiore, è stata sottolineata la rapidità della triade sintomatologica di tale anomalia vascolare, rispetto alla lentezza di evoluzione di altri quadri di ischemia celiaco-mesenterica.

*L'azione del $Ball_2$ sull'attività spontanea dei chemorecettori di barbiglio isolato di *Ameiurus nebulosus** (Relazione dei Prof. Rapuzzi ed

Ungaro). — Nel quadro di ricerche elettrofisiologiche sui chemorecettori di *Ameiurus nebulosus*, i Prof. G. Rapuzzi e S. Ungaro dell'Istituto di Fisiologia generale dell'Università di Parma hanno esaminato l'origine dell'elevata attività elettrica spontanea di tali recettori ed in particolare se essa è correlabile a particolari condizioni di eccitabilità nell'apparato recettore. A tal fine si è verificato se le variazioni del contenuto in Ca^{++} del liquido ambiente dell'apparato recettore modificano l'intensità della loro attività elettrica spontanea.

Effetti di esaltazione e di inibizione sono stati osservati rispettivamente con l'introduzione nello spazio sottopiteliale di liquidi a contenuto in Ca^{++} ridotto o aumentato rispetto alla norma o addizionato di $BaCl_2$ antagonista del Ca^{++} .

Con notevole sensibilità dell'attività elettrica dei prepa-

rati a tests capaci di modificare i rapporti tra Ca^{++} e apparato recettore è stato possibile evidenziare una labilità di tali rapporti.

In questa caratteristica facilitante fenomeni autoritmici potrebbe essere ravvisata la condizione obbiettiva favorevole all'insorgere di attività spontanea elevata nell'apparato dei chemorecettori di *Ameiurus nebulosus*. Questa ultima pertanto in base a questa origine potrebbe avere importanza fisiologica nel meccanismo d'azione dei recettori esaminati.

La sensibilità al $Ball_2$ dei recettori linguai di rana trattati con reserpina e adrenalina (Relazione dei Prof. Rapuzzi e Baruffi). — L'abbondante innervazione simpatica dei recettori di rana e la probabile presenza di materiale adrenergico nelle loro cellule sensoriali indica come l'adrenalina rivesta grande importanza per l'attività di questi recettori.

Nell'intento di approfondire tale eventualità i Prof. G. Rapuzzi e S. Baruffi, dell'Istituto di Fisiologia generale dell'Università di Parma hanno esaminato se e come la somministrazione di adrenalina a preparati linguai isolati di rana influenzi la loro risposta agli stimoli.

Si è accertato che l'adrenalina esogena ripristina ai valori normali l'intensità della risposta dei recettori alle soluzioni stimolanti di $CaCl_2$ depressa dal trattamento con reserpina effettuato sia « in vivo » che « in vitro » mediante perfusione del circolo linguale. La riproducibilità degli effetti dell'adrenalina nelle due condizioni sperimentali appare a favore di un'azione di tipo diretto della sostanza nella funzione recettoria ed avente sicura importanza per l'attività nei recettori stessi. [U. Pini]

Direttore Resp. T. OLIVARO
Tip. Ed. Minerva Medica - Torino
Aut. Trib. Torino, 643 (21-5-1951)



In bustine per la preparazione di una bevanda effervescente assai gradevole.

NOTIZIARIO

Consultori genetici prenatali: il Convegno Nazionale Laureati Scienze Biologiche. — In occasione del Convegno Nazionale dei Laureati in Scienze Biologiche organizzato dall'omonima Associazione Nazionale presso l'Istituto Superiore di Sanità, è stato fatto il punto sulla genetica in Italia. Anzitutto mancano i consultori, nessuna legge li prevede ed anche se ci fossero non vi sarebbe chi possa mandarli avanti. Vi sono difatti solo tre professori ordinari di genetica, un paio di incaricati ed una ventina di liberi docenti in questa materia. A livello inferiore, quello della semplice specializzazione, vuoto assoluto. Specialisti non esistono nè vi è ancora una scuola di perfezionamento in genetica che sia pienamente funzionante. Una, a Roma, sta muovendo appena i primi passi.

Di consultori prematrimoniali si è parlato varie volte al Parlamento italiano — ha detto uno dei relatori al Convegno, il Dott. Brasiello — ma in maniera sbagliata. Erano previsti in due progetti di legge presentati durante la scorsa legislatura, ma per tutelare gli sposi e non i figli. Tanto è vero che non contemplavano la presenza del genetista. Entrambi, inoltre, prevedevano, più o meno chiaramente l'obbligatorietà della visita, con grave violazione della libertà personale. Più corretta, per quanto generica, invece, la norma contenuta nel disegno di legge sulla riforma del diritto di famiglia, già approvato dalla Camera. La visita è chiaramente facoltativa ed è diretta a tutelare tanto i coniugi quanto i loro figli.

Partendo da questo progetto e dagli indirizzi previsti per la riforma sanitaria (medicina non solo curativa ma anche preventiva) i biologi sono convinti che l'era dei consultori si avvicini anche per noi. Da qui l'esigenza di preparare i necessari specialisti e di approntare, sia pure in via sperimentale, una prima rete di centri. In questo senso si sta muovendo l'O.N.M.I. che fra breve aprirà 7 centri di consulenza e, data la scarsità di specialisti, si è assicurata la collaborazione dei pochi istituti universitari che lavorano in questo campo. L'obiettivo è di arrivare, col tempo, ad una rete molto più estesa, presente in ogni provincia e che possa contare in ciascuna regione su un laboratorio attrezzato per le analisi genetiche.

Le protesi valvolari cardiache di Bjork-Shiley. — Conferenza del Prof. Bjork all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. — Una buona valvola cardiaca artificiale deve realizzare un

ostacolo minimo al flusso del sangue, deve offrire le massime garanzie di resistenza meccanica e quindi di durata, e deve attivare il meno possibile i meccanismi di coagulazione affinché siano resi meno frequenti gli incidenti tromboembolici dopo gli interventi di sostituzione valvolare.

Questi requisiti sono posseduti al massimo dalle moderne valvole di Bjork-Shiley, con disco oscillante di carbonfiolyte. Gli esperimenti condotti al banco di prova con i simulatori di polso, e l'esperienza clinica sui pazienti hanno concordemente dimostrato la superiorità di queste valvole in confronto con le altre numerose protesi valvolari precedentemente in uso. I risultati di laboratorio e soprattutto i risultati a distanza in pazienti sottoposti ad intervento di sostituzione di 1, 2 o 3 valvole cardiache con le nuove protesi di Bjork-Shiley, sono stati illustrati dallo stesso Prof. Viking Olov Bjork, direttore della Clinica di Chirurgia Toracica e Cardiovascolare del Karolinska di Stoccolma.

Il Prof. Bjork ha trattato questo interessante argomento, aderendo ad un invito del Prof. G. B. Dell'Acqua, Direttore della Scuola di Specializzazione in Cardiologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. Il tema trattato, come ha sottolineato il Prof. Dell'Acqua, rappresenta un significativo punto d'incontro tra cardiologi e chirurghi, specialmente se chi espone questo argomento possiede, come il Prof. Bjork, tutta l'autorità che deriva da una vastissima e personale esperienza.

Il Prof. Bjork può essere infatti considerato uno dei fondatori della cardiocirurgia; a lui si deve la realizzazione dell'ossigenatore a dischi, parte fondamentale della macchina cuore-polmone. Oltre mille sostituzioni valvolari condotte in gruppi successivi di pazienti con progressive modificazioni della tecnica chirurgica e con l'impiego di diversi modelli di protesi artificiali, costituiscono un materiale casistico di eccezionale interesse. Ed eccezionali possono definirsi anche i risultati operatori; basti pensare ad una mortalità complessiva del 4% su 177 casi consecutivi di sostituzione valvolare aortica con le nuove valvole di Bjork-Shiley.

Per le sostituzioni mitraliche la mortalità presso la Clinica Toracica di Stoccolma è stata dell'8% e del 10% nelle triplici sostituzioni valvolari. Inoltre sono stati condotti approfonditi studi emodinamici a distanza dell'intervento chirurgico, che hanno dimostrato l'enorme miglioramento ottenuto nei pazienti trat-

tati: riduzione del volume e del lavoro cardiaco, aumento della gittata sistolica, diminuzione della differenza di O₂ artero-venosa, normalizzazione o notevole miglioramento dei valori di pressione nelle varie sezioni del cuore, e conseguente sensibile miglioramento dei valori di pressione nelle varie sezioni del cuore e delle condizioni cliniche dei pazienti. Con questa sua dettagliata documentazione, il Prof. Bjork ha risposto ai principali interrogativi che il cardiologo si pone nel momento in cui suggerisce all'ammalato di cuore di ricoverarsi in un Centro di Cardiocirurgia.

Alla conferenza del Prof. Bjork sono intervenuti oltre ai cardiologi, internisti e chirurghi della Università Cattolica del S. Cuore, numerosi cardiologi e chirurghi della Università statale e degli Ospedali di Roma, tra cui i Professori Provenzale, Reale, Chidichimo, Marino e Beltrame.

RIUNIONI E CONGRESSI

XIV Convegno Medico-Chirurgico della Repubblica di San Marino (San Marino, 23 Settembre 1973). — Il XIV Convegno Medico-Chirurgico della Repubblica di San Marino, organizzato congiuntamente dalla Società Medico-Chirurgica della Romagna, dal Corpo Sanitario Sammarinese, dall'Istituto per la Sicurezza Sociale e dall'Ente Governativo per il Turismo di San Marino, avrà luogo nel Palazzo dei Congressi di San Marino il 23 settembre 1973 ed il tema trattato sarà il seguente: « Le grandi emorragie digestive ».

Relatori saranno per la parte medica il Prof. Giuseppe Labò, Direttore dell'Istituto di Patologia Medica 1^a dell'Università di Bologna, e per la parte chirurgica il Prof. Leonardo Posati, Direttore dell'Istituto di Patologia Chirurgica dell'Università di Bologna.

Ulteriori informazioni ed il programma definitivo del Convegno potranno essere richiesti al Comitato Organizzatore, presso l'Ospedale della Misericordia; 47031 Repubblica di San Marino.

XXIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Ematologia (Salice Terme, 29-30 Settembre 1973). — Il XXIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Ematologia avrà luogo a Salice Terme (Pavia) nei giorni 29 e 30 settembre 1973 in associazione con il XVI Congresso Nazionale della Società Italiana della Trasfusione del Sangue, con il seguente programma:

29 Settembre. — Simposio su « Le anemie diseritropoietiche ». - Moderatore: E. Bianchini (Cremona). - Relatori: E. Bianchini e Coll. (Cremona); S. Tura e Coll. (Bologna); L. Bruzzese e Coll. (Napoli). - Precederanno due dissertazioni sull'argomento da parte di M. Bessis (Parigi) e B. Dreyfus (Parigi).

30 Settembre. — Simposio su « Recenti problemi del linfocito ». - Moderatore: G. Astaldi (Tortona). - Relatori: S. Eridani e G. Astaldi (Milano, Tortona); V. Grifoni (Cagliari); E. Polli e S. Ferrone (Milano); M. Ricci (Firenze); G. Sirchia (Milano); U. Torelli (Modena); A. Tursi (Bari). Simposio su « Problemi connessi con la cellula staminale emopoietica ». - Moderatore: C. Sacchetti (Genova). - Relatori: C. Sacchetti (Genova); F. Gavosto (Torino); G. Luccarelli (Pesaro); U. Butturini e Coll. (Parma); C. Peschle (Napoli); I. Pannacciulli (Genova).

Simposio della Società Italiana della Trasfusione del Sangue su « I problemi del linfocito connessi con la trasfusione ». Moderatori: E. Magliulo (Pavia); P. Malacarne (Ferrara).

Il Congresso della Società Italiana della trasfusione del Sangue continuerà nel giorno di lunedì 1 ottobre.

STUDIO MEDICO TORINESE

Via del Mille, 34 - Tel. 876454 - 882134 orario 8-13 - 15-20

Malattie allergiche
Metabolismo basale
Cardiologia
Pneumologia
Laboratorio analisi

Radiologia - Scintigrafia
Fisioterapia
Aerosolterapia
Colposcopia
Perizie medico-legali

Congresso Internazionale sull'articolazione del ginocchio (Rotterdam, 13-15 Settembre 1973). — Si svolgerà a Rotterdam (Olanda) dal 13 al 15 settembre 1973, in occasione del 75° anniversario della « Dutch Orthopaedic Association », un Congresso internazionale sull'articolazione del ginocchio, il cui argomento principale sarà: « Recenti progressi sulle ricerche di base e sugli aspetti clinici ».

Temi: Biomeccanica dell'articolazione del ginocchio — Artropatie degenerative — Artroplastica dell'articolazione del ginocchio — Traumi dell'articolazione del ginocchio: legamenti ossei e lesioni legamentose — Trapianti di cartilagine e di osso — Malformazioni congenite e posturali — Nuovi sviluppi in ortopedia.

Per informazioni rivolgersi a: Holland Organizing Centre; 16 Lange Voorhout, The Hague (Olanda).

2° Congresso dell'Associazione Europea per la Chirurgia Maxillo-Facciale (Zurigo, 16-21 Settembre 1974). — Si svolgerà a Zurigo (Svizzera), dal 16 al 21 settembre 1974, il 2° Congresso dell'Associazione Europea per la Chirurgia Maxillo-Facciale.

Traduzione simultanea in inglese, francese e tedesco.

Per ulteriori informazioni rivolgersi a: Secretariat 2nd Congress EAMFS; Maxillofacial Surgery Dept.; Plattenstrasse 11; Postfach, CH-8028 Zurich.

CORSI DI PERFEZIONAMENTO

Corso di aggiornamento su « Alterazioni congenite e acquisite della coagulazione: metodi di studio », organizzato dalla Fondazione Giovanni Lorenzini. — Il Corso, che si svolgerà in tre giornate con lezioni teoriche e dimostrazioni pratiche dei principali tests di coagulazione tenute dai maggiori esponenti stranieri e italiani, si rivolge ai laboratoristi ed agli specialisti delle varie branche mediche e chirurgiche che devono affrontare nella loro pratica quotidiana problemi di coagulazione.

Le dimostrazioni della parte pratica si svolgeranno il pomeriggio dell'8-9 novembre 1973 presso i laboratori dell'Istituto Biochimico Italiano - Via G. Lorenzini 2 (ex Via Brembo, 65), Milano.

La partecipazione alla parte teorica è libera a tutti. La partecipazione alla parte pratica è limitata a 75 persone scelte in base a criteri di merito scientifico: 25 posti saranno riservati prioritariamente ai Centri di Trattamento della Fondazione dell'Emofilia.

Gli aspiranti dovranno indirizzare le loro domande, accompagnate da un breve curriculum vitae atto a dimostrare lo specifico interesse nel settore, alla Fondazione Giovanni Lorenzini entro il 30 settembre 1973.

La limitazione è imposta da evidenti motivi di ordine didattico.

Lingue ufficiali: Inglese-Italiano. Durante il Corso funzionerà un servizio di traduzione simultanea.

Programma:

8 Novembre 1973. - « *Diagnosi dei difetti congeniti della coagulazione* ».

— Parte teorica. - K. Brinkhous (Chapel Hill - USA): Meccanismo dell'emostasi e della coagulazione sanguigna: moderni concetti. - P. M. Mannucci (Milano): La diagnosi clinica e di laboratorio dei difetti congeniti della coagulazione: la storia clinica ed i tests globali. - A. Girolami (Padova): L'impiego di altri tests globali di coagulazione nella diagnosi delle coagulopatie congenite. - Z. M. Ruggeri (Milano): La determinazione specifica dei fattori della coagulazione e degli inibitori.

— Parte pratica: dalle ore 14,30 alle 17,30.

9 Novembre 1973. - « *La sindrome da coagulazione intravascolare* ».

— Parte teorica. - J. D. Cash (Edinburgh): Patogenesi della sindrome da coagulazione intravascolare. - G. Ballerini (Ferrara): Rapporti fra coagulazione intravascolare e iperfibrinolisi. - M. B. Donati (Milano): I tests di laboratorio nella diagnosi di coagulazione intravascolare disseminata. - F. Baudo (Milano): Impiego dei tests di laboratorio nella valutazione della terapia della coagulazione intravascolare disseminata.

— Parte pratica: dalle ore 14,30 alle ore 17,30.

— Tavola Rotonda su: I farmaci « emostatici » in medicina, chirurgia e ostetricia: attualità, indicazioni, limiti.

10 Novembre 1973. - « *Le alterazioni acquisite della coagulazione* ».

— Parte teorica. - J. J. Velkamp (Leiden): Alterazioni acquisite della coagulazione in medicina, ostetricia e ginecologia. - L. Poller (Manchester): Le complicazioni emorragiche in chirurgia. - N. Dioguardi (Milano): Esplorazione funzionale dell'emostasi nelle epatopatie. - E. Rossi (Milano): Gravidanza e coagulazione. - L. Poller (Manchester): The effects of estrogen-progestogen administration on blood clotting. - F. Mandelli (Roma): Problemi di coagulazione nelle sindromi mieloproliferative. - C. Praga (Milano): Problemi di emocoagulazione nelle nefropatie e nei trapianti renali. - A. Favero (Bologna): Problemi di coagulazione in anestesia e rianimazione. - S. Coccheri (Bologna): I tests di coagulazione nel controllo della circolazione extracorporea. - N. Ciavarella (Bari): Il controllo della terapia anticoagulante e fibrinolitica. - G. Mariani (Roma): Complicazioni emorragiche delle trasfusioni.

Enzimi in medicina

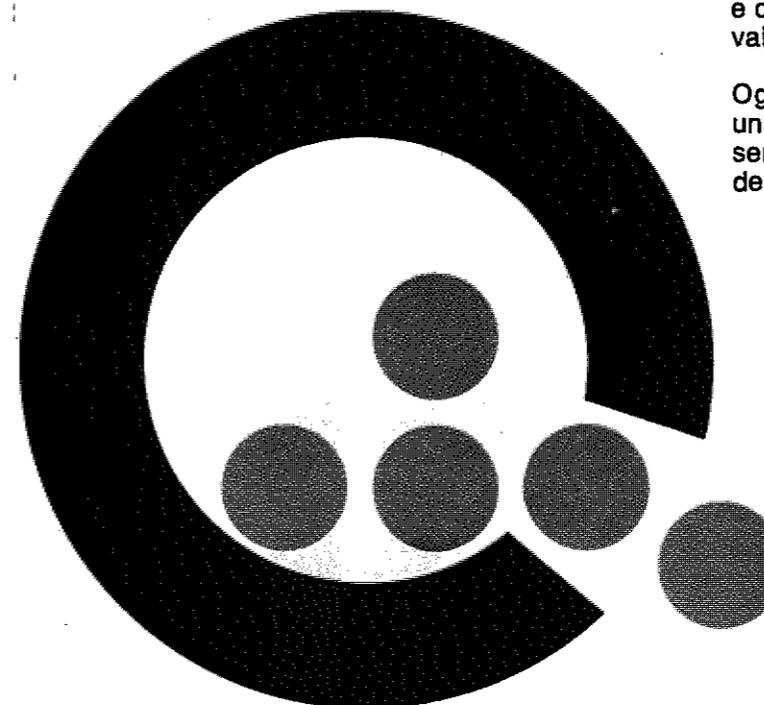
γ -GT

γ -glutamyl-transpeptidasi

L'acquisizione più interessante degli ultimi 10 anni dell'enzimologia clinica.

La γ -GT è un indice di colostasi di altissima sensibilità e significatività e con notevole valore prognostico.

Oggi non è pensabile una diagnostica epatica senza la valutazione dell'attività γ -GT nel siero.



La BIOCHEMIA MILANO è lieta di mettere a vostra disposizione documentazione scientifica sulla γ -GT.

mannheim boehringer

BIOCHEMIA
milano

Via S. Uguzzone, 5 - 20126 Milano
Tel. (02) 2575996 - 2570534 - 2570535

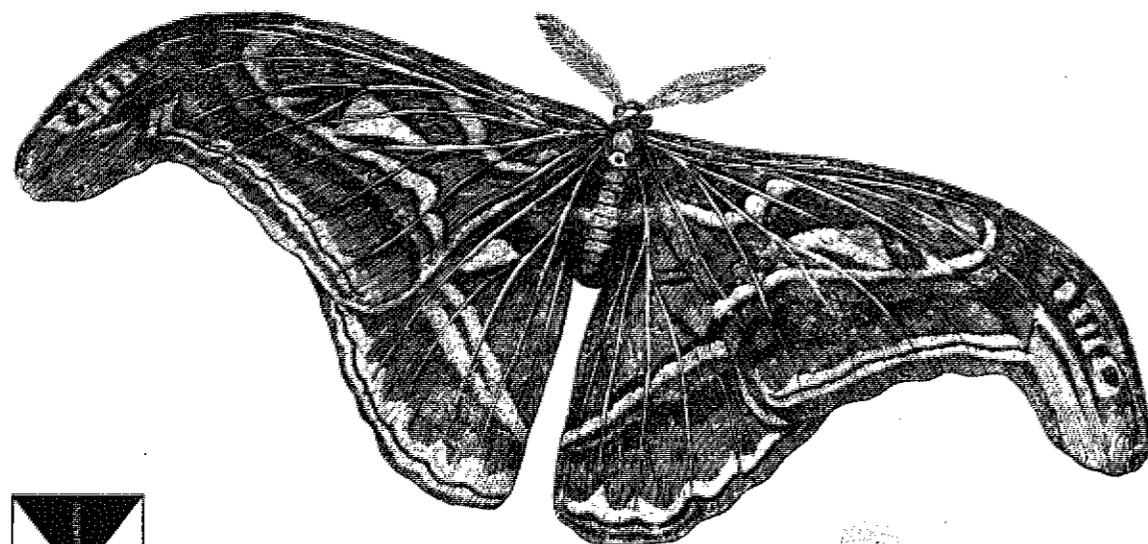
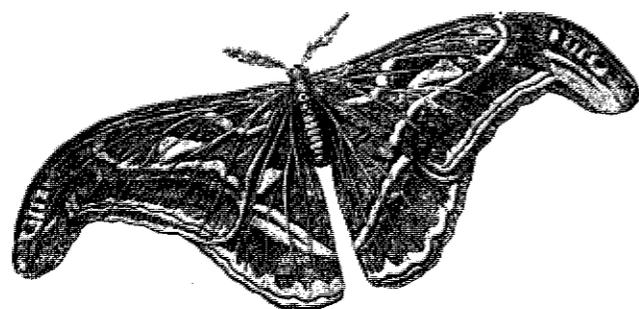
SANERGINA

MENARINI

PER LA PROFILASSI E LA TERAPIA DEGLI STATI ALLERGICI

uso orale
confetti
sciroppo

uso parenterale
fiale



A TOTALE CARICO INAM

lo sciroppo ilimitatamente all'uso pediatrico (U.P.)

ATTIVITA' DELLA SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA LUCANA

Il consenso alla prestazione medica e chirurgica

A. DELL'ERBA

*Direttore dell'Istituto di Medicina legale
e delle Assicurazioni
dell'Università di Ferrara*

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI. — Deontologia medica.

Il consenso alla prestazione medica e chirurgica investe problemi relativi al rispetto di quei diritti della personalità dell'individuo che sono il diritto alla vita, all'integrità fisica ed alla libertà. Esso quindi si permea per il medico di un elevato significato deontologico prima ancora che di un interesse giuridico, ma è nell'ambito di entrambi questi due aspetti, i cui confini del resto non sempre sono delineabili, che devono ravvisarsi le relative norme comportamentali.

La disamina di queste non comporta invero una illustrazione di nozioni o di concetti nuovi, ma un richiamo a regole e principi informativi generali che è utile sempre ribadire, illustrare ed esemplificare per molteplici ragioni.

Innanzitutto perché il progresso della scienza medica e l'evoluzione della civiltà e del costume propongono ogni giorno situazioni e quesiti nuovi che talora richiedono un certo sforzo interpretativo per una soluzione confacente agli interessi veri del singolo e della collettività nel rispetto della deontologia e del diritto. In secondo luogo perché il medico, nel complesso delle norme che consentono di stabilire il suo corretto comportamento, per la sua propria formazione mentale può non mantenere una posizione di obiettiva valutazione, sopravvalutando per esempio l'interesse del paziente al miglioramento dello stato di salute rispetto all'interesse del paziente alla libertà di decidere, di vagliare i rischi ed il tempo di un trattamento e di scegliere colui che dovrà attuarlo. Infine perché il medico è sempre più frequentemente chiamato in causa per reali o presunte responsabilità professionali

e di questa iattura la migliore profilassi e terapia è una sempre più accurata sua preparazione medico-legale e più approfondita coscienza deontologica.

Di questa è e dovrebbe essere prima espressione la norma, istintiva per la più parte dei medici, di operare sempre con la massima diligenza ed il massimo scrupolo nel rispetto globale della personalità del paziente e non solo nell'interesse di quest'ultimo alla salute. Ove infatti l'operato del medico è improntato all'osservanza della massima evangelica di « non fare agli altri quanto non vorresti fosse fatto a te » ed all'impegno ippocratico di avere sempre la sola intenzione di soccorrere il malato e di evitare ad esso qualsiasi « ingiuria », ben difficilmente possono ricorrere incidenti giudiziari. Ed in merito è confortante notare talora anche lo sforzo della Magistratura nell'attenuare il rigore interpretativo di principi e norme teoriche nella comprensione umana di un operato, se pur non ineccepibile in senso strettamente giuridico, improntato però al maggior bene del paziente.

Preciso subito ora i limiti dell'argomento che esamineremo e l'esatto significato del titolo della mia conversazione. Il « consenso alla prestazione medica e chirurgica » può infatti essere inteso in astratto come approvazione e validità della funzione sanitaria e quindi come discussione sulla liceità dell'attività professionale medica e del trattamento medico-chirurgico in particolare. Può ritenersi inoltre esso titolo comprensivo dei problemi relativi alla obbligatorietà o meno della prestazione sanitaria, al consenso cioè del medico alla prestazione professionale; ed

infine può ritenersi comprensivo dei problemi connessi alla necessità del consenso del destinatario della prestazione che costituisce l'atto medico.

E' per l'appunto nei limiti di quest'ultimo campo che sarà contenuto il nostro dire.

Deve inoltre preliminarmente aggiungersi che per prestazione medica e chirurgica deve intendersi ogni e qualsiasi attività prestata dal sanitario in virtù della sua preparazione tecnica e della sua qualificazione professionale, anche se ovviamente i punti di maggiore interesse, e sui quali ci soffermeremo, sono il trattamento medico chirurgico inteso come « modificazione dell'organismo altrui compiuta secondo la norme della scienza per migliorare la salute fisica e psichica della persona »¹. Non è men vero, però, che problemi relativi al consenso dell'interessato all'atto medico si pongono anche al di fuori del trattamento medico chirurgico come innanzi definito, per esempio in tema di rivelazione del segreto professionale, di controlli fiscali quindi e di accertamenti semplicemente diagnostici per conto terzi (nelle assicurazioni private, nella medicina socializzata), di richieste non sempre personali di controllo dello stato verginale², di indagini sulla paternità³, di accertamenti peritali⁴, di trapianti d'organo, di sperimentazione, di prelievo di sangue⁵ di prescrizione di contraccettivi⁶, di attività di medicina scolastica, ecc.

Il consenso all'atto medico è una manifestazione di volontà che autorizza il sanitario al compimento di prestazioni tecniche. Dobbiamo però chiederci se e perchè esso è necessario, quando pur quelle prestazioni tec-

niche sono dirette a modificare in melius lo stato del paziente.

Tale necessità scaturisce innanzitutto dal principio generale del rispetto del diritto alla libertà, del diritto in particolare all'autodeterminazione, secondo gli autori tedeschi, nell'ambito del più vasto problema dell'autonomia privata. Si tratta di un aspetto di quella libertà personale che è sancita nella Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo; che secondo la nostra Costituzione (art. 13, comma I) è inviolabile; e che nel caso particolare del trattamento sanitario, è espressamente prevista ancora nell'art. 32 (comma 2) della Costituzione⁷ che limita persino l'attività in merito del futuro legislatore là dove afferma nello stesso comma che in nessun caso la legge può violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Inoltre, il mancato rispetto della volontà del paziente nell'esecuzione di un trattamento medico chirurgico può configurare il delitto di violenza privata⁸ oppure quello di stato di incapacità procurata mediante violenza⁹; se vi è consenso allo stato di incapacità e da tale stato deriva pericolo per l'incolumità della persona non risponde della contravvenzione prevista dall'art. 728 C.P. solo chi esercita una professione sanitaria ed il fatto è commesso a scopo scientifico e di cura¹⁰. Il che, se ce ne fosse ancora bisogno, conferma la necessità del consenso del paziente, consenso che permette a questi l'uso della sua libertà (non già di consentire la lesione di un diritto disponibile e cioè del diritto alla libertà). Inoltre non può dimenticarsi che il trattamento medico-chirurgico, specie se cruento o ad esito infausto, può ritenersi una lesione del diritto all'integrità fisica. Il medico non sarà perseguibile

1) Grispigni F.: « Responsabilità penale per il trattamento medico chirurgico arbitrario ». *La Scuola pos.*, 1914. — Grispigni F.: « La liceità giuridico penale del trattamento medico chirurgico ». *Riv. Dir. Proc. Pen.*, 1, 449, 1914.

2) De Vincentiis G., Zangani P.: « In tema di deontologia medica: la certificazione dell'integrità dell'imene ». *Rass. Clinico-scientifica*, 42, 1, 1966.

3) Frache G.: « Sulla liceità giuridica della ricerca della paternità a richiesta dei privati ». *Giustizia penale*, 1, 318, 1952.

4) Introna F.: « Il consenso all'atto medico-chirurgico: questioni pratiche medico-legali ». *Rass. Clinico-scientifica*, 44, 64, 1968.

5) Gerin C., Frache G.: « Il prelievo del sangue come mezzo istruttorio in materia penale ». *Arch. pen.*, 10, 342, 1954.

6) Guzzon C.: « Consenso e stato di necessità nell'atto medico ». *Federazione medica*, XXI, 3/33, 1968.

7) « Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana ».

8) Art. 610 C.P.: « Chiunque con violenza o minaccia costringe taluno a fare, tollerare od omettere qualcosa è punito... ».

9) Art. 613 C.P.: « chiunque, mediante suggestione ipnotica o in veglia, o mediante somministrazione di sostanze alcoliche o stupefacenti, o con qualsiasi mezzo — procedimenti anestetici per esempio — pone una persona, senza il consenso di lei, in stato di incapacità di intendere o di volere, è punito... ».

10) Cattaneo G.: « La responsabilità del professionista ». Ed. Giuffrè, Milano, 1958.

per questa lesione solo se nel suo operato mancheranno gli elementi della colpa (negligenza, imprudenza, imperizia, inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline); solo quindi se oltre ad aver rispettato tutte le indicazioni e le regole previste dall'arte, avrà osservato tutte le norme giuridiche: tra le quali rientra anche quella del rispetto della volontà del paziente. La liceità dell'attività medica risiede essenzialmente nel fatto che, per i grandi vantaggi e benefici che essa offre, i danni (incolpevoli) che pur può produrre sono « socialmente adeguati »¹¹. E' giusto però che il paziente sia arbitro di esporsi al rischio di quei danni valutandone l'entità e la proporzionalità rispetto al fine perseguito ed allo stato morboso in atto. Attraverso questa valutazione inoltre, in vista del fine perseguito e della proporzionalità tra rischi (o danni certi) e vantaggi, al paziente diviene lecito a mio avviso l'esercizio del diritto di disporre del proprio corpo al di là dell'apparente divieto sancito nell'art. 5 C.C., e diviene operante per il medico la discriminante dell'art. 50 del C.P.

Occorre infatti ricordare che questo articolo del C.P. afferma che « non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto col consenso della persona che può validamente disporre »; ciò significa che esistono beni disponibili (per i quali il consenso è valido) e beni indisponibili per i quali ultimi il consenso alla loro lesione o pericolo è irrilevante come esimente della responsabilità. La indisponibilità di alcuni beni non rappresenta una limitazione del diritto alla libertà giacché è ovvio che la libertà di cui si parla non è la libertà assoluta, naturale, intesa come mancanza di impedimenti, bensì la libertà giuridica, che si sostanzia in un complesso di posizioni di libertà (una sfera perciò di estensione limitata rispetto alla libertà naturale): complesso di posizioni di libertà fissate dall'ordinamento giuridico ma da questo anche garantite¹².

Nel C.C. la distinzione tra beni disponibili e beni indisponibili, per quanto è di nostro interesse, si ritrova nel richiamato articolo 5

11) Cattaneo G.: l.c.

Pelaggi A.: « Sulla liceità del trattamento medico ». *Sicurezza sociale*, XXII, 522, 1967.

Per le altre teorie sulla liceità del trattamento medico-chirurgico vedi: Introna F.: « La responsabilità professionale nell'esercizio delle arti sanitarie ». Ed. Cedam, Padova, 1955.

12) De Cupis A.: « I diritti della personalità ». Ed. Giuffrè, Milano, 79, 1950.

che afferma essere « vietati gli atti di disposizione del proprio corpo quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico ed al buon costume ».

Questo divieto però (che renderebbe irrilevante il consenso del paziente per determinati trattamenti produttivi di una riduzione permanente dell'integrità fisica) è certamente operante per determinati atti medici, quali per esempio alcuni trattamenti di chirurgia estetica o prelievi da viventi di organi per trapianto non elencati nelle leggi in proposito emanate, ecc.; esso divieto è però a mio avviso non altrettanto operante (sì da rendere perciò rilevante il consenso) nel caso di un trattamento chirurgico inteso, come abbiamo detto, quale modificazione dell'organismo altrui compiuta lege artis per migliorare la salute fisica o psichica della persona. Infatti, se pur l'art. 5 del C.C. parla di divieto agli atti di disposizione del proprio corpo che cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica, non può non considerarsi che quel divieto è rivolto ad evitare un danno, un nocimento all'individuo (ed alla società), nè può dimenticarsi che l'integrità fisica non è che un aspetto della salute nel suo complesso, salute che la Costituzione tutela e riconosce come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività (art. 32 comma I). Ne deriva che se un trattamento medico chirurgico comporta una diminuzione dell'integrità fisica la quale però giovi alla salute o salvi addirittura la vita, quella diminuzione non può essere considerata un danno bensì un vantaggio e sull'atto di disposizione del proprio corpo, sul consenso dato dal paziente a quel trattamento, non si può ritenere operante il divieto di cui all'art. 5 del C.C. Va da sè, ovviamente, che i termini generali di trattamento medico-chirurgico, di diminuzione dell'integrità fisica, di vantaggio per la salute e di salute stessa devono nel caso concreto essere valutati nel loro esatto significato, con riferimento all'entità del danno costituito dal processo morboso, all'entità del vantaggio conseguibile col trattamento, alla pericolosità di questo, al grado della diminuzione dell'integrità fisica, e nel rispetto del buon senso, della morale e del buon costume. In quest'ambito, per esempio, non mi sembra di poter aderire (ma sono giustificati pareri contrastanti) alla liceità

sostenuta da alcuni Autori tedeschi della castrazione operata con il consenso del paziente quando rappresenti il solo mezzo per guarirlo da una perversione sessuale pericolosa¹³.

Queste considerazioni sulla interpretazione dell'art. 5 del C.C. trovano conforto anche in una pregevole sentenza¹⁴ della Corte di Appello di Milano (del 20 maggio 1964) che riformando quella di condanna del Tribunale in un procedimento civile contro un illustre neurochirurgo, così si esprimeva: « all'uopo non ritiene la Corte di poter approvare quelle dottrine (...) le quali, muovendo dalla indisponibilità del diritto all'integrità fisica (art. 5 C.C.) considerano l'intervento chirurgico come una lesione organica, esigendo per la sua legittimazione tutte le cautele nella sentenza » (del Tribunale) « considerate. Basterà in contrario rilevare che nelle operazioni chirurgiche la finalità perseguita dal chirurgo non è una diminuzione dell'integrità fisica, bensì la reintegrazione della salute del malato; e quando l'intervento ha luogo a tale scopo ed è compiuto nella sfera della capacità professionale del chirurgo, l'intento curativo esclude a priori la materialità obiettiva dell'art. 5 del C.C. ».

In sede penale i limiti tra beni disponibili ed indisponibili possono sembrare meno precisi. E' ovvio che il consenso non ha alcun significato per atti medici che, pur tali tecnicamente, non siano ispirati da finalità ad intrinseco legittimo carattere professionale; e per alcuni casi la irrilevanza del consenso è espressamente prevista (come per l'omicidio del consenziente, art. 579 del C.P.; come per gli atti diretti a rendere impossibile la procreazione, art. 552 C.P.; ecc.). Ma si è discusso dei giuristi anche della disponibilità (e quindi della validità del consenso) del diritto all'integrità fisica ritenendosi da alcuni una disponibilità solo nell'ambito di una lesione che rientri nella perseguibilità a querela di parte, e da altri una disponibilità anche maggiore, giacché il C.P. indica espressamente quando quella disponibilità non è riconosciuta (vedi i richiamati articoli sull'omicidio del consenziente e sugli atti di sterilizzazione); non persegue le lesioni sportive riportate nel rispetto dei regolamenti; nè le

cure estetiche anche produttive di lunghi e dolorosi stati di malattia e prive dell'intento finale di un vero giovamento alla salute. La questione, per quanto mi risulta è restata impregiudicata; essa però a mio avviso è sterile perchè parte sempre dal presupposto di considerare il trattamento medico-chirurgico, nei suoi effetti immediati e formalistici, come una lesione dell'integrità fisica e non già come un atto rivolto a ripristinare, migliorare quella integrità o, rectius, lo stato di salute secondo quanto si è prima esposto sulle finalità ed i vantaggi dell'atto medico.

Abbiamo visto sin qui la validità del consenso rispetto all'oggetto cui si riferisce, nei limiti dei beni disponibili che sono di certo per il trattamento sanitario più ampi di quanto potrebbe sembrare in una formale, letterale, restrittiva interpretazione di alcune norme. Il consenso è valido (e necessario) per quei trattamenti « scientificamente ammessi la cui pericolosità sia commisurata alla gravità ed alla natura del singolo caso clinico e che siano diretti a debellare la malattia pur attraverso una amputazione, una operazione dolorosa o un trattamento medicamentoso penoso e lungo »¹⁵. Il malato non autorizza il medico a danneggiarlo con i suoi procedimenti ma ne accetta (e può farlo) i rischi naturali che rientrano nella corretta indicazione ed esecuzione del trattamento e per i quali il medico quindi non risponderà.

Dobbiamo ora esaminare la validità del consenso in rapporto ai requisiti della persona che lo fornisce. Tali requisiti si possono così elencare: a) la maggiore età, per tale intendendosi dai più il compimento del 21° anno anche se, a proposito dell'omicidio del consenziente (art. 579 C.P.) e dello stato di incapacità procurato mediante violenza (art. 613 C.P.) si esclude il significato del consenso per il minore degli anni 18; b) la emancipazione; c) la capacità di intendere e di volere; d) la libertà di manifestazione del proprio pensiero (invalidità del consenso ottenuto con violenza, minaccia, suggestione o inganno). Il consenso non è valido quando l'agente fu in errore sulla natura e sull'oggetto del trattamento, sui suoi rischi, sulla idoneità e quindi sulle qualità professionali del medico.

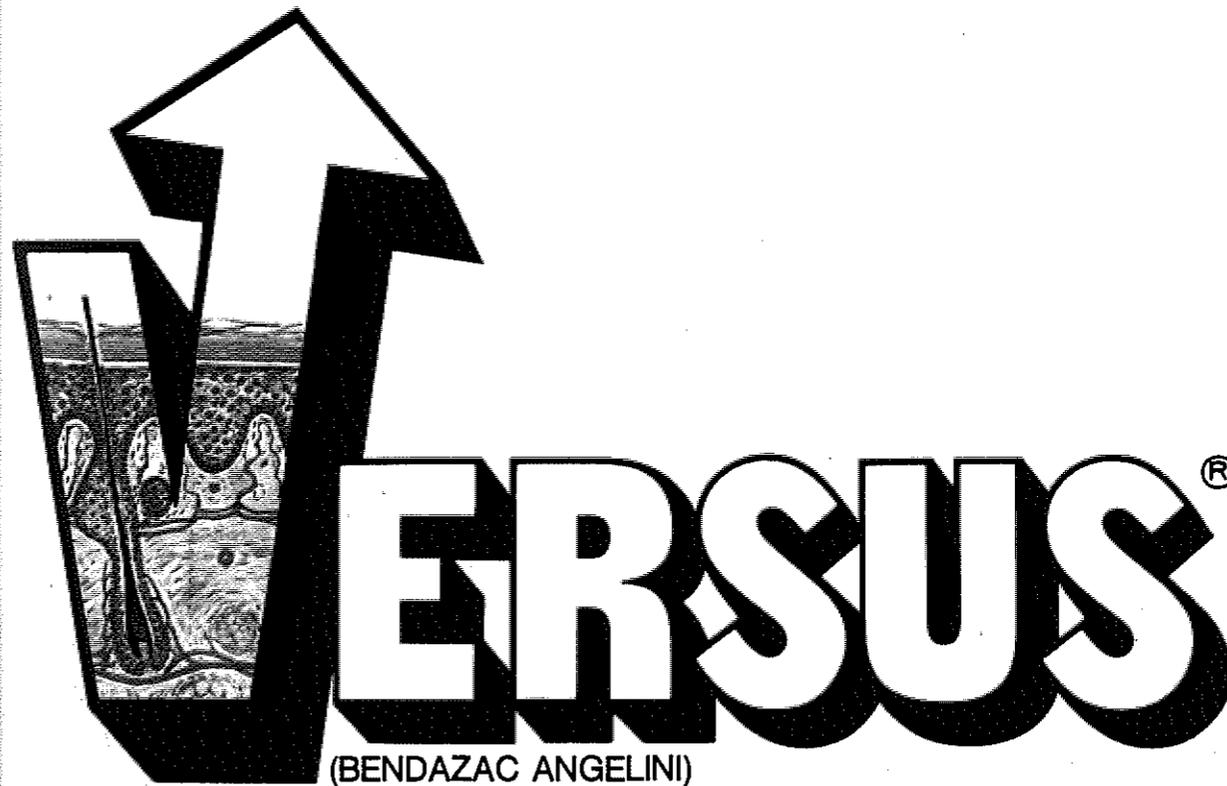
All'elencazione di questi requisiti concernenti le qualità del consenziente ed i vizi del consenso sono correlati altri aspetti. Al-

13) Noll P.: « Der arztliche Eingriff in strafrechtlicher ». *Sich. Deut. Zeit. ges. Ger. Med.*, 57, 12, 1966.

14) In Carta A.: « Responsabilità civile del medico ». Ed. Bulzoni, Roma, pag. 308 e seg., 1967.

15) Introna F.: l.c.

Validità di una terapia dermatologica non steroidea



**La terapia topica steroidea
inibisce la reazione
infiammatoria ma anche
i meccanismi fisiologici
difensivi tissutali.**

**Si ottiene così una risposta
sintomatologica pronta
ma si apre la strada alla
cronicizzazione, alla recidiva,
alla distrofia.**

Dermatiti tendenti alla recidiva, alla cronicizzazione, alla distrofia

- * DERMATITI DA CONTATTO
- * ECZEMI IN GENERE

- * ULCERE VARICOSE E DA DECUBITO
- * FLEBOPATIE



ECZEMA DELLE MANI



ECZEMA CRONICO PROFESSIONALE



ULCERA VARICOSA



FLEBOPATIA



ULCERA DA STASI

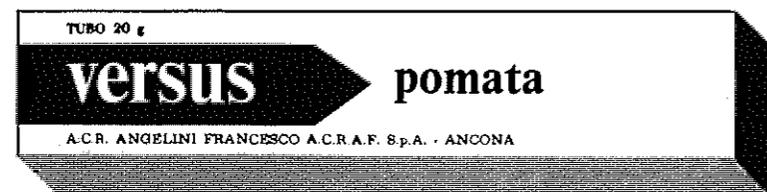


DERMATITE DA CAUSA ESTERNA

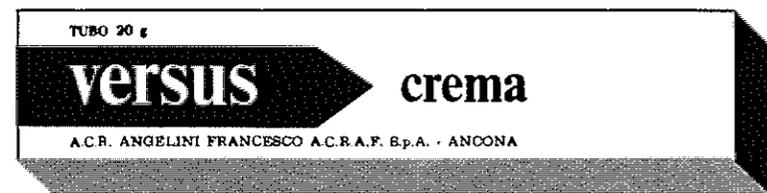


VERSUS[®]
(BENDAZAC ANGELINI)

PRESENTAZIONI



2-3 APPLICAZIONI AL DI



PRESENTAZIONI PARTICOLARI

VERSUS CREMA "MITE" NEI SOGGETTI CON PELLE DELICATA E NELLE FORME IRRITABILI

VERSUS LOZIONE NELLE DERMATITI DEL CUOIO CAPELLUTO E DELLE ZONE PILIFERE

VERSUS CREMA NEOMICINA NELLE FORME A FRANCA COMPONENTE INFETTIVA

MECCANISMO D'AZIONE

L'alterazione della struttura proteica cutanea è una caratteristica pressoché costante delle manifestazioni dermatitiche.	DOCUMENTAZIONE
Con particolari metodiche sperimentali (torbidimetria, elettroforesi, determinazione dei gruppi SH) è stato dimostrato che il Versus stabilizza le proteine della cute.	Silvestrini - Ciolfi - Barberi - Arznelm. Forsch, 19, 30-36, 1969. Silvestrini - Cetanese Lisciani. Atti del Simposio Excerpta Medica Foundation - 238-288, 1969.
Il Versus protegge inoltre la cellula dai fattori nocivi che si creano nel focolaio infiammatorio.	Cieccio I. Ribuffo A. e coll. Tronnier H. Atti del Simposio Internazionale « New Trends in Skin Therapeutics »
Il Versus favorisce i processi riparativi perché regola gli scambi nutritivo-metabolici tra vasi e tessuti.	Mian e coll. Comel R. Mian E. Ferruzzi M.

L'AZIONE DEL VERSUS E' QUINDI DIRETTA VERSO IL DANNO TISSUTALE PER CUI VIENE ATTUATO UN TRATTAMENTO ESTREMAMENTE UTILE SPECIE PER LE FORME DERMATOLOGICHE CHE TENDONO ALLA RECIDIVA, ALLA CRONICIZZAZIONE, ALLA DISTROFIA CUTANEA.

cuni di questi riguardano colui che può consentire e che ovviamente è innanzitutto il malato quando sia maggiore di età, in piena capacità di intendere e di volere e quando sia cosciente di ciò a cui acconsente; oltre al paziente, e nel rispetto di tutti gli altri elementi, possono consentire solo i suoi legittimi rappresentanti e cioè il genitore nel caso del minore di età ed il tutore nel caso dell'interdetto; il minore emancipato e l'invalido possono consentire da soli.

Quando il paziente maggiore di età e non interdetto si trovi in stato di incapacità di intendere e di volere, nessuno può consentire per lui; in questi casi, a rigore, dovrebbe attendersi la ripresa della capacità di intendere e di volere se non vi è urgenza nell'attesa; se questa vi è, sotto l'aspetto del pericolo attuale di un danno grave del paziente, il trattamento medico-chirurgico potrà essere attuato anche senza il consenso operando quella condizione di non punibilità che è lo stato di necessità. Certo è che nessun potere di consentire hanno i prossimi congiunti dei quali però, nelle difficoltà di accertare talora lo stato di necessità, può essere consigliabile sentire il parere come cautele e precauzione utile nell'ambito di un generico comportamento diligente.

Quanto ho appena detto sul paziente incapace e sullo stato di necessità può lasciare invero perplessi. In realtà quelle regole possono apparire troppo rigorose ove volessero seguirsi, per esempio, nella routine di una attività di pronto soccorso. A mio avviso però esse offrono indicazioni di carattere generale e come tali, mentre prevedono sempre il massimo rispetto per i diritti della personalità del paziente, assumono carattere progressivamente più impegnativo in misura direttamente proporzionale all'entità dei rischi (o dei danni certi) del trattamento chirurgico rapportati alla situazione morbosa che si vuole contrastare. E' palese quindi che nella pratica di pronto soccorso le norme di condotta vanno adeguate all'entità dei singoli casi. Innanzitutto ritengo che in sede di pronto soccorso sia operante l'obbligo di prestare assistenza previsto dall'art. 593 del C.P.¹⁶; ed in tal caso il trattamento eseguito

senza il consenso del paziente che è inconsciente non è punibile in base all'art. 51 C.P. sull'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica. In secondo luogo l'art. 54 sullo stato di necessità¹⁷ è tutt'altro che rigido richiedendo una proporzionalità tra fatto-reato (intervento in soggetto incosciente e perciò senza consenso) e pericolo, e qualificando il danno che deve paventarsi con un aggettivo (« grave ») che ne consente una interpretazione ed una valorizzazione a seconda del punto di vista dell'esaminatore¹⁸. Così, nel commozionato cranico con una ferita lacero-contusa del cuoio capelluto, il sanguinamento e l'eventuale inquinamento di questa ben possono costituire un pericolo attuale di un danno grave (anemia, infezione e sepsi, tetano, ecc.) della persona sì da pienamente autorizzare, anche al di fuori del consenso, a quei trattamenti (disinfezione, sutura, profilassi antitetanica) che nella corretta esecuzione comportano del resto rischi irrilevanti rispetto ai vantaggi che ne possono conseguire. Diverso però sarà il comportamento del medico quando il trattamento implica rischi notevoli, mutilazioni o asportazioni di organo: in questi casi più severa dovrà essere la valutazione dell'attualità del pericolo e della gravità del danno, nel complesso della necessità e dell'urgenza del trattamento, e se questo possa procrastinarsi senza danno, in una prevedibile ripresa dello stato di coscienza del paziente, sarà opportuno attendere il consenso.

Tornando ora ai requisiti del consenso, ricordo che questo è valido per ciò che il paziente « sa » di autorizzare e per colui che il consenziente « vuole » destinatario della dichiarazione. Quest'ultimo punto rispecchia il principio della libera scelta del medico da parte del paziente: il consenso dato ad un medico non autorizza perciò solo un altro medico a compiere la prestazione (art. 2232

17) « Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo ».

18) De Vincentiis G., Zangani P.: « Stato di necessità e consenso dell'avente diritto nell'ambito delle prestazioni medico-chirurgiche: riflessi sulla responsabilità professionale ». Rassegna clinico-scientifica, 45, 41, 1969.

16) Omissione di soccorso, 2° comma: « Alla stessa pena soggiace chi trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente... ».

del C.C.)¹⁹. La necessità della consapevolezza del paziente a quanto consente propone poi un grosso quesito: se il medico debba dire la verità al malato. L'informazione, come presupposto della formazione di un consenso valido, è indispensabile ed essa deve essere data a livello dell'intelligenza, dell'istruzione e delle condizioni psichiche dell'infermo; deve essere data però non già nei dettagli tecnici più minuti del trattamento bensì in quei dati che ne sottolineino la indicazione, la necessità in alternativa con altri trattamenti, i rischi, i vantaggi e gli eventuali limiti di questi. Qualche perplessità può sorgere in casi molto gravi nei quali invero taluni Autori rilevano la inopportunità di una esplicita informativa, tanto più che l'esigenza del consenso si attenuerebbe con la progressiva urgenza e con la mancanza di alternative al trattamento suggerito, pena un danno irreparabile o la morte certa.

In tal senso decise invero nella richiamata sentenza la Corte di Appello di Milano affermando: « non bisogna dimenticare che la S. si era fatta ricoverare nella clinica per disturbi giudicati ad occhio e croce di competenza chirurgica e che si era per questa ragione messa nelle mani di un chirurgo famoso, per cui tutto il rapporto appare permeato da un pregiudiziale affidamento, il quale non può non tradursi nell'opinione di una preventiva accettazione di quelle determinazioni che il chirurgo avrebbe prese se necessarie alla vita ed alla salute dell'ammalata e perciò stesso conformi all'interesse di lei ». « Peraltro risponde a criteri di ragionevolezza, che devono caratterizzare la valutazione di fatti umani oltre la astrattezza ed il formalismo delle norme, che il chirurgo taccia al malato la gravità del suo male ed il rischio che una operazione comporta, criterio sanzionato da una prassi tramandata a noi da tempi antichissimi (si pensi al giuramento dell'osservanza del riserbo cui Ippocrate sottoponeva i suoi allievi) e consacrata in principi deontologici secondo cui il velare al malato la cruda verità è precipuo dovere, forse il più nobile, del medico, cui spetta — secondo un chiarissimo medico e scrittore della soggetta materia — di vagliare ciò che

19) « Il prestatore d'opera deve eseguire personalmente l'incarico assunto. Può tuttavia valersi, sotto la propria direzione e responsabilità, di sostituti ed ausiliari, se la collaborazione di altri è consentita dal contratto o dagli usi e non è incompatibile con l'oggetto della prestazione ».

il paziente debba sapere e quanto debba essergli celato.

Il concetto affermato dal Tribunale secondo cui il chirurgo avrebbe dovuto spiegare alla signorina S. che essa era in pericolo di vita, che sulla sua malattia pendevano sospetti di cancro e che l'operazione avrebbe potuto pregiudicare le sue funzioni sfinteriche, attendendo che fosse lei a decidere di correre quel rischio oppure lasciarsi morire, è contrario alla *consuetudine ed alla ragionevolezza*.

In casi del genere è notorio che il chirurgo consulta i familiari del malato e decide con essi l'atto operatorio sollecitando il parere di quest'ultimo con le reticenze opportune. E, nel caso di specie, il padre della paziente risulta essere stato consultato ».

A mio avviso queste argomentazioni rispettano soprattutto quello sforzo, all'inizio richiamato, della Magistratura di attenuare il rigore interpretativo di taluni principi generali in una umana comprensione delle difficoltà dell'attività medica quando chiaro risulta per molteplici vie il rispetto che il medico ebbe per la personalità e gli interessi del paziente anche se esulò, con motivazione magari personale ma sempre in buona fede, dai limiti di una precisa e stretta norma giuridica. Di regola però il consenso, previa adeguata informazione del paziente, è necessario; nè può ritenersi che l'affidamento ad un sanitario per la cura della propria salute comporti automaticamente il consenso a qualsiasi trattamento quel medico voglia attuare giacchè nell'ambito del personale diritto alla libertà ed alla salute il paziente resta arbitro della scelta dei rischi e dei vantaggi che può conseguire con uno o l'altro trattamento, e dei rischi e dei vantaggi che rispetto alla terapia gli consente lo status quo.

Non ci resta ora che richiamare alcuni casi particolari.

Così quello relativo alla imposizione del trattamento, contro la volontà del paziente, come nell'ipotesi non infrequente del tentato suicida che si opponga alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche. In questo caso non si ravvisa dai commentatori l'esattezza della invocazione dello stato di necessità in quanto la persona da salvare è nella specie in grado di esercitare il suo diritto di decidere liberamente se sottoporsi o meno al trattamento, e di decidere quindi negativamente.

E' però da considerare anzitutto se un soggetto che ha tentato il suicidio sia in condizioni di esprimere un valido atto di volontà, se non sia cioè in condizioni di incapacità di intendere e di volere. Amesso che si debba riconoscerlo capace, vi è da considerare se il suo atto di volontà comporta la morte od un permanente danno dell'integrità fisica; in questo caso quell'atto negativo di volontà investe beni non disponibili e quel diniego è invalido per illiceità della causa²⁰ così come viene considerato invalido il consenso al proprio omicidio (art. 579 C.P.) e reato l'azione di chi « agevola in qualsiasi modo la esecuzione » di un suicidio. Dell'opposizione del tentato suicida alle cure non si terrà quindi alcun conto e si imporrà il trattamento terapeutico.

Altro caso particolare è quello in cui nel corso di un intervento chirurgico validamente autorizzato si riscontrino condizioni che suggeriscano atti non previsti e quindi non consentiti dal paziente. In tali casi è da distinguere se vi è stato un consenso generico alle provvidenze chirurgiche più idonee a migliorare lo stato di salute, come quando si proceda, ad esempio, ad una laparotomia esplorativa che potrà portare ad una resezione intestinale, alla formazione di un ano artificiale, all'asportazione della milza, ecc.: ed allora il chirurgo può ritenersi autorizzato a compiere tutti gli atti più opportuni. Oppure se il consenso è stato diretto ad un preciso atto chirurgico e su un determinato organo: in questo caso o il chirurgo si avvede di una situazione nuova nella quale ravvisa il pericolo attuale di un danno grave, ed allora potrà operare anche senza consenso in virtù della scriminante dello stato di necessità; oppure constata che accanto alla situazione morbosa per la quale gli è stato consentito l'intervento ve ne è un'altra per la quale l'atto chirurgico può essere ritenuto oppor-

20) Cattaneo: l.c.

tuno, necessario, ma non urgente. In questo caso non potrà associare i due atti chirurgici; dovrà richiudere la breccia operatoria e consultarsi col cliente salvo che non si tratti di un minore o di un interdetto per i quali, intra-operatoriamente, potrà eventualmente chiedere ed ottenere il consenso del legale rappresentante.

Queste naturalmente sono le regole, le quali però possono consentire a mio avviso alcune deroghe, in rapporto per esempio alla scarsa entità, alla modesta pericolosità ed alle non dannose conseguenze dei nuovi atti chirurgici da compiere, specie quando essi non possono riviarsi che per breve tempo e quando non venga ritenuto opportuno per le condizioni stesse del paziente rinnovare a questi lo stress psichico e fisico di una nuova operazione.

In conclusione, abbiamo compiuto una disamina dei problemi relativi al consenso del paziente al trattamento medico-chirurgico; si è trattato di una disamina forzosamente incompleta rispetto al titolo che concerneva il consenso alla prestazione medica e chirurgica. Abbiamo però esaminato certamente i problemi più frequenti ed impegnativi. Sono problemi che invero, come ho già detto, ogni sanitario credo risolva quotidianamente d'istinto anche nell'ignoranza o nella scarsa conoscenza delle precise norme che abbiamo richiamato. E ciò perchè nel sanitario opera sempre a mio avviso quel più volte citato rispetto dei diritti globali della personalità del malato; ed è per questo rispetto, che invero permea la personalità di chi si è formato nel quotidiano contatto con la sofferenza e la miseria fisica, che come abbiamo visto, è giustificata (e la classe medica ne deve dare atto con riconoscenza) quella comprensione che la Magistratura dimostra, con una interpretazione non rigorosa delle norme giuridiche, verso i medici, spesso chiamati, altrettanto spesso ingiustamente, nelle aule dei Tribunali.

[Indirizzo dell'Autore:

A. Dell'Erba
Istituto Medicina Legale
e delle Assicurazioni
dell'Università
44100 Ferrara]

Rilievi sulla frequenza e distribuzione del favismo nella Provincia di Matera

R. CAFORIO, Aiuto

Ospedali Riuniti della Provincia di Matera
Centro Studi e Ricerche
Divisione Pediatrica
(Direttore: Prof. G. Guazzieri)

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI. — Favismo.

Il favismo, secondo le attuali vedute etiopatogenetiche, è una eritroenzimopatia che si estrinseca con la classica triade sintomatologica: ittero, anemia, emoglobinuria.

Nel suo determinismo si ha il concorso di due fattori, di cui uno esogeno, extraglobulare, la noxa fabica, e l'altro endogeno, costituzionale, intraglobulare rappresentato da una diminuzione del tasso di glutatione ridotto, da una diminuita stabilità del glutatione stesso e da una diminuzione di glucosio-6-fosfato-deidrogenasi.

L'alterazione enzimatica eritrocitaria costituisce, la condizione essenziale perchè abbia a verificarsi l'evento emolitico per effetto dell'ingestione di fave (o altre leguminose) o dell'inalazione dei suoi fiori.

Questi risultati sono scaturiti dagli studi sul metabolismo degli eritrociti che hanno ridimensionato il problema patogenetico mettendo in primo piano la predisposizione ereditaria dell'eritrocita verso la noxa fabica.

E' verosimile, anche in assenza di una documentazione obiettiva, che rientrino nel gruppo delle anemie emolitiche a genesi mista (intra - extraglobulare) diverse forme conseguenti a ingestione di altre sostanze alimentari, medicamentose e ad infezioni virali, batteriche, micotiche, ecc.

Nota fin dall'antichità, ritenuta malattia squisitamente regionale, propria della Sardegna, il favismo ha rivelato una insospettata presenza in altre regioni della Penisola e anche al di fuori di essa.

E' convinzione comune che i casi oggetto di pubblicazione rappresentino solo un' aliquota modesta di quelli realmente esistenti.

Per la nostra provincia vogliamo ricordare che una delle prime memorie sull'«avvelenamento delle fave» è di Liborio Belisario da Bernalda (MT) e che fu per opera di un medico di un paese lucano, Montano da La-

vello (PZ), che la malattia ebbe il suo criisma ufficiale con la presentazione di ben 70 casi in una seduta del IX Congresso di Medicina Internazionale, Roma, 1894.

Le ricerche sul favismo hanno ricalcato fedelmente quelle condotte sull'anemia emolitica da Primachina descritta da clinici americani, che la rilevarono in soggetti negri affetti da malaria e trattati con Primachina.

Essi non potettero giustificare tale abnorme comportamento con alterazioni morfologiche eritrocitarie che del resto non furono evidenziate.

E' stato merito di studiosi americani dell'Università di Chicago (Beutler) aver evidenziato nei globuli rossi di tali soggetti una netta diminuzione di glutatione ridotto e un deficit dell'enzima glucosio-6-fosfato-deidrogenasi.

Sansone e Segni intuendo che tali deficit non fossero specifici dell'anemia da Primachina riuscirono a dimostrare, per primi, nel favismo (1956) deficit di glutatione. Successivamente fu evidenziata una diminuita stabilità del glutatione (Beutler, Sansone e Coll.) e subito dopo deficit dell'attività glucosio-6-fosfato-deidrogenasi degli eritrociti fabici (Larizza e Coll., Sansone e Coll., Carcassi e Coll.).

Ancora da Sansone e Segni analoghe alterazioni furono evidenziate anche a carico dei familiari apparentemente sani.

Il favismo colpisce con netta prevalenza l'infanzia anche se è provato che nessuna età ne è immune: dal lattante che contrae la malattia succhiando al seno materno, se la madre ha ingerito le leguminose, fino a settantenni, non sicuramente al primo contatto con le fave.

Da molte statistiche risulta che l'età più colpita è quella al disotto dei cinque anni e più precisamente quella compresa fra un anno e mezzo e cinque anni.

Sesso. - Il sesso maschile è quello più interessato dalla malattia. Tale maggiore incidenza viene messa in relazione, da alcuni Autori, alle maggiori possibilità di esposizione dei maschi e da altri a fattori genetici.

Stagionalità. - Il favismo è malattia ad insorgenza stagionale. L'epoca che corrisponde alla fioritura ed alla maturazione delle leguminose, compresa tra marzo e giugno, è quella più interessata. Ma casi, anche se rari, si possono avere durante l'arco di tutto l'anno, per ingestione di fave secche.

E' stato notato da alcuni Autori (Magrassi e Leonardi, Carcassi, ecc.) che il favismo e la microcitemia interessano le stesse popolazioni.

Una soddisfacente spiegazione di tale fenomeno ancora oggi non è possibile averla, perchè molto poco è noto sui rapporti tra le due forme morbose.

Con questa nota clinico-statistica vogliamo riferire sui casi di favismo venuti alla nostra osservazione nel reparto Pediatrico dell'Ospedale di Matera.

A ciò siamo stati indotti dalla insospettata consistenza numerica delle osservazioni. La diagnosi di favismo è stata posta sulla base dei dati clinici e sull'anamnesi accuratamente vagliata caso per caso. Dal computo sono stati esclusi tutti i casi dubbi e fra questi soprattutto quelli di sospetta inalazione di polline fabico.

Il periodo di osservazione cui si riferisce la ricerca è compreso fra settembre 1963 e ottobre 1969. In tale periodo abbiamo osservato 81 casi compresi tra l'età minima di 10 mesi e l'età massima di 12 anni (v. tabella 1).

Da sottolineare che nella nostra Provincia, ad economia depressa, il consumo delle leguminose fresche e secche è notevole e non limitato alle classi meno abbienti.

Risulta, circa il sesso, che quello maschile è più fortemente colpito di quello femminile.

In rapporto all'età si è notato una notevole concentrazione al disotto dei cinque anni e massimamente tra il terzo e il quinto anno; segue, in ordine decrescente, il periodo compreso nei primi due anni, mentre una maggiore dispersione si ha fra il sesto e il nono anno e soprattutto fra il decimo e il dodicesimo anno.

Circa la distribuzione geografica (tab. 2) particolare rilievo assume, a nostro parere, il fatto che i Comuni più colpiti (Tursi, Policoro, Montalbano, Bernalda), siti sul litorale

jonico, sono gli stessi che danno il più alto contributo alla microcitemia e al Morbo di Cooley.

Da ricerche statistiche infatti condotte dal Centro di Microcitemia di Matera nella popolazione scolastica di tali zone è stata riscontrata una elevata percentuale di microcitemici che va dal 10% al 18% a seconda i Comuni.

Tutti i nostri pazienti avevano contratto la malattia con l'ingestione delle leguminose fresche o secche: il periodo di incubazione è variato da 10-12 ore fino a 48 ore.

Per la quasi totalità dei casi non si erano avute per il passato altre crisi pur avendo alcuni pazienti ingerito fave, più volte, nel corso degli anni precedenti. Non possiamo non far rilevare come episodi « minori » possono essere passati inosservati o sottovalutati. I casi si sono avuti soprattutto nei mesi da aprile a giugno con punte massime nel mese di maggio, ma anche nell'inverno. Questi ultimi in relazione all'ingestione di fave secche sono risultati di frequenza molto inferiore a quelli da ingestione di fave fresche.

Rilievi clinici

I pazienti da noi osservati mostravano clinicamente segni di media ed alcuni di notevole gravità.

Ci limitiamo a fare su di essi alcune considerazioni riassuntive senza soffermarci a lungo sulla sintomatologia, non discostandoci da quella descritta nei libri di testo.

Abbiamo rilevato che nessuna relazione esiste fra la sintomatologia e la quantità delle fave ingerite.

Rapporto ci è parso esistere tra la gravità del quadro clinico e il tempo di incubazione, nel senso che i casi più gravi risultavano quelli in cui l'ingestione era avvenuta da più breve tempo. La sintomatologia è insorta in genere entro le prime 24 ore dall'ingestione delle fave, più raramente entro la seconda giornata. L'esordio è stato quasi sempre rappresentato da brivido, lombalgia, spesso febbre, pallore, cefalea e collasso, cui hanno fatto seguito, a breve distanza di tempo, eliminazione di urine rosso scure o nerastre e subitiero.

Nei bambini piccoli più accentuati ci sono parsi il vomito, la adinamia, la diarrea e la compromissione del sistema nervoso centrale, rappresentata da sopore più o meno spic-

TABELLA 1.

Numero	Paziente Nome	Comune	Età
1963			
1)	F.V.	Tursi	anni 3
2)	A.G.	Montescagl.	anni 3
1964			
1)	D.A.	Tursi	anni 6
2)	L.R.	Rotondella	anni 6
3)	P.G.	Nova Siri	mesi 26
4)	G.F.	Tursi	anni 4
5)	G.S.	Tursi	anni 4
6)	T.B.	Tursi	anni 5
7)	D.M.A.	Rotondella	anni 9
8)	M.M.	Matera	anni 3
9)	G.A.	Pisticci	anni 4
1965			
1)	M.L.	Bernalda	anni 3
2)	G.G.	Policoro	mesi 18
3)	F.A.	Policoro	anni 4
4)	R.G.	Policoro	anni 5
5)	F.M.	Nova Siri	anni 3
6)	F.A.	Nova Siri	anni 1
7)	C.D.	Montalbano	anni 2
8)	B.D.	Policoro	anni 9
9)	D.T.T.	Montalbano	anni 4
10)	P.G.	Policoro	anni 7
11)	G.G.	Policoro	mesi 16
12)	L.A.	Bernalda	anni 9
13)	D.D.G.	Matino (Le)	anni 3
14)	M.G.	Montalbano	anni 12
15)	R.E.	Matera	mesi 14
16)	D.V.	Montalbano	anni 2
17)	G.L.	Policoro	anni 2
18)	L.D.	Calciano	anni 3
19)	G.M.	Tursi	mesi 10
20)	R.A.	Matera	anni 9
21)	G.G.	Bernalda	anni 2
22)	P.F.	Montalbano	anni 3
23)	D.G.	Policoro	mesi 18
24)	G.G.	Tursi	anni 6
25)	C.L.	Policoro	anni 3
26)	M.V.	Montalbano	anni 3
1966			
1)	M.G.	Montalbano	anni 2
2)	F.A.	Bernalda	anni 1
3)	G.G.	Tursi	anni 6

Segue tabella 1

Numero	Paziente Nome	Comune	Età
4)	M.V.	Scanzano	anni 3
5)	C.L.	Policoro	anni 3
6)	D.G.	Policoro	anni 1½
7)	P.F.	Montalbano	anni 3
8)	G.G.	Bernalda	anni 2
9)	R.E.	Matera	anni 2
10)	T.F.	Bernalda	mesi 20
1967			
1)	D.B.	Bernalda	anni 7
2)	Z.P.	Bernalda	anni 2
3)	F.P.	Matera	anni 5
4)	S.C.	Montalbano	anni 5
5)	S.A.	Policoro	anni 4
6)	U.M.	Miglionico	anni 8
7)	M.G.	Montalbano	anni 3
8)	S.L.	Aliano	anni 3
9)	G.B.	Matera	anni 5
10)	S.S.	Nova Siri	anni 2
11)	C.P.	Montalbano	anni 3
12)	F.C.	Colobraro	anni 2
13)	D.F.	Bernalda	anni 2
14)	T.A.	Tursi	anni 2
15)	C.M.	Montalbano	mesi 13
16)	N.V.	Pisticci	mesi 3
1968			
1)	C.A.	Policoro	anni 4
2)	C.A.	Matera	anni 2
3)	R.A.	Rotondella	anni 2
4)	S.S.	Scanzano	anni 3
5)	M.P.	Policoro	anni 2
6)	L.O.	Pisticci	mesi 11
7)	M.F.	Bernalda	anni 3
1969			
1)	F.M.	Montalbano	anni 4
2)	T.G.	Scanzano	anni 2
3)	M.M.	Scanzano	anni 2
4)	B.A.	Tursi	anni 3
5)	G.L.	Pisticci	anni 3
6)	G.B.	Bernalda	anni 3
7)	V.D.	Metaponto	anni 11
8)	F.V.	Tursi	anni 9
9)	G.F.	Tursi	anni 9
10)	G.S.	Montalbano	anni 10
11)	P.F.	Bernalda	anni 14

TABELLA 2. — Distribuzione dei casi di favismo secondo i comuni di provenienza.

	N. dei casi
Bernalda	12
Montalbano	14
Tursi	12
Policoro	14
Scanzano	4
Matera	7
Pisticci	4
Rotondella	3
Metaponto	1
Miglionico	1
Aliano	1
Nova Siri	4
Montescaglioso	1
Calciano	1
Matino (Lecce)	1

cato, fino a quadri di pre-coma. Nessun caso ha presentato segni di blocco renale; il fegato e la milza spesso erano aumentati di volume.

I dati di laboratorio di routine non si sono discostati dai valori classici di questa ane-

mia. I valori minimi di G.R. hanno raggiunto cifre al disotto del milione.

Purtroppo non abbiamo potuto effettuare sugli eritrociti il tasso del glutatone ridotto, del glucosio-6-fosfato-deidrogenasi e il test di stabilità del glutatone. Ci ripromettiamo per il futuro di indagare in tal senso.

Dal punto di vista terapeutico la trasfusione di sangue fresco in toto ha rappresentato ovviamente la nostra arma migliore, ripetuta due o tre volte, a seconda delle esigenze e dei valori dei dati ematologici.

In molti casi abbiamo usato terapia cortisonica in dose di 10-20-40 mg pro-die, per due o tre giorni, ma non ci è parso che i casi trattati con tale farmaco abbiano avuto diverso andamento da quelli non trattati.

I malati sono venuti tutti a guarigione.

A conclusione vogliamo sottolineare quanto frequente si è dimostrato nella nostra provincia il favismo.

Se si considera che non tutti i casi raggiungono quadri di gravità tale da richiedere l'opera del medico o il ricovero ospedaliero, si può, a ragione, arguire che la malattia sia più diffusa di quanto si potrebbe pensare.

Ci porta a tale convinzione l'aver potuto osservare un numero così rilevante, in solo 7 anni, in una popolazione numericamente non molto consistente.

[Indirizzo dell'Autore:

R. Caforio
Ospedali Riuniti
Divis. Pediatrica
75100 Matera]

La rottura d'utero problema sempre di attualità

Contributo clinico-statistico

S. A. D'ANDREA, Aiuto

Ospedale San Carlo - Potenza
Divisione Ostetrica-Ginecologica
(Primario: Prof. L. De Bellis)

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI. — Rottura di utero.

Per i molteplici progressi assistenziali e terapeutici della moderna Ostetricia, la rottura d'utero in molti paesi, rappresenta una complicanza sempre più rara.

Altrettanto non si può dire per alcune regioni della nostra Italia Meridionale, dove detta complicanza per la sua elevata incidenza, riveste ancora un notevole interesse pratico.

Questo rilievo trova adeguata conferma nei dati offerti da alcune statistiche consultate; infatti vediamo che a Chicago (U.S.A.) su 47.945 pazienti ostetriche, la rottura d'utero presenta un'incidenza dello 0,06 %; a Filadelfia (U.S.A.) su 318.103 parti si sono verificati 105 casi di rottura d'utero, con una incidenza pari allo 0,0003 %; nella Clinica Ostetrica-Ginecologica di Padova, Franco riferisce una incidenza dello 0,043 % su 29.895 parti; Dellepiane riporta una incidenza dello 0,26 % su 25.000 parti avvenuti nella Clinica Ostetrica-Ginecologica di Torino; Ferraris e Coll. della Clinica Ostetrica-Ginecologica di Bari su un totale di 22.395 parti, hanno riscontrato una incidenza di rottura d'utero pari allo 0,23 %; presso il nostro Ospedale si è riscontrata una incidenza dello 0,23 % su di 11.923 parti.

Queste variazioni di frequenza in rapporto alle singole regioni di studio, trovano una spiegazione nei diversi fattori economici, religiosi ed assistenziali che caratterizzano la vita sociale delle diverse popolazioni. Se si pensa che nella nostra provincia per la sua conformazione geografica, esistono paesi a più di 180 Km dal capoluogo e collegati ad esso da una rete stradale del tutto inefficiente, che esistono larghi strati della popolazione ancora nella completa ignoranza sanitaria e legati a pregiudizi atavici, e che non esiste una recettività ospedaliera sufficiente, ecco spiegato in parte l'elevato per cento di incidenza di tale drammatico evento. Con-

trariamente a quanto avviene in molte altre Regioni d'Italia, la frequenza del parto domiciliare è molto elevata; consultando l'Annuario di Statistiche Sanitarie Istat si rileva che nel 1958 nella nostra Regione solo il 7,90 % dei parti erano avvenuti in ambienti ospedalieri. Se la nostra attenzione poi si volge all'assistenza sanitaria ostetrica, vediamo che essa nei tempi passati, anche se non molto lontani, per contingenze particolari, come può essere la scarsità di specialisti Ostetrici, era affidata quasi esclusivamente ai Sanitari condotti ed alle ostetriche; ebbene questo potrebbe essere un altro fattore di notevole importanza. Solo oggi, per fortuna, si incomincia a notare un risveglio della coscienza sanitaria specifica, anche fra la popolazione meno abbiente, dato che lo si desume dal maggior numero di ricoverate e dal notare fra le pazienti ostetriche ricoverate che un buon numero, anche se non ancora tale da far essere sereni, si sottopone una o più volte a visita medica durante la gestazione.

La rottura d'utero viene solitamente distinta in spontanea e traumatica. La prima è dovuta all'attività contrattile del miometrio, mentre la seconda è in genere secondaria ad un intervento ostetrico.

Le cause predisponenti la rottura d'utero sono molteplici e tra le principali possiamo annoverare:

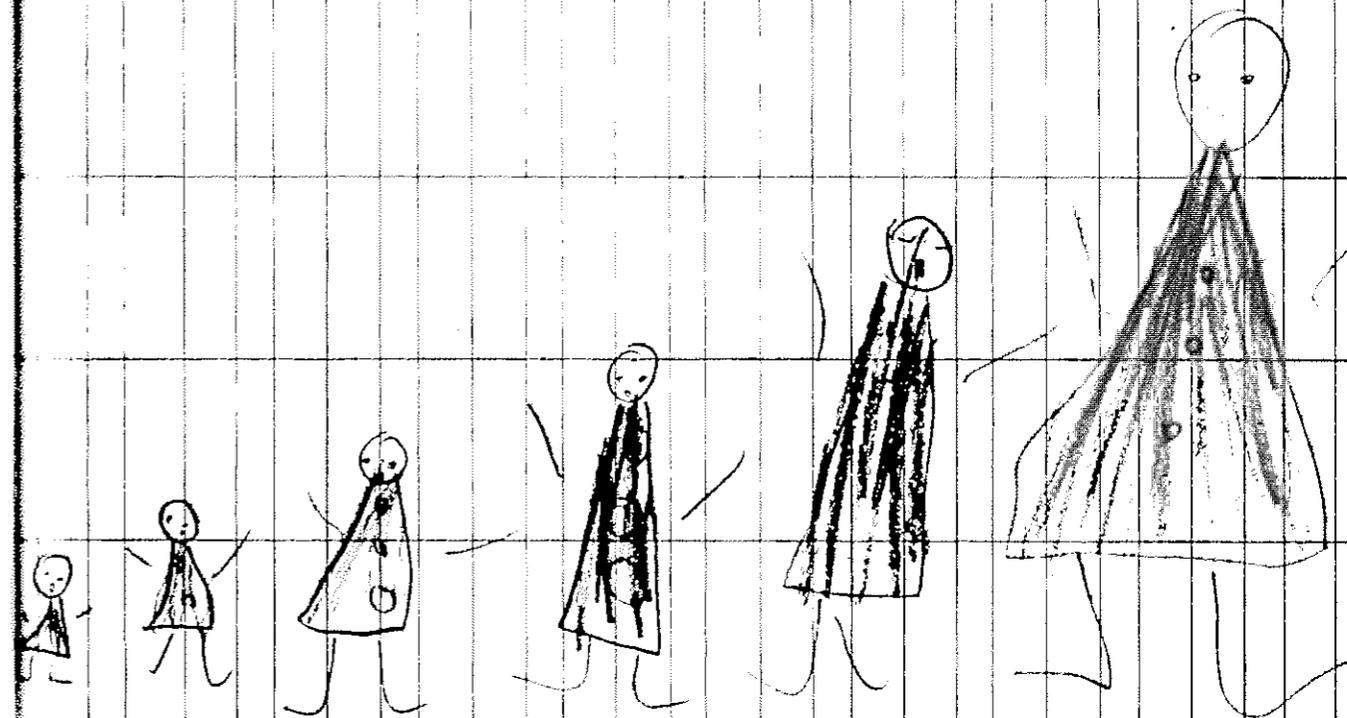
A) Quelle che determinano un indebolimento della parete uterina come:

1) flogosi uterine che comportano una ialinizzazione del miometrio con connettivazione abnorme della tunica muscolare;

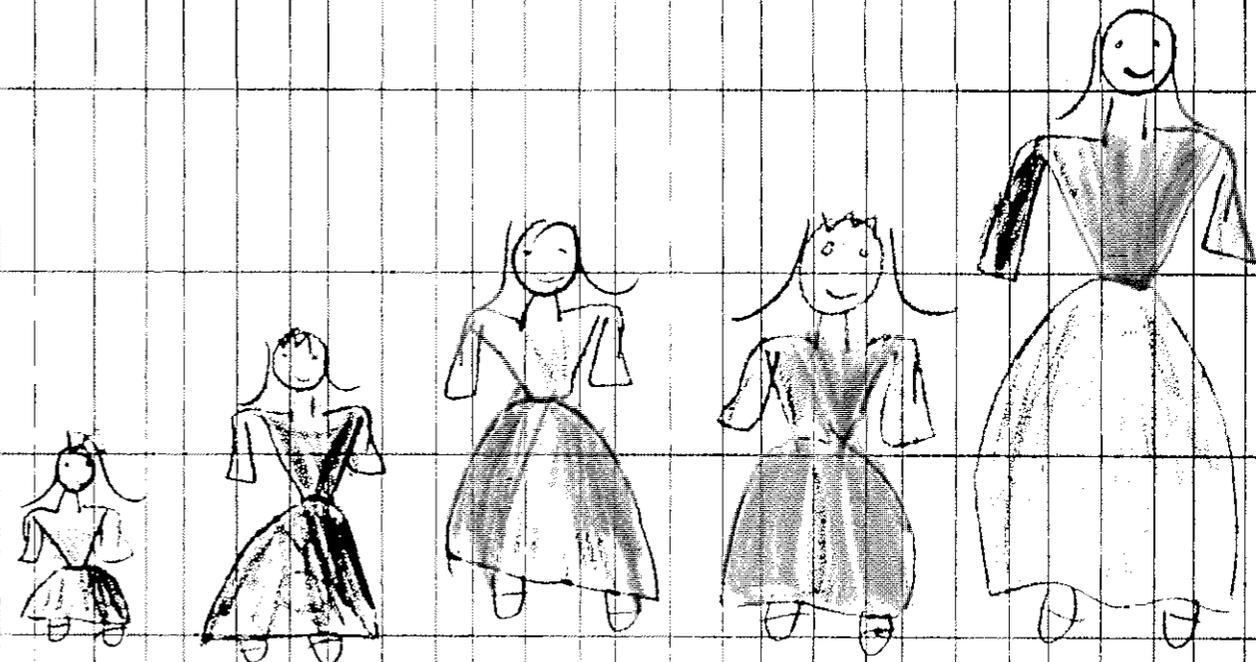
2) la multiparità che determina un assottigliamento ed una diminuzione dell'elasticità della parete uterina;

3) la presenza di una cicatrice, o cesarea, o da pregressa isterotomia per ragioni varie;

CO-CARNETINA B12



ANTIANORESSICO - ANABOLIZZANTE FISIOLÓGICO



SOSTANZE SINERGICHE PER L'EUTROFISMO CELLULARE



sigma-tau

infezioni preoccupanti...

**in tutte
le infezioni gravi
da germi gram-positivi
e gram-negativi
quando
una azione battericida
rapida e intensa
è indispensabile**



amplium

sigma-tau

(ampicillina | cloxacillina 2:1)

posologia: adulti: 1 fiala (400 mg di ampicillina+200 mg di cloxacillina) ogni 6 ore
bambini: 1 fiala pediatrica (200 mg di ampicillina+100 mg di cloxacillina) ogni 6 ore



sigma-tau

4) assottigliamento delle pareti uterine per adenomiosi, pregressi secondamenti manuali, pregressi raschiamenti uterini, stati malformativi, ecc.

B) Quelle di ordine meccanico che ostacolano la progressione fetale attraverso il canale da parto quale il bacino viziato, la macrosomia fetale, l'addome pendulo, ecc. E' da rilevare infine che questi fattori assumono una particolare importanza quando sono associati ad una somministrazione incongrua di sostanze ossitociche post-ipofisarie.

Tra i fattori predisponenti che abbiamo ricordato va assumendo un interesse etiologico sempre più rilevante la « cicatrice da taglio cesareo ». Infatti la frequenza del taglio cesareo in questi ultimi tempi presenta un incremento abbastanza rilevante ed a carattere progressivo, sia per l'allargamento delle indicazioni di esso, sia per la migliorata tecnica anestesologica, sia per i più efficaci presidi terapeutici, specie antibiotici, di cui si può disporre oggi.

Numerosi fattori, sia di ordine locale che generale, influiscono sulla normale cicatrizzazione dell'incisione isterotomica creando un « locus minoris resistentiae » ed una più facile possibilità di deiscenza. Tra questi fattori è da rilevare che viene data importanza oltre che alle comuni norme di osservanza chirurgica anche al tipo di incisione che può essere longitudinale o trasversale sul segmento inferiore. La preferenza verrebbe assegnata oggi a quella trasversale in quanto non comportando l'incisione delle fibre muscolari, ma solo la dissociazione, permetterebbe di conservare l'integrità anatomica e quindi una più facile cicatrizzazione. Nella nostra Divisione si adotta tale tipo di isterotomia, praticando solo a volte l'isterotomia longitudinale come nel caso di placenta previa centrale al 7° mese per motivi di praticità. Anche con l'adozione di questi accorgimenti, la frequenza della rottura d'utero su cicatrice cesarea risulta relativamente elevata, tanto che le più recenti statistiche classificano la rottura d'utero in: spontanea, traumatica e post-cesarea. Noi adotteremo nell'espone la nostra casistica quest'ultima classificazione che è di più pratica attualità.

Le principali cause predisponenti nel determinismo della rottura d'utero sono quelle di ordine meccanico. Riteniamo opportuno segnalare che mentre risultano rare le rot-

ture da trauma diretto sull'addome, sono abbastanza frequenti invece quelle dovute ad interventi manuali o strumentali che si compiono per l'estrazione del feto. Tra gli interventi ostetrici che hanno maggiore influenza su questo tipo di rotture d'utero annoveriamo: l'applicazione di forcipe, il rivolgimento e l'embriotomia.

Nel rivolgimento l'incidente capita quando, avvenuta la rottura delle membrane, si interviene con le pareti uterine addossate e retratte sul feto; nell'applicazione di forcipe ci può essere errore nella valutazione della dilatazione del collo dell'utero e dell'impegno della testa fetale; l'embriotomia ha scarsa incidenza in quanto oggi difficilmente si giunge alla condizione di dover compiere un simile intervento.

Il meccanismo è identico in tutte e tre i tipi di rottura d'utero si tratta di una abnorme distensione delle pareti uterine, specie del segmento inferiore con superamento dei limiti di elasticità delle fibre muscolari.

La sintomatologia nelle rotture d'utero è varia e subdola a volte; non sempre sono facili da evidenziare quei segni premonitori che permettono di definire la cosiddetta « minaccia di rottura d'utero », che sono rappresentati in genere da uno stato di agitazione della paziente, ipertono uterino, obiettivazione attraverso le pareti addominali dell'anello di retrazione di Bandl determinato dall'ipertono del segmento uterino superiore e dalla mollezza di quello inferiore, iperdistensione dei legamenti rotondi dell'utero, particolare sensibilità od assottigliamento delle pareti uterine. La sintomatologia delle rotture d'utero in atto venute alla nostra osservazione è stata varia in rapporto al momento di osservazione, al tipo ed alla sede della lesione. Ciascun caso ha presentato uno o più segni associati, in alcuni invece il quadro clinico risultava sfumato e poco appariscente, pur avendo riscontrato intraoperatoriamente rotture complete e con inondamento emoperitoneale. Non mi attardo nella descrizione particolareggiata della sintomatologia sia perchè è ben nota a tutti, sia perchè pur schematizzata non rientra negli scopi di questa mia comunicazione.

La prognosi materna, sia per lo stato di shock emorragico, sia per i processi flogistici secondari, è sempre grave; per il feto, nella quasi totalità dei casi, è infausta per l'asfissia secondaria al distacco della placenta.

Abbiamo preso in considerazione il periodo compreso fra il 1956 ed il 1968; in tale periodo si sono verificati 28 casi di rottura d'utero su un totale di 11.923 parti, con una incidenza pari allo 0,23 % circa. In rapporto alla modalità di rottura ed al tipo anatomopatologico della lesione i 28 casi osservati risultano così distribuiti:

- 14 casi di rottura spontanea;
- 8 casi di rottura traumatica;
- 6 casi di rottura post-cesarea.

Non si è verificato nessun caso di rottura complicata. In rapporto alla sede della lesione, solo in 2 casi si è avuto interessamento del corpo dell'utero, nei rimanenti casi è stato sempre interessato il segmento inferiore, particolarmente la parete laterale sinistra, come appunto è stato notato in ben 19 casi.

Nell'interpretazione etiopatogenetica della rottura spontanea figurano in 7 casi la multiparità, in 3 casi la sproporzione fetopelvica, in 2 casi un incongruo trattamento ossitocico, mentre nei rimanenti 2 casi non è stato possibile riscontrare nessun fattore etiopatogenetico. La mortalità materna è stata nulla; la mortalità fetale si è avuta in 13 casi, in un solo caso tale evento non si è verificato; si trattava di una paziente alla sua 7^a gravidanza, nella quale la rottura d'utero è stata riscontrata subito dopo il parto e riferita alla multiparità.

Per quanto riguarda la rottura traumatica essa è avvenuta sempre dopo un intervento ostetrico, ma in nessun caso la lesione è stata di tipo violento, cioè prodotta obiettivamente dallo strumento ostetrico. Si può pertanto affermare che anche in questo tipo di rottura il meccanismo è ben poco diverso da quello della rottura spontanea, in quanto al momento dell'intervento si erano già stabilite le condizioni permissive la rottura. Gli interventi ostetrici che figurano nella nostra casistica come presupposto patogenetico sono: il tentativo di rivolgimento in 4 casi, l'applicazione di forcipe in due casi, il rivolgimento con estrazione podalica in un caso e l'embriotomia su feto premorto in presentazione di spalla trascurata in un altro caso.

Risulta evidente che la principale causa di rottura d'utero traumatica nella nostra statistica è il rivolgimento. E' stato appurato che nei tentativi di rivolgimento, questa manovra è stata iniziata in condizioni che non

permettevano una corretta esecuzione sia per insufficiente dilatazione del collo dell'utero, sia per una avanzata retrazione delle pareti uterine sul corpo fetale; infatti in tutti e quattro i casi si trattava di feti in presentazione di spalla trascurata. In merito all'applicazione di forcipe, non risultano errori evidenti di valutazione della dilatazione e della progressione della parte presentata, e si presume pertanto che la rottura sia strettamente riferibile al solo trauma dettato dall'intervento. Per quanto riguarda la rottura nel caso dell'embriotomia, è discutibile solo il tipo di intervento scelto per il caso, ma assolutamente si può escludere responsabilità per la manualità dell'intervento stesso, essendosi a nostro parere, postumo purtroppo, già istituite quelle condizioni permissive la rottura.

In questo gruppo di pazienti si sono verificati due casi di mortalità materna per stato di shock emorragico irreversibile, giunti alla nostra osservazione in stato preagonico; la mortalità fetale è stata di 7 casi su 8.

Contrariamente a quanto affermato dalla letteratura più recente, la nostra casistica non presenta, in rapporto al numero globale dei casi di rottura d'utero osservati, una incidenza predominante da rottura da distasi della cicatrice isterotomica post-cesarea. Questa complicanza difatti si è verificata solo in 6 casi.

Il taglio cesareo pregresso risultava sul segmento inferiore in 5 casi e sul corpo dell'utero in 2 casi. Dall'anamnesi figura inoltre che in un caso l'intervento ostetrico risultò complicato da fistola utero-addominale. Nella patogenesi di questo tipo di rottura figura un caso con trattamento incongruo con ossitocici, due casi con macrosomia fetale ed infine tre casi in cui la patogenesi non è stata possibile riferirla ad alcuna evenienza ostetrica attuale e pertanto sono stati attribuiti genericamente ad un anormale processo di cicatrizzazione. La mortalità materna in quest'ultimo gruppo è stata di un solo caso, sempre per shock irreversibile; la mortalità fetale è stata di 3 casi.

Il trattamento terapeutico in tutti e tre i gruppi è stato univoco, si è sempre praticata isterectomia subtotale con annessiectomia mono- o bilaterale, trasfusioni di sangue citrato, analettici, antibiotici, ecc.

Dall'esame dei dati offerti dalla nostra statistica, non emergono rilievi significativi circa le cause determinanti la rottura di utero,

però bisogna notare che la rottura in sede di cicatrice cesarea, pur figurando in solo 6 casi di 28, risulta, come singolo fattore etiologico, fra quelli di maggior incidenza. Quello che di interessante rileva la nostra casistica invece è il basso indice di mortalità materna, 3 casi su 28 osservati, pari al 10,6 % indice fra i più bassi riportati dalla letteratura. Questo dato diventa ancor più interessante se si considera che in ben 20 casi la rottura non è avvenuta in reparto, condizione questa già di per sé sufficiente a rendere infausta la prognosi della rottura d'utero data la ubicazione dei nostri centri abitati e lo stato delle nostre vie di comunicazione, come abbiamo avuto già modo di dire in precedenza.

Non altrettanto possiamo invece affermare in merito alla mortalità fetale, che è rappresentata da ben 23 exitus fetali su 28 casi, con una incidenza pari all'88,8 %, percento elevatissimo al confronto di molte altre statistiche di recente consultate.

Dall'analisi conclusiva della nostra casistica non si può non considerare l'alta incidenza della complicanza in esame che nella nostra Divisione è risultata di un caso ogni 426 parti, includendo in questo rapporto anche i casi, 20 su 28, avvenute in altre sedi o a domicilio.

Questa nostra breve disamina di un determinato numero di casi di rottura d'utero ci porta a delle considerazioni che si proiettano nel futuro del nostro lavoro e nel futuro delle nostre donne. La nostra è stata sempre una provincia povera, e si sa che dove c'è povertà materiale, in genere esiste anche povertà mentale, indipendente a volte dalla propria volontà. Il nostro primo impegno di tutori della salute pubblica è quello di far comprendere a queste persone che la nostra prima preoccupazione è la loro salute fisica; bisogna che nelle loro menti entri senza riserva che una sana educazione igienico-sanitaria è alla base della loro integrità fisica, e che sia le interessate che tutti quelli che dovrebbero collaborare si convincano che la nostra coscienza di uomini e di medici è protesa alla salvaguardia di queste giovani vite e non al clientelismo. Già oggi, per fortuna, si nota un risveglio, ma è ancora troppo poco; insistiamo, dobbiamo insistere su questa strada.

BIBLIOGRAFIA

- Adcock L. L.: « Uterine rupture. Experience in Ghana ». *Obst. and Gynec.*, 22/5, 671, 1963.
- Azzarone M.: « Considerazioni patogenetiche e cliniche su 19 casi di rottura spontanea dell'utero gravido in pazienti già cesarizzate ». *Min. Gin.*, 14, 502, 1962.
- Belvederi C.: « Contributo clinico-statistico alla rottura d'utero in travaglio di parto ». *Riv. Ital. Ginec.*, 34/3, 183, 1951.
- Borsò A.: « Sulla deiscenza delle ferite isterotomiche dopo taglio cesareo eseguito con incisione longitudinale del segmento inferiore ». *Min. Gin.*, 9, 742, 1957.
- Bianchi P. L., Cilotti R.: « Il problema del parto nelle già cesarizzate ». *Riv. Ital. Ginec.*, 42, 197, 1960.
- Brieron J.: « Rupture of the pregnant uterus ». *Am. J. Obst. Gyn.*, 59, 113, 1950.
- Cassano F.: « Indicazioni, frequenza ed esito dei tagli cesarei demolitori eseguiti nella Clinica di Bari dal 1953 al 1962 ». *Min. Gin.*, 15, 922, 1963.
- Dellepiane G.: « Sulla deiscenza uterina primaria post-cesarea e varie complicazioni immediate e a distanza ». *Min. Gin. Atti Soc. Reg.*, 10, 61, 1961.
- Ferguson R. K., Reid D. E.: « Rupture of uterus: a twenty-years report from Boston Lying in Hospital ». *Am. J. Obst. Gynec.*, 76, 172, 1958.
- Ferraris G.: « Stato attuale delle indicazioni per la sterilizzazione tubarica a scopo medico ». *Min. Gin.*, 16, 579, 1964.
- Franco G.: « Le rotture d'utero in travaglio di parto nella Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Padova ». *Attual. Ost. Gin.*, 6, 443, 1960.
- Massazza M.: « Sulla resistenza della cicatrice cesarea in rapporto con la sua sede ». *La Clin. Ost. Gin.*, 30, 385, 1928.
- Massone G.: « Interferenza dell'ambiente e delle consuetudini sulla frequenza del taglio cesareo nella Clinica Ostetrica e Ginecologica di Bari ». *Min. Gin.*, 15, 908, 1963.
- Meredith R. S.: « Ruptured uteri at the woman's Hospital ». *Am. J. Obst. Gynec.*, 70, 84, 1955.
- Nobili F.: « Rottura d'utero in gestanti già cesarizzate ». *Min. Gin.*, 14, 728, 1962.
- Quinto P.: « Sulla resistenza della cicatrice cesarea in rapporto alla sede ». *La Clin. Ost.*, 36, 475, 1934.
- Siliquini P. N., Cagliari L.: « Aspetto attuale della rottura d'utero in gravidanza ». *Min. Gin.*, 15, 399, 1963.
- Tesauro G.: « Contributo allo studio delle rotture d'utero ». *Arch. Ost. Gin.*, 43, 319, 1936.
- Ware A. H., Jarret A. Q., Reda F. A.: « Rupture of the gravid uterus. Report of 40 cases ». *Am. J. Obst. Gynec.*, 76, 181, 1958.
- Wiengold A. B., Sall S., Sherman D. H., Brenner P. H.: « Rupture of the gravid uterus ». *Surg. Gynec. Obs.*, 122/6, 1233, 1966.

[Indirizzo dell'Autore:

A. D'Andrea
Corso Umberto I, 22
85100 Potenza]

Metastasi uterina da carcinoma mammario

M. GRIMALDI - F. SCETTINI

Ospedale Provinciale S. Carlo - Potenza
Divisione Ostetrico-Ginecologica
(Primario: Prof. L. De Bellis)

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI. — Metastasi uterina - Carcinoma mammario.

Viene illustrato questo caso, in considerazione della rarità delle metastasi uterine da carcinomi di organi extrapelvici.

Fin ora nella letteratura mondiale sono stati descritti 88 carcinomi metastatici nell'utero di origine extrapelvica.

Quelli provocati da una primitiva localizzazione mammaria sono in totale 39. Naturalmente abbiamo escluso di proposito le localizzazioni uterine di tumori sistemici (leucemia).

Scorrendo la letteratura sull'argomento, vediamo che i tumori primitivi che hanno dato metastasi nell'utero sono, in ordine di frequenza:

	Casi
— la mammella	39
— lo stomaco	25
— il polmone	6
— il rene	4
— i melanomi	3
— il pancreas	3
— le vie biliari	3
— l'appendice	2
— il fegato	1
— la pleura	1
— la tiroide	1
— il Sarcoma di Ewing	1

La mammella, da sola, comprende quasi la metà dei casi — ciò potrebbe essere spiegato da una parte per la elevata frequenza, nella donna, del cancro mammario, dall'altra parte per i rapporti endocrini esistenti tra la mammella e l'apparato genitale tanto che il Botella Llusia ha definito la mammella « un organo genitale ».

Circa la rarità delle metastasi uterine da carcinomi extrapelvici, la spiegazione potrebbe essere quella addotta dai tre Autori che si sono interessati di questo capitolo

dell'oncologia ginecologica: Wallach-Edberg e Weigold, i quali affermano che la rarità di tali metastasi è dovuta a tre fattori:

I) le correnti linfatiche dell'utero sono tendenzialmente centrifughe più che centripete;

II) le particolarità biochimiche dell'utero: pH-tensione dell'ossigeno, in contrasto con le esigenze di neoplasie allogene;

III) la piccolezza dell'utero, per cui, questo costituisce un organo bersaglio poco centrabile da parte delle metastasi.

Caso personale

Cartella clinica n. 16412 del Registro generale e n. 462 del Registro dell'Istituto. Paziente C. C., di anni 49, da Pietrapertosa, casalinga, coniugata nel 1949, attualmente vedova.

Si ricovera nel nostro Istituto il 26-9-1969 perchè affetta da metrorragia di n.d.d. da circa 15 giorni, con algie diffuse alla pelvi.

Non ha avuto gravidanze. E' stata sempre bene sino al 1965. Menopausa nel 1965.

Il 6-4-1966 viene operata di mastectomia radicale a destra per carcinoma della mammella destra con metastasi ascellare.

L'esame isto-patologico della mammella mette in evidenza un carcinoma con sospetti intralobulari, intraduttali e solido-infiltranti.

L'esame delle linfoghiandole mostra una metastasi.

Il 1 febbraio 1967 è operata ancora di mastectomia radicale a sinistra per carcinoma.

L'esame isto-patologico del pezzo mammario dimostra una infiltrazione carcinomatosa massiva della mammella a elementi prevalentemente dispersi, scarsamente differenziati; ed una metastasi in due linfonodi ascellari con cellule, con fisionomia a castone, particolare quest'ultimo importante perchè lo ritroveremo dopo.

L'esame obiettivo generale della paziente mette in evidenza uno stato generale scadente, con astenia profonda ed anoressia. Sottocutaneo

scarso, muscolatura ipotonica ed ipotrofica. Accentuato grado di anemia. Peso corporeo Kg. 57; statura m. 1,60. Si apprezzano linfonodi alle regioni inguinali, soprattutto a destra. Testa-collo: nulla di rilevante. Torace: presenza di cicatrice operatoria a racchetta sulla parete anteriore di entrambi gli emitoraci. Ossa costali dolenti soprattutto lungo gli archi di destra. Rantoli a piccole bolle nella base polmonare di destra.

Apparato cardio-circolatorio: Nulla di patologico.

Addome, fegato e milza nei limiti.

Non si apprezzano masse nè alla palpazione superficiale, nè in quella profonda. Non dolenzia nei vari quadranti. Alvo libero ai gas e feci.

Apparato urinario: Nulla di rilevante. Urinazione regolare: 1.500 cc. nelle 24 ore. Nulla all'esame chimico delle urine.

Sistema nervoso centrale e periferico: Integri.

Apparato genitale: All'esplorazione combinata vagino-addominale si apprezza una massa utero-annessiale della grandezza di una grossa arancia dura, fissa, poco dolente, irregolare. Collo uterino cilindrico, epitelizzato, con orificio esterno chiuso. Scarse perdite ematiche in atto. Esplorazione rettale: infiltrazione nodulare dei legamenti utero-sacrali.

Prova di Schiller della Portio: jodo-positiva. Prova di Beclère: positiva. Prova di Krobach: positiva.

Esame colpocitologico vaginale ed endocervicale: I grado di Papanicolau.

Alcuni brandelli di mucosa portiale trovati in vagina, mescolati a coaguli di sangue vengono prelevati ed esaminati istologicamente. Si tratta di mucosa portiale disepitelizzata e con caratteri di flogosi aspecifica.

Il 29-9-1969 si esegue un esame frazionato del canale cervicale e della cavità uterina a scopo diagnostico.

Si mette in evidenza un carcinoma del collo. Infatti, l'esame isto-patologico evidenzia nel corion della mucosa cervicale una estesa infiltrazione di elementi epiteliali isolati, dispersi, con fisionomia a castone, con citoplasma: Pas-positivo. Tali elementi cellulari, isolati e dispersi ed a castone non si trovano abitualmente nei tumori primitivi della cervice uterina; inoltre elementi con analoghi caratteri sono stati riscontrati nei linfonodi ascellari di sinistra nel febbraio 1967.

Di qui, la diagnosi isto-patologica di metastasi della cervice uterina da carcinoma mammario.

L'esame radiografico dei vari organi ed apparati mette in evidenza nel torace: piccole opacità rotondegianti, in numero di due, sul piano basale polmonare di destra, ed aree osteolitiche

a carico delle coste, con frattura patologica della quarta costa di destra ed aree osteolitiche della scapola destra.

Nel bacino si riscontrano aree osteolitiche a carico delle ossa iliache e di tipo osteoporotico degli estremi prossimali dei femori.

Il caso è inoperabile dal punto di vista chirurgico e non è trattabile dal lato fisico-attinico, appunto, per le metastasi multiple.

Il trattamento da noi attuato è stato quello ormonico con alte dosi di progestativi. Quotidianamente, per 24 giorni abbiamo somministrato Farlutal Depot da 100 mg.

Il Prof. N. Vaglio, Direttore della Clinica Ostetrica Ginecologica di Perugia, ha scritto, a proposito, quanto segue: « Negli ultimi tempi abbiamo impiegato il trattamento sistematico in un certo numero di soggetti con progestativi ad alte dosi nei cancri dell'utero, sia come preparazione all'intervento operatorio, sia dopo l'intervento stesso, sia infine in forme inoperabili ».

Ci sembra perciò interessante citarvi un caso è sempre il Prof. Vaglio che parla, nel quale, dopo somministrazione di una dose complessiva di gr. 3 di progestativo, non fu più possibile rinvenire traccia di lesione neoplastica carcinomatosa in occasione di un ulteriore controllo biotico dell'endometrio.

Dunque, ritornando al nostro caso, i risultati della terapia ormonica sono stati veramente sorprendenti. Lo stato generale è migliorato di molto. Il peso, alla dimissione della paziente avvenuta il 21-10-1969 è stato di Kg. 60,500 quindi in poco meno di un mese l'aumento ponderale è stato di Kg. 3,500. L'emocromo nettamente migliorato; la massa endopelvica sensibilmente diminuita; cessazione completa delle metrorragie; ma la sorpresa maggiore è venuta dall'esame radiografico dei polmoni vi è stata, infatti, la completa scomparsa delle opacità rotondegianti della zona basale del polmone di destra. Immutati i quadri di osteolisi.

Questo è il nostro caso, che ci è sembrato interessante illustrarvi per due motivi: la rarità del quadro clinico (è l'89° caso della letteratura mondiale), e l'efficacia di un trattamento ormonico moderno, che resta sempre, beninteso, un trattamento palliativo, ma che ha dato forse un giorno di vita in più ad una esistenza che sembrava ormai quasi spenta.

La bibliografia è riportata negli estratti.

[Indirizzo degli Autori:

M. Grimaldi
Ospedale S. Carlo
85100 Potenza]

Osservazioni sulla I derivata del piezogramma carotideo

G. GUERRICCHIO

Ospedali Riuniti della Provincia di Matera
Servizio di Cardiologia
e Centro Cardioreumatologico
(Primario: Dott. G. Guerricchio)

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI. — Carotide - Piezogramma.

Con la tendenza sempre più diffusa di rivolgersi a metodi matematici per affrontare problemi fisiopatologici, ha acquistato una posizione di un certo rilievo la ricerca della prima derivata (*I D.*) dei principali fenomeni emodinamici. Questa ricerca è diventata ormai abituale nell'esame della curva pressoria intraventricolare (esprimendosi nel c.d. rapporto dp/dt), sta avendo una certa diffusione in elettrocardiografia, mentre è di applicazione più recente nello studio di parametri emodinamici indiretti come l'apicocardiografia e la piezografia.

Per intendere il concetto di *I derivata* nella maniera più semplice e concisa possibile, bisogna ricordare che tutti i fenomeni meccanici di origine cardiocircolatoria sono riconducibili sostanzialmente alla sovrapposizione di onde sinusoidali, alcune delle quali hanno la stessa frequenza del battito cardiaco (e sono perciò chiamate « fondamentali ») ed altre — secondarie — sono dette « armoniche ». Ad esse possono essere ricondotte — in definitiva — tutte le registrazioni che si effettuano in emodinamica (dalle curve intracavitarie al fonocardiogramma), che trovano la loro base nello stesso fenomeno periodico selezionato a mezzo di filtri di diversa potenza.

Ma i metodi abituali di registrazione danno di ciascuno di questi fatti una rappresentazione complessiva. Per esempio, il piezogramma carotideo rappresenta una curva che è la traduzione grafica dei cambiamenti della tensione arteriosa durante le fasi della rivoluzione cardiaca. Nulla dice, però, riguardo alle componenti della curva stessa, alle loro variazioni nel tempo, alla velocità con cui si verificano: privandoci così di conoscenze preziose sia ai fini concettuali che a quelli pratici.

Il problema è stato affrontato, perciò, servendosi dell'analisi matematica, secondo la quale i vari momenti di un fenomeno (in questo caso, le componenti di un piezogramma) possono considerarsi come « variabili ». Poiché la relazione fra due o più « variabili » si interpreta come una « funzione », di questa si può conoscere la « derivata » in un punto determinato. Nel caso che la « funzione » sia rappresentata da una curva, si chiama *I derivata* la tangente a quella curva in un punto: il suo valore è dato dall'inclinazione della tangente stessa in quel punto.

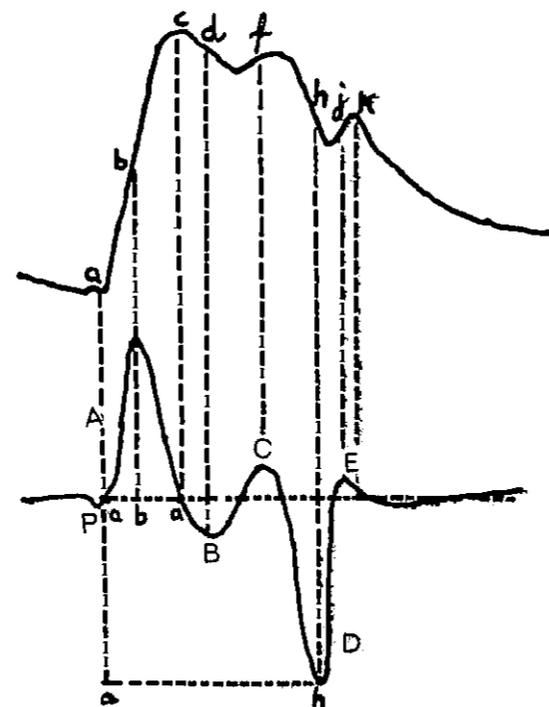


Fig. 1. — Schema di piezogramma carotideo normale e della sua *I Derivata* (da Warembourg, 1969. Modificato).

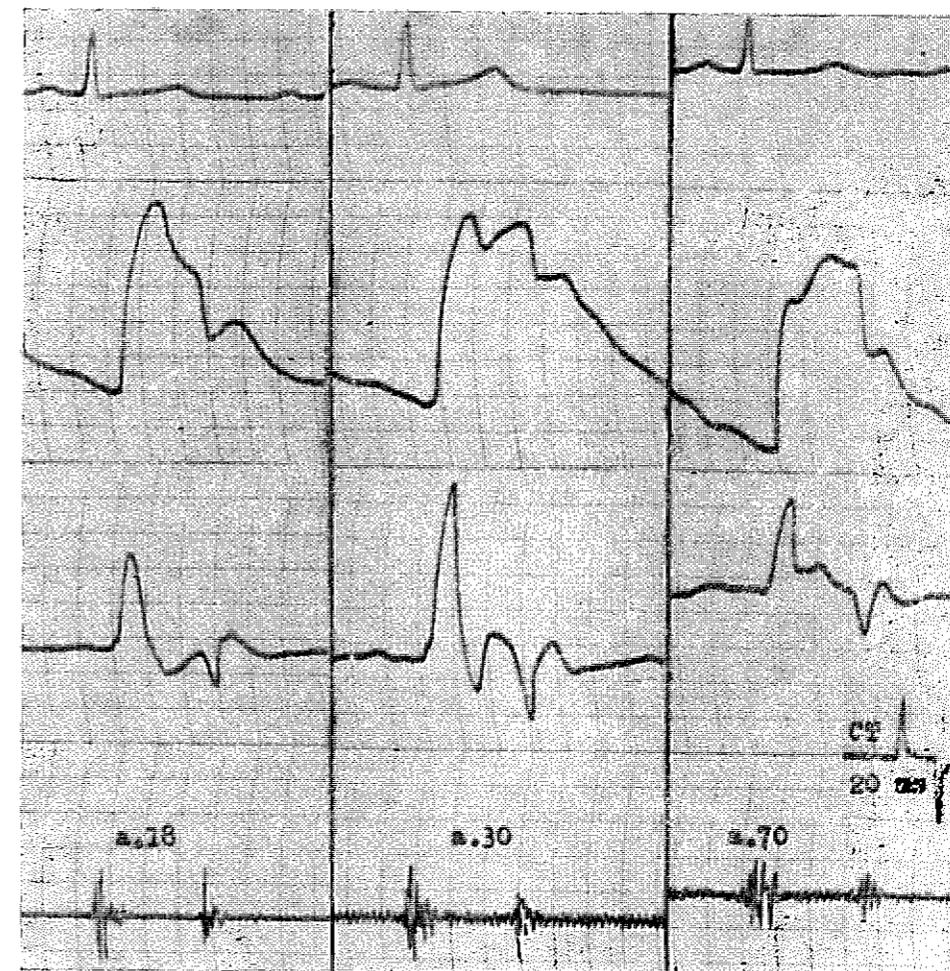


Fig. 2. — Soggetti con apparato cardiovascolare clinicamente indenne. Dall'alto in basso: ECG, Piezog. carotideo, *I Derivata* del piezog., FCG.

Se la curva ha un andamento vario la tangente in punti diversi avrà diverse inclinazioni, cioè la *I derivata* in quei punti avrà valori diversi, attraverso i quali sarà possibile conoscere le variazioni di velocità del fenomeno studiato e scomporlo nei suoi elementi costitutivi.

Per esempio, nel caso di una curva pressoria intraventricolare, la *I D.* farà conoscere le variazioni di pressione nel tempo, quindi lo stato reale della contrattilità miocardica nel suo divenire, fornendo un elemento diagnostico e prognostico di grande valore.

Nel caso del piezogramma carotideo, la *I D.* permetterà una analisi morfologica e quantitativa che comporta da un lato la scoperta di aspetti patologici della curva sfigmica altrimenti misconosciuti, e dall'altro

una maggiore precisione nei calcoli dei tempi di sistole, con intuibili conseguenze di ordine clinico e pratico.

Negli ultimi tempi lo studio della *I D.* si è molto semplificato, da quando sono stati costruiti differenziatori elettronici dotati di costanti di tempo molto piccole, tali da filtrare all'uscita soltanto le variazioni del fenomeno in esame, che possono essere inseriti in comuni poligrafici.

La tecnica di registrazione è quella solita dei piezogrammi carotidei, ma devono essere rigorosamente rispettati tutti gli accorgimenti necessari ad ottenere tracciati privi di artefatti: perchè la *I D.* di un polso carotideo è tanto più attendibile quanto più perfetta è la registrazione della « funzione » originaria, cioè del polso stesso.

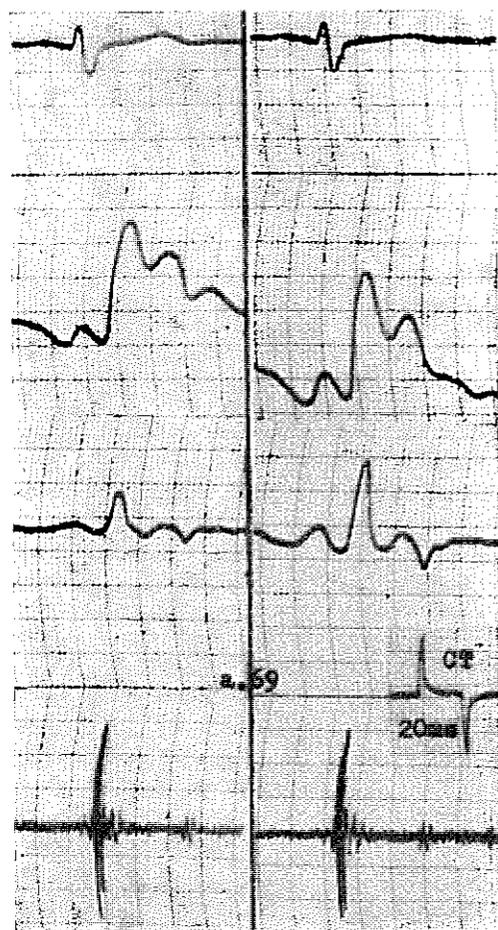


Fig. 3. — Cardiopatia arteriosclerotica scompensata. A sinistra: all'ammissione. A destra: dopo terapia strafantina. Dall'alto in basso: ECG, piezog. carotideo, I D. del piezog., FCG.

Partendo da queste premesse abbastanza suggestive, abbiamo applicato ad un poligrafo a tre canali un differenziatore elettronico di costruzione italiana, dotato di costanti di tempo fra 30 e 8 ms su velocità di 50 mm/sec, col quale abbiamo iniziato lo studio sistematico della I D. del piezogramma carotideo, allo scopo di formarci una esperienza diretta dei suoi aspetti tecnici e delle sue possibilità pratiche.

Per ora ci limitiamo a qualche breve osservazione presentando un piccolo numero di tracciati dimostrativi, senza altra pretesa che quella di un primo, fuggevole approccio a questa nuova metodica.

Nella fig. 1 è riportato uno schema di piezogramma normale e della sua I D., contrassegnati nei loro momenti fondamentali se-

condo la nomenclatura proposta da Warembourg.

La I D. si compone essenzialmente di 5 onde principali. L'onda A corrisponde alla branca ascendente (anacrota) dello sfimogramma: la sua sommità cade proprio nel punto *b* dello sfimogramma che segna il momento del massimo cambiamento di pressione intraventricolare. La branca discendente corrisponde all'onda sfimica di percussione, cioè alla fine dell'espulsione rapida ventricolare, che trova il suo culmine nella depressione B. L'onda C coincide — invece — con la fase di espulsione lenta, che finisce con la profonda depressione D. L'onda E, infine, cade nella prima parte dell'onda dicrota e segna l'inizio della fase diastolica.

Già da un esame sommario risulta che la I D. permette di individuare alcuni elementi spesso apprezzabili con qualche difficoltà nel normale sfimogramma. Basta ricordare quanto sia indaginoso alcune volte reperire con sicurezza l'incisura anacrota e l'onda dicrota, e confrontare la relativa facilità di identificazione degli stessi momenti sui punti corrispondenti della I D. Inoltre, la possibilità di conoscere con esattezza l'inizio della sistole (contrassegnata nella I D. dall'ondulazione *p* che precede il piede della A, mentre spesso è molto confusa nello sfimogramma) apporta un ulteriore contributo di chiarezza non soltanto sul piano morfologico, ma anche su quello cardiodinamico.

Da quest'ultimo punto di vista, d'altronde, la I D. offre nuove prospettive, soprattutto per quanto riguarda il calcolo esatto dei tempi di sistole (contrassegnati nella fig. 1 dai tempi *a-b*, *a-c*, *a-h*, *a-i*) e la valutazione dell'efficienza miocardica.

E' dimostrato — ad esempio — che la durata della branca ascendente di A (*a-b*) riflette la velocità di variazione della pressione intraventricolare all'inizio della sistole, quindi fornisce un elemento di valutazione dello stato della contrattilità miocardica, di cui quel parametro è componente fondamentale. Si tratta — in altri termini — di un equivalente indiretto del rapporto dp/dt delle pressioni intracardiache, che tanto interessa oggi le ricerche emodinamiche.

Nella fig. 2 sono riportate le I D. degli sfimogrammi di 3 soggetti di età diversa con apparato cardiovascolare clinicamente indenne, allo scopo di far notare le varianti fisiologiche del tracciato.

E' degna di rilievo — a questo proposito

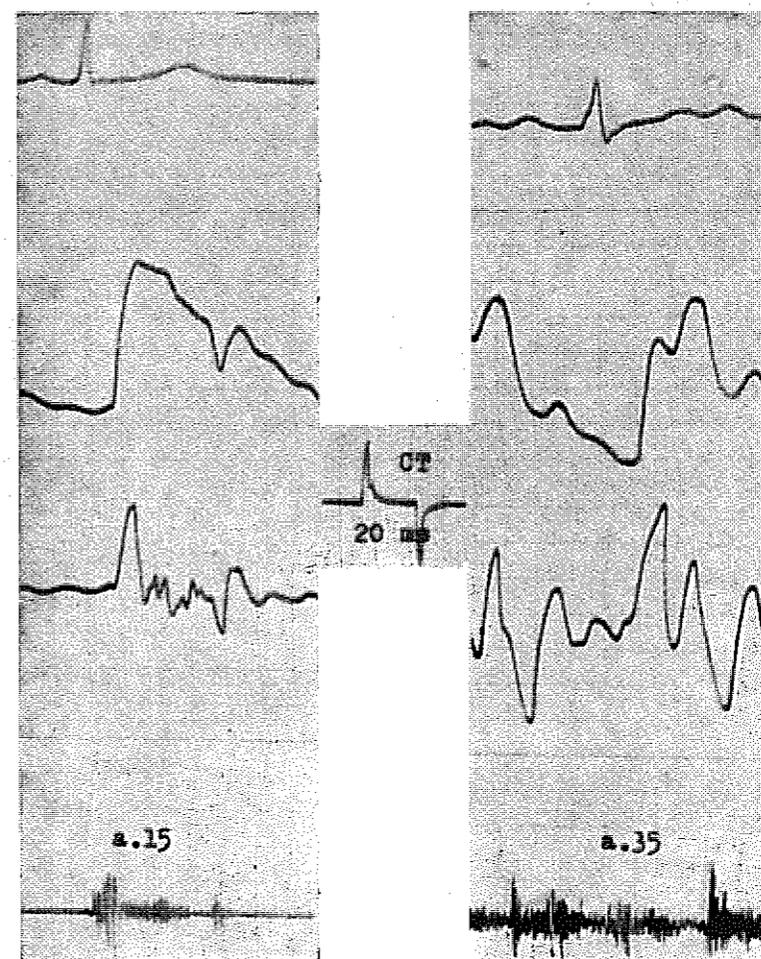


Fig. 4. — A destra: Cardiopatia valvolare mitro-aortica. A sinistra: Cardiopatia valvolare aortica. Dall'alto in basso: ECG, piezog. carotideo, I D. del piezog., FCG.

— l'osservazione che nel soggetto più anziano le onde B e C sono sostituite da un'unica onda che collega la A alla D. Trattasi di una variante che può trovarsi in adulti normali dopo i quarant'anni, ma che può preludere ad un quadro più chiaramente patologico di origine arteriosclerotica.

Infatti, nella fig. 3 in un paziente con cardiopatia arteriosclerotica scompensata la I D. presenta in misura più accentuata le stesse alterazioni: le onde B e C sono poco chiare, la depressione D soltanto accennata, il tempo *a-b* allungato. Tutti segni che dimostrano un notevole deficit del miocardio, ma che sono in buona parte corretti dalla terapia. Infatti, dopo strofantina la I D. assume una morfologia molto vicina alla norma, con tempi di sistole migliorati: suggerendo l'esi-

stenza di buone possibilità di recupero da parte del miocardio e di una buona elasticità arteriosa e fornendo, quindi, una base prognostica più sicura.

La fig. 4 è un esempio delle possibilità offerte dalla I D. alla diagnostica cardiovascolare in casi dubbi.

A destra sono riprodotti i tracciati di una paziente con cardiopatia valvolare aortica, nella quale la I D. dello sfimogramma mostra grossolane frastagliature che indicano la prevalenza di una stenosi aortica poco evidente all'esame clinico e del tutto assente nel reperto piezografico. A sinistra, invece, l'aspetto particolare della I D. del piezogramma dimostra l'esistenza di una rilevante insufficienza aortica, mascherata nel quadro clinico dai segni di un concomitante vizio

mitralico. L'analisi dettagliata dei tempi di sistole (che tralasciamo per brevità) e il decorso clinico hanno confermato questi rilievi qualitativi.

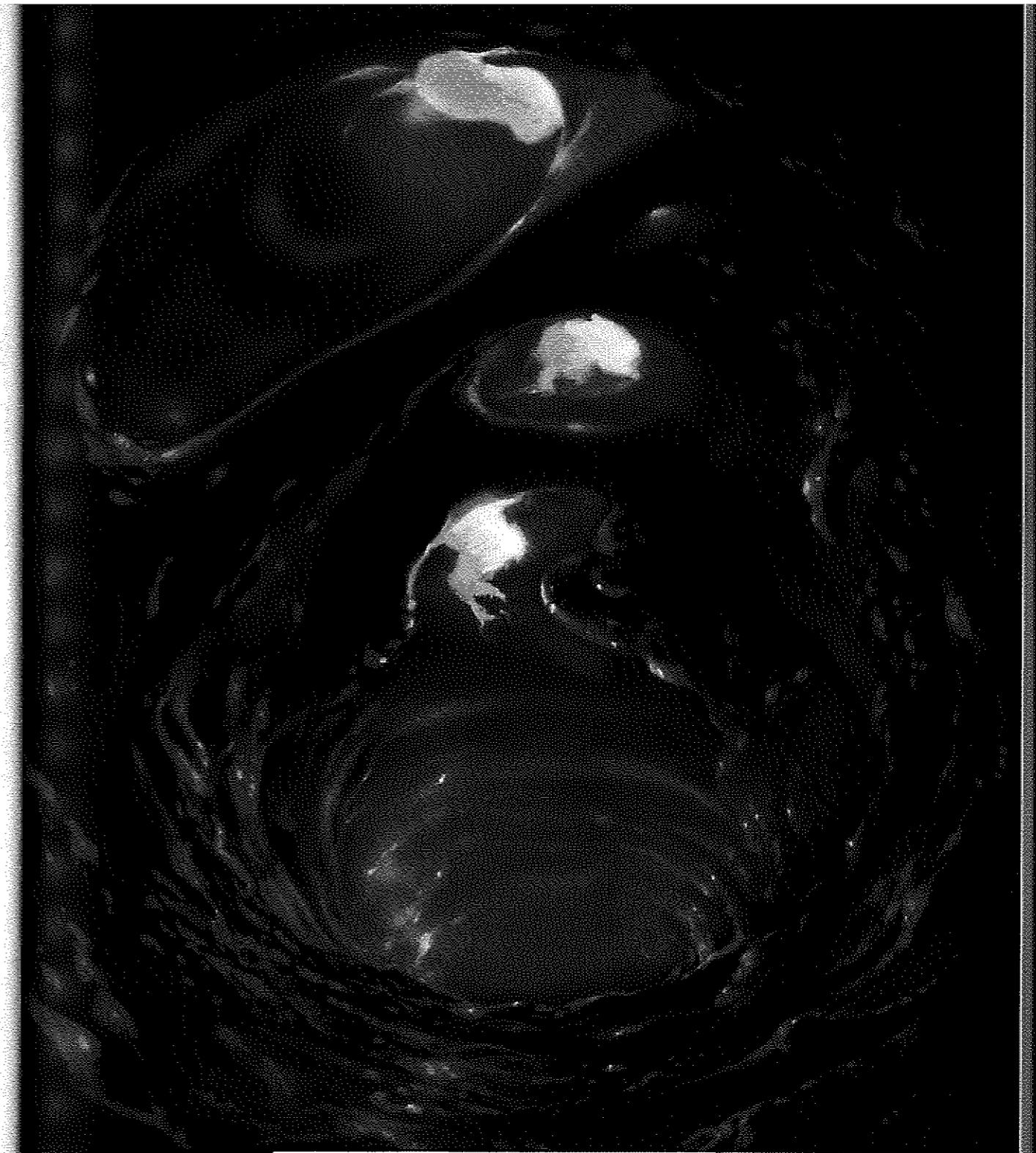
In complesso, da queste prime esperienze dirette scaturisce l'invito ad approfondire questo campo d'indagine migliorando ancora la tecnica (tracciati fotografici, velocità maggiore sui 100 mm/sec ed oltre) e ampliandone il raggio d'azione. La metodica incruenta e relativamente semplice può aprirsi a più ampie possibilità nell'ambito dei mezzi diagnostici oggi disponibili.

BIBLIOGRAFIA

- Langner P. H., Geselowitz D. B.: « First derivative of the electrocardiogram ». *Circulat. Res.*, 10, 220, 1962.
- Mason D. T.: « Usefulness and limitations of the rate of rise of intraventricular pressure (dp/dt) in the evaluation of myocardial contractility ». *Am. J. Cardiol.*, 23, 516, 1969.
- Mason D. T., Braunwald E., Ross J., Morrow A. G.: « Diagnostic value of the first and second derivative of the arterial pressure pulse in aortic valve disease and in hypertrophic subaortic stenosis ». *Circulat.*, 30, 90, 1964.
- Milovanovich J. B., Mouquin M.: « Intérêt de la première dérivée de l'électrocardiogram ». *Arch. Mal. Coeur*, 58, 269, 1965.
- Polis O., Lenaers A., Sneppe R.: « Première et deuxième dérivées des pressions cardiovasculaires. Techniques d'enregistrement, calibration et principes d'utilisation ». *Acta Cardiol.*, 10, 528, 1965.
- Warembourg H., Ducloux G., Merlen J. F., Ferrard C.: « La dérivée première du piézogramme carotidien normal ». *Arch. Mal. Coeur*, 62, 511, 1969.
- Warembourg H., Ducloux G., Wache F., Fossati G.: « La dérivée du sphygmogramme carotidien au cours des cardiopathies valvulaires et artérielles ». *Arch. Mal. Coeur*, 62, 657, 1969.
- Warembourg H., Massé L., Merlen J. F., Ducloux G., Saumont R., Dorchies-Lebrun A.: « Etude de la dérivée première de l'électrocardiogramme. Applications pratiques en clinique ». *Arch. Mal. Coeur*, 58, 658, 1965.

Indirizzo dell'Autore:

G. Guerricchio
Via Roma, 71
75100 Matera]



liparoid®
30



liparoid[®] 30

la prima Unità di misura dell'attività lipasemica

Profilassi e terapia della malattia arteriosclerotica.

Stati iperlipemici e ipercolesterolemici.

Alterazioni del metabolismo lipidico.

elevata attività ipolipemizzante

- Riduce più rapidamente e durevolmente i valori della lipemia totale essendo costituito da solfomucopolisaccaridi esclusivamente pancreatici, a basso peso molecolare, e quindi facilmente assorbibili dalla mucosa intestinale.
- È titolato biologicamente.
- Contiene 30 Unità Lipasemiche per confetto.

facilità di trattamento

- La forma di somministrazione orale è idonea anche al trattamento dei casi acuti (o più gravi), dimostrando la stessa efficacia del trattamento parenterale.
- La posologia resta comunque bassa, essendo sufficienti 2-3 confetti al giorno.
- I cicli di somministrazione della durata di 45-60 giorni si possono alterare a periodi di sospensione di uguale durata, senza compromettere i risultati terapeutici già conseguiti.

meccanismo d'azione tipicamente fisiologico

- Riduce parallelamente il colesterolo, i trigliceridi e le β -lipoproteine tramite l'attivazione del fattore chiarificante intrinseco.
- È esente da perniciosi effetti di blocco sulla sintesi epatica del colesterolo.
- Attiva la fibrinolisi, riduce l'aggregabilità piastrinica e normalizza il tromboelastogramma.

A TOTALE CARICO I.N.A.M.

La gravidanza pretermessa

G. LAMACCHIA

*Ospedali Riuniti della Provincia di Matera
Centro Studi Ricerche
(Direttore: Prof. G. Guazzieri)
Divisione Ostetrico-Ginecologica
(Primario: Prof. G. Lamacchia)*

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI. — Gravidanza.

L'indice seriamente rilevante delle gestanti oltre il termine abituale consentito ad una normale gravidanza, in continua ascesa fra le ricoverate del nostro Reparto, e quello altrettanto considerevole dei parti serotini a domicilio, con le inesorabili disastrose conseguenze sufficientemente conosciute, hanno costituito il motivo principale di questa mia breve e succinta relazione.

Il problema della « gravidanza protratta » come entità patologica a sè, dannosa per la madre e segnatamente per il suo nascituro, è stato posto e, forse anche in maniera eccessivamente drammatica, solo in questi ultimi anni.

La recente adozione di nuovi mezzi più sicuri, efficaci di indagine, la più approfondita conoscenza del fenomeno, opportunamente ridimensionando incubi ed ossessioni, hanno consentito maggiore fiducia, maggiore tranquillità, serenità di giudizio e, conseguentemente, più opportuna terapia.

La possibilità di protrarsi da parte della gravidanza oltre i normali limiti, abitualmente assegnatili di 9 mesi, di 270 o 280 giorni, dall'inizio dell'ultimo flusso mestruale, non è certamente una scoperta dei nostri giorni ma, una conoscenza già vecchia di secoli, antica, oserei affermare, quanto l'osservazione e la preoccupazione del genere umano.

Accenni evidenti sono riscontrabili in tutte le legislazioni che ci sono pervenute, da quelle più remote alle più recenti come nella romana, per esempio, e nella nostra, quando, in particolare, si preoccupano di

stabilire, con ogni rigore, i massimi termini consentiti alla legittima attribuzione dei nati postumi.

Ma, la gravidanza protratta perchè? da quando?

Il voler stabilire con esattezza il momento preciso in cui una gravidanza normale finisca di esser tale per continuare a chiamarsi poi protratta rimane un desiderio ancora pienamente insoddisfatto e la soluzione si appalesa ancora laboriosa ed intricata nei suoi particolari.

Gli stessi autorevoli ricercatori che via via hanno voluto cimentarsi col problema, non sono ancora riusciti a trovare, nelle loro relazioni, un accordo definitivo e conciliante, sicchè il termine è ancora oscillante verso i 280 giorni per gli uni, verso i 290 per gli altri.

Le imprecise notizie anamnestiche, le frequenti irregolarità di ciclo in numerose pazienti, l'ovulazione sovente ritardata, la possibilità non esclusa di una fecondazione ritardata, un annidamento dell'ovulo fecondato in ritardo, le ovulazioni soprannumerarie, le possibili sopravvivenze dell'ovocito oltre i termini abituali, il possibile, documentato ritardo di sviluppo dell'ovulo fecondato, costituiscono assieme elementi fortemente dubitativi per una tranquilla enunciazione diagnostica e prognostica.

Salvo le indispensabili variazioni richieste dall'esatta valutazione della durata del ciclo ovarico, nella paziente in esame, oggi, il criterio che raccoglie maggiori consensi, quello che, in definitiva, è stato riconosciuto ap-

prossimamente il più esatto, nell'ultimo Simposio di Siena sui « Problemi ostetrico-pediatri della sofferenza fetale » è quello che si attiene al limite massimo di 295 giorni.

La gravidanza cronologicamente protratta però non può offrire che dei criteri semplicemente orientativi circa il danno eventuale che incombe sul feto e la sua genitrice.

Ciò che essenzialmente costituisce il punto del maggiore interesse, in tal senso, è invece la gravidanza biologicamente oltre i termini consentiti.

Non certamente il dato che una gravidanza diventi pretermessa ci preoccupa, ma lo sviluppo e la raggiunta maturità del feto ci preme, perchè non rischi di diventare un eccesso o, peggio, di degradare in una distrofia.

La diagnosi clinica della gravidanza protratta non è agevole, eppure, implica tali responsabilità, altrettante considerazioni e valutazioni che l'esattezza e la discrezione nelle conclusioni non possono e non debbono essere sottovalutate.

Allo stato attuale delle nostre cognizioni ben poco sappiamo a proposito della gravidanza protratta anche per quanto attiene alla sua etiologia.

Per quanto una discreta chiarezza esista veramente nell'impostazione delle sue linee generali, nulla di preciso purtroppo ancora sappiamo intorno alla mancata insorgenza del travaglio e alla mancata determinazione del parto.

Probabilmente:

- a) un deficit funzionale a livello diencefalico, ipofisario o periferico;
- b) una caratteristica costituzionale;
- c) un ipertono del segmento inferiore;
- d) uno squilibrio ormonale con prevalenza di progesterone;
- e) un deficit ossitocico nel momento opportuno.

Alcune solamente di queste irregolarità o tutte assieme concorrono nell'ostacolare l'insorgenza del travaglio e l'espletamento del parto, nel conseguente indispensabile avvallo per la prosecuzione della gravidanza oltre i termini consuetudinari.

Allo stato delle conoscenze e delle indagini, nemmeno in questo senso è possibile un definitivo pronunciamento.

La vera causa della gravidanza pretermessa continua a sfuggirci.

I suoi problemi clinici sono essenzialmente di natura fetale.

Dopo il termine medio, convenzionale, di durata della gravidanza si possono verificare le seguenti possibilità:

a) *Un neonato maturo normale:*

1) apparentemente eutrofico, labile, predisposto,

2) normale senza alterazione della simbiosi materno-fetale.

b) *Un neonato ipermaturo* con peso uguale o di poco superiore al normale.

c) *Un neonato postmaturo ipodistrofico* con alterazione della simbiosi materno-fetale, meno pesante ma più lungo della norma, con presenza di nuclei di ossificazione della tibia, dell'omero e del capitato, con capelli ed unghia lunghi, con cute aggrinzita e abbondante, secca, arida, con evidente desquamazione ai piedi, alle mani, all'addome, sporco di vernice caseosa verdastra, con tralcio ombelicale insecchito, esso pure verdastro, in complesso di aspetto vecchieggiante.

d) *Un feto premorto.*

e) *Un feto che muore in travaglio* a causa ed in occasione delle prime contrazioni uterine che rompono un instabile equilibrio funzionale di placenta già deficiente, faticosamente mantenuto.

f) *Un neonato che muore subito dopo la nascita.*

Col protrarsi della gravidanza il liquido amniotico quantitativamente subisce una diminuzione e aumentano in esso le cellule squamose e il materiale proteico, diventa denso, torbido e progressivamente più sporco di meconio per iniziale ipossia fetale che un certo grado di insufficienza placentare, già in atto, determina.

La gravida cala di peso e la circonferenza del suo addome diminuisce progressivamente.

Questi fenomeni regressivi sono stati posti in rapporto con alterazioni funzionali ed

anatomici della placenta (senescenza, estesa trombizzazione degli spazi intervilliosi, infarti, calcificazioni) e si sono dimostrati evidenti.

A progressiva deficienza placentare è stato attribuito, nella gravidanza protratta, la morte improvvisa intrauterina del feto.

Fino a qualche tempo fa, a causa della inesistenza di metodi sufficientemente precisi ed attendibili, capaci di fornire un preciso orientamento in caso di sofferenza ed imminente pericolo fetale si era costretti a procedere per *indizi*, per *segnali* che i vari Autori si sforzavano di evidenziare disposti in progressioni e accostamenti più opportuni.

Valle, ad esempio, consigliava di ritenere:

a) *Segni di allarmi:*

1) il superamento del decimo giorno dalla data teorica del parto;

2) i dati anamnestici che denunciano parti pretermessi abituali con nascite di feto morti durante o subito dopo il parto;

3) la diminuzione nelle urine del pregnandiolo e degli steroidi ormonali.

b) *Segni di pericolo per il feto:*

1) il rilievo della sua immobilità;

2) la diminuzione di volume dell'utero;

3) le aritmie e le anomalie in genere del BCF;

4) il più o meno abbondante passaggio di meconio nel liquido amniotico, in caso di accidentale rottura del sacco.

Come *indagine complementare* veniva raccomandata quella radiologica, utile per il rilievo dei nuclei di ossificazione.

Quella colposcopica è stata impiegata quale prova funzionale della placenta.

Un deciso passo avanti è stato compiuto con l'introduzione dell'*amioscopia*.

Il mezzo attuale più idoneo alla documentazione di uno stato di iniziale sofferenza fetale intrauterina, prima del travaglio e anche in assenza di modificazioni dell'attività cardiaca fetale è rappresentato dall'*« amnioscopia »*.

Dal 1962, quando Saling ne preconizzò l'impiego, questo semplicissimo ausilio diagnostico, suscitando via via il generale consenso

ed interesse, si è andato sempre più affermando e generalizzando.

Con la sua affermazione le prime considerevoli riduzioni della mortalità perinatale.

La prima indagine amnioscopica la si usa praticare al 280° giorno di gravidanza e se produce esito negativo le sedute successive, praticabili anche ambulatoriamente, possono essere disposte ogni 2 o 3 giorni.

La negatività del riscontro deriva dall'aver trovato liquido amniotico abbondante, chiaro, trasparente, limpido, o lievemente opalescente.

Appena il liquido amniotico diventa più denso, più torbido, grigio, notevolmente opaco: « Allarme! ».

La paziente deve essere ricoverata e le sedute amnioscopiche debbono necessariamente diventare più frequenti, giornaliere, in attesa del momento più opportuno per la induzione del travaglio (lentissima perfusione di ossitocici previa opportuna sensibilizzazione con estrogeni).

Quando il liquido amniotico si presenta verde, verde-grigio, verde-scuro, denso, torbido ed in evidente diminuzione: il pericolo per il feto è imminente, occorre, in tal caso, rompere ogni indugio e *cesarizzare*.

Interessante e ammonitrice si è dimostrata la constatazione che sovente « a reperto amnioscopico patologico non corrispondono modificazioni del BCF rilevabili ».

Inverso si è dimostrato il confronto con la citologia, quando quest'ultima infatti già evidenzia una sofferenza fetale, l'amnioscopia è ancora negativa.

Per quanto si attiene all'indagine colposcopica bisogna confessare che, anche in mani esperte, non è stata mai prodiga di apprezzabili risultati.

Quella ormonale, a prescindere dalle frequenti imprecisioni di valutazione, abbisogna di speciale attrezzature e costa troppo.

I pericoli addebitati all'amnioscopia sono irrilevanti e a ben considerarli evitabilissimi: infezioni, rottura delle membrane, emorragia in caso di placenta previa, induzione del travaglio.

Unico utile indispensabile accorgimento, per una esatta valutazione, nel caso la parte presentata risulti impegnata, è quello di ovviare, mediante opportuna mobilitazione di

essa, alla separazione in atto delle acque anteriori da quelle posteriori.

Degno di particolare nota deve essere il più recente aggiornamento dell'apparecchio realizzato mediante la sostituzione dei suoi originari tubi metallici con illuminazione terminale con quelli di plexiglas con sorgente luminosa nel manico.

Infine spettacolare la meravigliosa apparecchiatura corredata di fibre ottiche, suggerita da Dellepiane.

Hic denique monitus... Haec fabula docet... fascinoso ricordo di un caro passato tutt'altro che recente...

Questa fugacissima messa a punto, questo breve richiamo, soprattutto pretende unicamente il valore di una calorosa esortazione: che nel loro esclusivo interesse, le interessate:

a) Frequentino con maggiore assiduità i numerosi consultori, assolutamente gratuiti, dei quali sono prodighi Ospedali, Istituti Mutualistici e segnatamente i diversi Comitati della ONMI.

b) Si preoccupino di fissare, con scrupolosa esattezza, l'epoca dell'ultimo flusso mestruale.

c) Procurino di ricordare con altrettanta precisione la percezione dei primi movimenti attivi fetali.

d) Non trascurino di farsi controllare, presso un qualsiasi Istituto di cura, appena raggiunto il 280° giorno di gravidanza.

e) Soprattutto abbiano la costanza di pretendere il loro immediato ricovero trascorso anche inefficacemente il già rischiosissimo 295° giorno di gravidanza.

[Indirizzo dell'Autore:

G. Lamacchia
Ospedali Riuniti
Divis. Ostetrico-Ginecologica
75100 Matera]

Rilevi statistici ed anatomo-clinici su 719 casi di carcinoma della laringe e dell'ipofaringe

F. MANFREDI

Primario Otorinolaring. - Matera

N. RIZZI

Assistente Otorinolaring. - Barletta

Ospedali Riuniti della Provincia di Matera
Centro Studi Ricerche

(Direttore: Prof. G. Guazzieri)

Ospedale Civile «Umberto I» - Barletta

(Direttore: Prof. R. Lattanzio)

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI. — Carcinoma laringeo - Ipofaringe.

Con questo lavoro ci siamo proposti di apportare un contributo agli studi statistici sulla diffusione del carcinoma della laringe e dell'ipofaringe nell'Italia meridionale ed in particolare nella Puglia.

A tal fine abbiamo utilizzati i referti biopatici di 719 casi di carcinoma della laringe e dell'ipofaringe istologicamente accertati presso l'Istituto di Anatomia ed Istologia Patologica dell'Università degli Studi di Bari, nel periodo 1945-1966, per i quali è stato possibile disporre di adeguata documentazione clinica. Sono stati eliminati gli altri casi, che, pur essendo istologicamente accertati, non offrivano dati clinici ed anamnestici sufficientemente validi da permettere un preciso inquadramento della neoplasia. Abbiamo ritenuto opportuno unificare la casistica dei carcinomi laringei con quella dei carcinomi dell'ipofaringe, innanzi tutto per le strette connessioni anatomiche che esistono fra le due regioni, in secondo luogo perchè frequentemente non è possibile precisare, al momento della biopsia, la sede di origine della neoplasia.

La nostra indagine statistica riguarda il sesso, l'età dei pazienti, la sede della neoplasia, il lato colpito ed il tipo istologico.

Come base della nostra indagine abbiamo seguito la classificazione di Pietrantonio (1953) ormai da quasi tutti accettata, in quanto riteniamo, risponda a giusti criteri anatomo-clinici. Pertanto abbiamo classificato i tumori secondo il seguente schema:

A) Carcinomi laringei puri:

- I) carcinomi del vestibolo;
- II) carcinomi del ventricolo;

- III) carcinomi delle corde vocali;
- IV) carcinomi della commissura anteriore;
- V) carcinomi sottoglottici.

B) Carcinomi marginali puri:

- I) carcinomi anteriori (della porzione libera dell'epiglottide);
- II) carcinomi posteriori (delle pliche ariglotliche e delle aritenoidi).

C) Carcinomi dell'ipofaringe:

- I) carcinomi del seno piriforme;
- II) carcinomi retrocricoidi;
- III) carcinomi della parete posteriore o postero-laterale dell'ipofaringe.

D) Carcinomi laringo-faringei diffusi:

- I) carcinomi vestibolo-epiglottici (i quali dalla porzione libera dell'epiglottide, generalmente dalla sua faccia laringea si diffondono in basso verso l'endolaringe);
- II) carcinomi glosso-epiglottici (i quali dalle vallecule si diffondono verso la faccia anteriore dell'epiglottide o verso la base della lingua);
- III) carcinomi laringo-ipofaringei diffusi propriamente detti (cioè tumori vestibolo-ipofaringei, che dal vestibolo si diffondono verso l'ipofaringe; e tumori ipofaringei-vestibolari che dall'ipofaringe invadono il vestibolo laringeo).

Nelle tabelle 1 ed 1A abbiamo riportato i dati riguardanti la sede della neoplasia e l'età dei pazienti divisa in quinquenni. Abbiamo fatto tabelle particolari (2 e 3) per i carcinomi laringei puri e marginali puri, dato il numero notevole di casi e considerando inoltre che questi sono i carcinomi laringei propriamente detti.

TABELLA 1. — Distribuzione dei 719 casi di carcinoma della laringe e dell'ipofaringe in rapporto alla sede ed all'età.

Sede	N. casi	% per sede	Età divisa in quinquenni													
			20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Laringei puri	543	75,72	1	1	5	12	34	44	108	119	101	60	40	14	3	1
Marginali puri	123	17,10	—	—	2	3	6	15	29	26	17	18	6	—	1	—
Ipfaringei puri	10	1,39	—	—	—	1	—	4	3	1	—	1	—	—	—	—
Laringofaringei diffusi	43	5,99	—	—	—	1	4	9	8	6	6	6	2	1	—	—
Totale	719	% per età	1	1	7	17	44	72	148	152	124	85	48	15	4	1
			0,14	0,14	0,97	2,37	6,11	10,02	20,59	21,14	17,25	11,82	6,68	2,09	0,56	0,14

TABELLA 1A. — Rappresentativa grafica della percentuale dei carcinomi della laringe e dell'ipofaringe nei vari quinquenni.

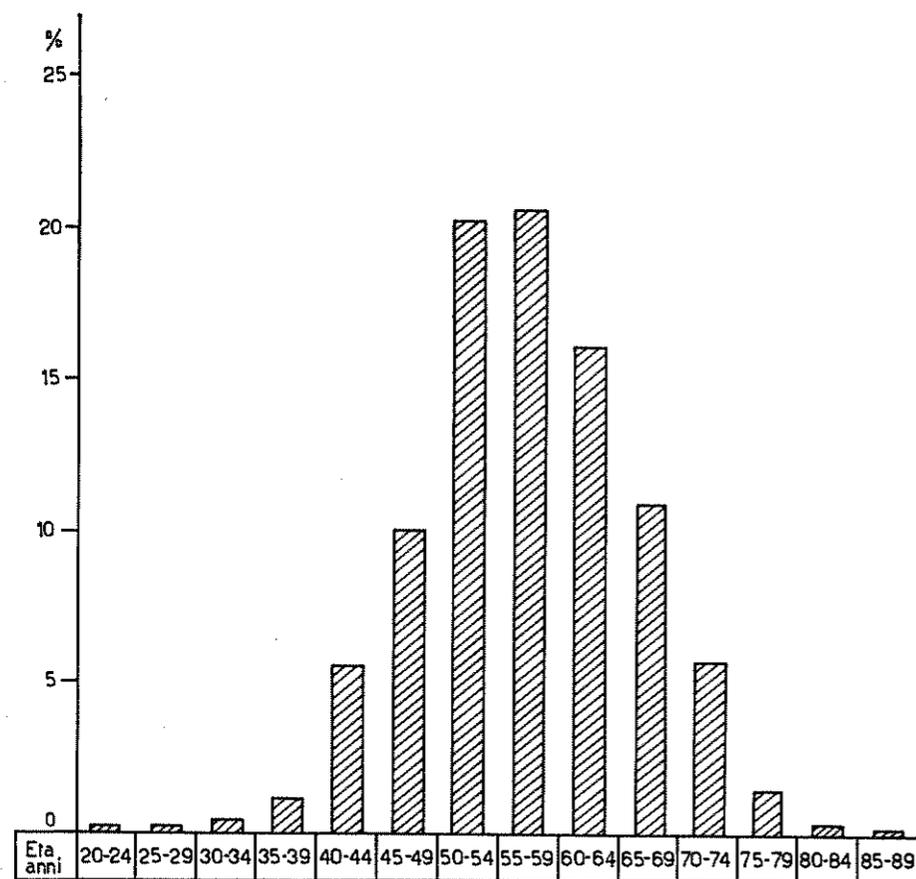


TABELLA 2. — Distribuzione dei 543 casi di carcinomi laringei puri in rapporto alla sede ed all'età.

Sede	N. casi	% per sede	Età divisa in quinquenni													
			20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Vestibolari	245	45,12	—	—	2	7	22	20	49	61	43	20	19	2	—	—
Ventricolari	64	11,79	—	—	1	1	1	5	15	18	10	7	5	1	—	—
Cordali	201	37,01	1	1	1	4	10	16	35	34	43	26	15	11	3	1
Commissurali	12	2,21	—	—	—	—	1	1	4	—	3	3	—	—	—	—
Sottoglottici	21	3,87	—	—	1	—	—	2	5	6	2	4	1	—	—	—
Totale	543	% per età	1	1	5	12	34	44	108	119	101	60	40	14	3	1
			0,18	0,18	0,92	2,21	6,25	8,10	19,89	21,92	18,16	11,05	7,37	2,58	0,56	0,18

TABELLA 3. — Distribuzione dei 123 casi di carcinomi marginali puri in rapporto alla sede ed all'età.

Sede	N. casi	% per sede	Età divisa in quinquenni													
			20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Anteriori od Epiglottidei	103	83,74	—	—	1	2	6	14	25	22	15	13	5	—	—	—
Battero-posteriori	20	16,26	—	—	1	1	—	1	4	4	2	5	1	—	1	—
Totale	123	% per età	—	—	2	3	6	15	29	26	17	18	6	—	1	—
			—	—	1,63	2,44	4,88	12,19	23,58	21,14	13,82	14,63	4,88	—	0,81	—

Dalla tabella 1 appare evidente la prevalenza spiccata dei carcinomi laringei puri (543 casi). Rappresentano il 75,72 % in percentuale dei carcinomi laringei in genere, seguiti nell'ordine dai marginali puri (123 casi, 17,10 %), dai laringo-faringei diffusi (43 casi, 5,99 %) ed infine da quelli dell'ipofaringe (10 casi, 1,39 %). Nel gruppo dei carcinomi laringei puri, tabella 2, i carcinomi vestibolari sono più frequenti (245 casi pari al 45,12 %) rispetto ai cordali (201 casi, 37,01 %) ai ventricolari (64 casi, 11,79 %), ai sottoglottici (21 casi, 3,87 %) ed ai commissurali (12 casi, 2,21 %). Tra i marginali puri, vi è una netta prevalenza di quelli epiglottidei (102 casi, 83,74 %) sui posteriori (20 casi, 16,26 %). Per quanto riguarda i carcinomi ipofaringei, abbiamo notato 7 casi di carcinoma del seno piriforme, 1 retroericoideo e 2 della parete posteriore e postero-laterale dell'ipofaringe.

Tra i carcinomi laringo-faringei diffusi, quelli glosso-epiglottici (22 casi) sono in netta prevalenza sui vestibolo-epiglottici (11 casi) e sui laringo-ipofaringei (10 casi). In complesso, per quanto riguarda la sede, possiamo affermare che la neoplasia colpisce in prevalenza i segmenti superiori ed anteriori della laringe.

Per quanto riguarda l'età (vedi tabelle 1 e 1A), i nostri calcoli statistici indicano chiaramente che il maggior numero dei carcinomi laringei si verifica nel quindicennio compreso fra i 50 ed i 64 anni sia che si considerino globalmente tutti i carcinomi laringei ed ipofaringei sia che si considerino singolarmente. Eccezione soltanto il carcinoma cordale ove la maggior incidenza si ha nel quinquennio 60-64 anni.

Questi dati riguardanti appunto la maggiore incidenza del carcinoma laringeo nella VI,

TABELLA 4. — Incidenza di 29 casi di carcinoma laringeo femminile su 719.

Sede	Sede particolare	N.	Totale	% di sede	% generale
Laringei puri	Vestibolari	6	23	4,23	29 casi di carcinoma femminile su 719, pari al 4,03 %
	Ventricolari	3			
	Cordali	12			
	Commissurali	1			
	Sottoglottici	1			
Marginali puri	Epiglottidei od ant. Latero-posteriori	1	2	1,62	
		1			
Ipoaringei puri	Seno piriforme	3	4	40	
	Retrocricoideo	1			

VII decade della vita, collimano con quelli riscontrati da Bottazzi e collaboratori (1963) in un ampio e dettagliato studio statistico sulle neoplasie maligne del distretto otorinolaringoiatrico. Da detto lavoro risulta inoltre che il carcinoma laringeo rappresenta il 43,47 % di tutte le neoplasie maligne che colpiscono i territori otopatologici, e che, nella scala generale delle neoplasie maligne, occupa il 7° posto.

Come giustamente fa rilevare Giaccai (1963), sarebbe opportuno, per una precisa valutazione statistica, rapportare « il numero delle osservazioni di carcinoma laringeo per ogni classe di età, al numero di individui della stessa età presenti nella popolazione alla quale si riferisce la casistica nel momento in cui è insorta la malattia ». Con detto riferimento, la curva del carcinoma laringeo per età, subisce uno spostamento verso destra, cioè una diminuzione della percentuale dei carcinomi nei giovani ed un aumento di quella nei vecchi. Per la precisione Giaccai riferisce che la massima incidenza si avrebbe nel quinquennio 60 e 64 anni. Aumento verso destra si deve verificare anche in quanto, come fanno osservare Bocca e Ciardo (1958) la discesa della curva dopo i 60 anni, è solo apparente in quanto « gran numero di soggetti sfugge, con l'avanzare degli anni, alla malattia cancerosa, essendovi altri fattori che incidono pesantemente sulla mortalità e che diminuiscono conseguentemente la probabilità di divenire vittime del carcinoma ».

E' noto a tutti come nell'insorgenza di una neoplasia maligna, giocano fattori esogeni ed endogeni, o contemporaneamente o con prevalenza dell'uno o dell'altro. Per il carcinoma

della laringe, secondo la nostra statistica, non sembra che i fattori esogeni (trauma vibratorio della fonazione e della tosse, contatto con vapori irritanti ed alimenti, ecc.) abbia una prevalente importanza nel determinare, in alcune sedi, l'insorgenza relativamente precoce del carcinoma (per es. vestibolo), come sostengono Pietrantonio, Ducuing, Bocca (1953). Infatti per tutte le sedi, sia in quelle maggiormente esposte ai fattori esogeni, sia in quelle meno esposte, il carcinoma è sempre più frequente nei quinquenni dai 50 ai 64 anni.

In tale periodo si verificano, come è noto, gli squilibri ormonali (climaterio); il che fa ritenere che sia il fattore endogeno quello che più verosimilmente incide nel favorire lo sviluppo della neoplasia maligna. L'importanza di questo fattore endogeno risulta in chiara evidenza se si prende in considerazione l'incidenza del carcinoma laringeo nel sesso femminile sia in rapporto all'età che alla sede (vedi tabella 4).

Per quanto i calcoli statistici siano da considerarsi con ogni cautela, dato l'esiguo numero di casi, si può asserire che il carcinoma laringeo femminile rappresenta il 4,03 % sul totale dei carcinomi laringei (29 casi su 719). Le percentuali al riguardo, delle ultime statistiche, anche se sempre molto basse, variano sensibilmente. Dal 6 % (Caliceti 1950), al 5 % (Vago 1955), al 4,06 % (Celestino e De-Rosa 1963) ed addirittura a 1,88 % (Bottazzi e Coll. 1963). In quanto all'età, la nostra indagine ha dimostrato che, anche per il sesso femminile, il carcinoma si manifesta con prevalenza fra i 50 e 64 anni. Inoltre nel sesso femminile, il carcinoma mostra una frequenza relativamente

TABELLA 5. — Riassuntiva dei tipi istologici per i carcinomi laringei puri.

Sede (N. casi)	Tipo istologico	Numero	% parziale	Numero e percentuale generale	
Vestibolari (245)	Squamoso	210	87,71	Su 543 casi di carcinomi laringei puri	Squamosi 477 87,85
	Papillare	19	7,45		
	Scarsamente differenziati od indifferenziati	11	4,49		
	Papilloma in degenerazione	5	2,05		
Ventricolari (64)	Squamoso	61	95,30	Su 543 casi di carcinomi laringei puri	Papillari 40 7,36
	Papillare	2	3,13		
	Papilloma in degenerazione	1	1,57		
Cordali (201)	Squamoso	180	98,56	Su 543 casi di carcinomi laringei puri	Scarsamente differenziati od indifferenziati 16 2,95
	Papillare	13	6,46		
	Scarsamente differenziati od indifferenziati	4	1,99		
	Papilloma in degenerazione	4	1,99		
Commissurali (12)	Squamoso	9	75,00	Su 543 casi di carcinomi laringei puri	Papillomi in degenerazione 10 1,84
	Papillare	3	25,00		
Sottoglottici (21)	Squamoso	17	80,95	Su 543 casi di carcinomi laringei puri	
	Papillare	3	14,28		
	Scarsamente differenziati od indifferenziati	1	4,77		

TABELLA 6. — Riassuntiva dei tipi istologici con percentuale dei carcinomi marginali puri.

Sede (N. casi)	Tipo istologico	Numero	% parziale	Numero e percentuale generale	
Anteriori od epiglottidei (103)	Squamoso	90	87,38	Su 123 casi di carcinomi marginali puri	Squamosi 107 86,99
	Papillare	10	9,71		
	Scarsamente differenziati od indifferenziati	3	2,91		
Postero-laterali (20)	Squamoso	17	85,00	Su 123 casi di carcinomi marginali puri	Papillari 11 8,95
	Papillare	1	5		
	Scarsamente differenziato	2	10,00		
					Scarsamente differenziati od indifferenziati 5 4,06

TABELLA 7. — Riassuntiva dei tipi istologici con percentuale dei carcinomi ipofaringei puri.

Sede (N. casi)	Tipo istologico	Numero	% parziale	Numero e percentuale generale	
Seno piriforme (7)	Squamoso	7	100	Su 10 casi di carcinoma ipofaringeo	Squamosi 10 100
Retrocricoide (1)	Squamoso	1	100		
Parete posteriore e laterale (2)	Squamoso	1	100		

maggiore sia nell'età avanzata (su 63 casi osservati oltre i 70 anni, 5 riguardano appunto il sesso femminile) sia nell'età giovanile (ambidue i casi accorsi fra i 20 e 29 anni). Abbiamo pure constatato come circa il 50 % dei carcinomi laringei femminili, ha sede nelle corde vocali: 12 casi di carcinoma cordale su un totale di 29 casi di carcinoma femminile, fra i quali figurano quelli riscontrati in età più giovanile ed in età più avanzata. Questi rilievi stanno a dimostrare l'importanza del fattore ormonale nell'insorgenza della neoplasia maligna laringea, dato che nella donna la mucosa laringea, ed in particolare quella delle corde vocali, subisce modificazioni in rapporto al ciclo mestruale ed alle varie epoche della vita sessuale. Cervellera (1966) in uno studio quantitativo ormonale, ha potuto documentare un orientamento in senso androgeno dell'equilibrio endocrino della donna affetta da carcinoma laringeo. Inoltre i 4 casi di donne colpite da carcinoma dell'ipofaringe, su un totale di 10 casi, unitamente al caso di carcinoma sottoglottico sempre femminile, su un totale di 29 casi di carcinoma sottoglottici, stanno a confermare quanto Vago (1953) ha evidenziato; e cioè che il carcinoma dei segmenti inferiori laringei è relativamente più frequente nelle femmine che nei maschi.

Abbiamo anche preso in considerazione la diversa incidenza, nell'intero gruppo dei nostri casi, dei carcinomi nell'emilaringe destra od in quella sinistra. In complesso abbiamo rilevato che vi è una certa prevalenza del lato destro. Infatti su un totale di 719 casi, in 300 il carcinoma aveva sede a destra, in 247 a sinistra (in 12 era commissurale e nei

rimanenti 160 casi il lato non era specificato nel referto biotico). Tale prevalenza destra è presente specie se si considera il carcinoma cordale con 114 casi a destra ed 81 a sinistra su un totale di 201 (in 6 casi il carcinoma era bilaterale). Per il carcinoma dell'ipofaringe invece vi è una lieve prevalenza del lato sinistro: 6 a sinistra su 10 casi. Agazzi (1953) ritiene che tale prevalenza si può spiegare con l'irritazione determinata dal bolo alimentare, poichè è dimostrato che questo nel suo passaggio tende a spostarsi più sulla sinistra. Gli unici accenni sul lato più colpito dal carcinoma nella laringe, li abbiamo trovati in un lavoro del Leonardelli (1953) sul carcinoma cordale. Questo Autore ha constatato, su una casistica di 120 casi, una prevalenza a sinistra (72 casi). Ciò in contrasto con quanto da noi messo in evidenza: 114 casi a destra su un totale di 201.

Dal punto di vista istologico (vedi tabelle 5, 6, 7 e 8) abbiamo diviso le neoplasie laringo-ipofaringee in:

- carcinoma squamoso (sinonimi = spino-cellulare, solido-pavimentoso, squamoso-corneificante);
- carcinoma papillare;
- carcinoma scarsamente differenziato od indifferenziato;
- papillomi in degenerazione carcinomatosa.

Il carcinoma squamoso, nella nostra statistica, ha dimostrato una nettissima prevalenza: 636 casi su 719, pari al 88,48 %. Segue il carcinoma papillare con 57 casi 7,09 %) indi il carcinoma scarsamente differenziato

TABELLA 8. — Riassuntiva dei tipi istologici con percentuale dei carcinomi laringo-faringei diffusi.

Sede (N. casi)	Tipo istologico	Numero	% parziale	Numero e percentuale generale	
Vestibolo epiglottici (11)	Squamoso	10	90,91	Su 43 casi di carcinomi laringo-faringei diff.	Squamosi 42 —
	Scarsamente differenziati od indifferenziati	1	9,09		
Glosso-epiglottici (22)	Squamoso	22	100		
Laringo-ipof. diffusi (10)	Squamoso	10	100		Scarsamente differenziati 1 —

od indifferenziato con 22 casi (3,06 %) per finire con il papilloma in degenerazione carcinomatosa (10 casi = 1,39 %).

La nettissima prevalenza delle forme squamose, trova ampio riscontro nella letteratura (Ash e Raum Evan, 1966).

Abbiamo notato solo 2 casi di adenocarcinoma, che non abbiamo compreso nella nostra statistica, in quanto non ci è stato possibile localizzare la sede esatta, data l'imprecisione assoluta delle notizie cliniche (« frammento di mucosa laringea »).

Per le forme mesenchimali, abbiamo trovato solo il caso pubblicato da Mazzilli e Pennelli nel 1962 (non riportato in questa statistica), riguardante un « leiomiomasarcoma » della commissura anteriore della laringe di un uomo di 52 anni, sottoposto poi a laringectomia. Questo solo caso di neoplasia connettivale su un totale di 720 casi (719 + il leiomiomasarcoma) di neoplasia maligna laringea, sta a confermare quanto Bottazzi e Coll. (1963), nell'interessante studio statistico di cui ho parlato sopra, affermano: essere cioè la forma epiteliale nettamente dominante (98,15 %); quella connettivale quasi eccezionale.

Per quanto riguarda la sede d'origine dei carcinomi laringei, ci sembra doveroso far presente che i nostri rilievi, per quanto effettuati con la maggior accortezza possibile, sono stati desunti nella maggior parte dalla documentazione clinica di ciascun caso, non dalla diretta nostra osservazione. D'altra parte si deve considerare che anche le statistiche basate sulla visione diretta dell'organo asportato dopo l'intervento, come affermano Pietrantonio e Coll. (1953), pur essendo più precise di quelle basate solo sui dati clinici, offrono il fianco alle critiche, essendo difficile stabilire la sede precisa della neoplasia in quanto il paziente si presenta spesso all'intervento in fase di malattia neoplastica già avanzata.

Ovviamente una statistica assai più precisa di sede si potrebbe ottenere, solo quando si potrà fare un controllo otorinologico periodico e sistematico di tutta la popolazione fra i 40 e 70 anni, nel periodo cioè di maggior incidenza del carcinoma laringeo. Tale statistica acquisterebbe anche un valore sociale nella profilassi e lotta contro le neoplasie maligne. Una neoplasia maligna laringea diagnosticata in fase precoce e quindi

poco estesa, consente spesso quegli interventi chirurgici parziali, che, risparmiando la maggior parte dell'organo, permettono una sua funzione anche se ridotta *).

*) Ringraziamo sentitamente il Prof. V. Barbera, Direttore, ed il Prof. Lucio Pollice, Assistente, dell'Istituto di Anatomia ed Istologia Patologica dell'Università degli Studi di Bari, per la preziosa guida dataci durante la ricerca dei dati e la compilazione del presente lavoro.

BIBLIOGRAFIA

- Agazzi C.: « Il cancro laringeo marginale (Il cancro laringo-faringeo - Il cancro faringo-laringeo). Il cancro della laringe e dell'ipofaringe ». Supplemento XIV dell'Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia, vol. 64, 194, 1953.
- Agazzi C.: « Il cancro dell'ipofaringe ». Supplemento XIV dell'Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia, vol. 64, 234, 1953.
- Alonso I.: « Sintomatologia y formas clinicas del cancer de la laringe ». Rev. de Otorinol., 9, 103, 1949 (citato da Agazzi).
- Ash I. E., Raum H.: « Atlas of Otolaryncic. Pathology ». 1958.
- Bocca E.: « Il cancro del vestibolo laringeo ». Supplemento XIV dell'Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia, 64, 65, 1953.
- Bocca E., Ciardo C.: « Considerazioni sul rapporto tra l'età e localizzazione del cancro laringeo ». Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia, 69, 69, 1958.
- Bonandini B.: « Laringocele e cancro. Osservazioni istologiche e cliniche ». Il Valsalva, XXII, 7-8, 1946.
- Bono F., Linsalata P.: « Tumori maligni della laringe ». Il Cancro, 15, 5, 507, 1962.
- Bottazzi D., Fornari C., Marcato D.: « Rilievi statistici sulle neoplasie maligne del distretto O.R.L. ». Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia, 74, 797, 1963.
- Caliceti P.: « Il Cancro della Laringe ». Relazione al 39° Congresso della Società Italiana di Otorinolaringoiatria, Cagliari, 1951.
- Caliceti P.: « Trattato di Patologia e Clinica Otorinolaringologica ». Ed. Cappelli, Bologna, 1948.
- Caliceti P.: « Trattato di Chirurgia Otorinolaringologica ». Ed. Cappelli, Bologna, 1940.
- Canuit G.: « Les Maladies du Larynx ». Ed. Masson, Paris, 296, 1935.
- Celestino D., Curi L.: « Rilievi statistici sulla mortalità del cancro laringeo in Italia dal 1881 al 1962 ». La Clinica Otorinolaringoiatrica, 6, 328, 1965.
- Celestino D., De-Rosa G.: « Su alcune particolarità nosografiche del cancro laringeo della donna ». Bollettino delle Malattie O.R.L., 5, 459, 1963.
- Cervellera G., Salonna F.: « Il comportamento dei metaboliti ormonici urinari di origine surrenalica nelle donne affette da cancro della laringe ». Folia Endocrinologica, 19, 5, 1966.
- Circeli F.: « Osservazioni statistiche sull'incidenza del cancro della laringe in rapporto all'età ». Bollettino delle Malattie O.R.L., 81, 554, 1963.

- Guenzi L., Caliceti G.: «Studio statistico su 550 casi di cancro della laringe trattati chirurgicamente». Atti del 39° Congresso della Società Italiana di Otorinolaringoiatria, 233, Cagliari, 1951.
- Kaufmann: «Trattato di Anatomia Patologica Speciale». Ed. Vallardi, II, 1929.
- Jackson C., Jackson Ch. L.: «Larynx et ses Maladies». Ed. G. Doin, Paris, 1940.
- Leonardelli G. B.: «Il cancro cordale». Supplemento XIV dell'Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia, 64, 128, 1953.
- Meda P.: «Il cancro del ventricolo laringeo del Morgagni». Supplemento XIV dell'Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia, 64, 103, 1953.
- Nicelli F.: «Il cancro della commissura anteriore della laringe». Supplemento XIV dell'Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia, 64, 152, 1953.
- Pallestrini G.: «Manuale di Otorinolaringoiatria». Roma, 1963.
- Pennelli N., Mazzilli G.: «Leiomiomasarcoma della laringe». Archivi Italiani di Laringologia, 5, aprile 1962.
- Pietrantoni L., Agazzi C.: «Criteri informativi di una classificazione dei tumori della laringe e dell'ipofaringe». Supplemento XIV dell'Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia, pag. 64, 62, 1953.
- Pietrantoni L.: «I tumori maligni delle vie aeree digestive superiori». V Congresso della Lega Italiana Tumori, Montecatini, 1947.
- Rcdoglia F.: «Malignità del carcinoma laringeo». Ed. Minerva Medica, 1942 (citato da Scevola).
- Scevola P.: «Il cancro sottoglottico». Supplemento XIV dell'Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia, 64, 165, 1953.
- Vidau G.: «Lezioni di Clinica O.R.L.». Ed. Abbruzzi, Roma, 1942.

[Indirizzo degli Autori:

F. Manfredi
Vico I Roma 9
75100 Matera]



Preso durante il giorno

SERPAX*

è l'ansiolitico che assicura
una serena vita attiva

* Marchio registrato



*
PRIORITÀ È ESPERIENZA



Preso durante il giorno

SERPAX*

è l'ansiolitico che assicura
una serena vita attiva

* Marchio registrato



PRIORITÀ È ESPERIENZA

**L'attività profilattica
dell'O.N.M.I.
nella Provincia di Matera**

M. PADULA

Comitato Provinciale O.N.M.I. - Matera
Direzione Sanitaria

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI. — Medicina sociale.

Tratterò brevemente un argomento inconsueto per le riunioni sinora realizzate dalla nostra Società.

Accanto a relazioni di medicina curativa ne inserisco una di medicina preventiva. Molto si parla di quest'ultima nella buona intenzione di allargarne il campo e di potenziarla.

Il grado di civiltà raggiunto dall'umanità impone questo in termini doverosi e decisamente pratici: bisogna prevenire servendosi di tutti i mezzi che la scienza e la società ci mette a disposizione. Tutti sappiamo questo, per cui è necessario abbandonare lo scetticismo e la superficialità, e parlarne per aumentare il numero degli operatori e approfondire la conoscenza non solo dei medici, ma di tutti i cittadini.

Anche se i mezzi e gli strumenti esistono, non è abituale la collaborazione nel campo della medicina preventiva ed è noto che sino al momento in cui non si manifesta il bisogno pochi, per non dire nessuno, chiedono l'ausilio sanitario. Quando si va in barca chi pensa al pericolo potenziale e infila il salvagente? Nella gran parte dei casi l'individuo chiede l'opera del medico quando la malattia lo ha colpito o quando non c'è più niente da fare.

Alla volontà del singolo si va sostituendo la volontà dei più, sicché la società moderna deve assicurare la salute dei cittadini. In Italia questo concetto è stato sancito nella Costituzione ed è stato anche inserito nella nuova legge di riforma ospedaliera.

Ognuno ha il diritto di curare la propria salute e nel nuovo ospedale si vuole innestare accanto alla medicina curativa quella preventiva e quella riabilitativa. In tal modo l'ente ospedaliero per la prima volta nella storia potrà istituire centri anche per la prevenzione di malattie sociali. Questo è molto significativo e rappresenta un grande passo

avanti che permetterà di allargare la gamma delle abituali attività. Per conseguenza la medicina preventiva avrà un potenziamento e, con la collaborazione degli enti che già curano questo settore, i risultati saranno più evidenti.

Fra gli enti che si interessano di medicina preventiva è l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia. Dell'attività di questa nella provincia di Matera darò un breve cenno.

L'ONMI, sorta nel 1925 dopo che era maturata negli spiriti e nella stessa evoluzione della società, non ha mai avuto una diretta funzione curativa ma principalmente profilattica; fra i suoi compiti più alti non soltanto è quello del potenziamento e del coordinamento delle attività di beneficenza, assistenza ed educazione, ma soprattutto quello di attuare un sistema di profilassi e di educazione rivolto a predisporre per le madri e per i fanciulli le più idonee condizioni di vita e di sviluppo; non trascura cioè di favorire la diffusione delle norme e dei metodi scientifici di igiene prenatale e post-natale, aprendo consultori materni, pediatri e dermatofilopatici, istituendo asili nido per l'assistenza di bambini fino a tre anni e scuole teoriche e pratiche di puericultura e favorendo, d'accordo con gli enti specializzati, l'opera di profilassi antitubercolare dell'infanzia e la lotta contro le altre malattie infantili.

L'Opera per la protezione della maternità e dell'infanzia mira a raggiungere questo doppio scopo: combattere le cause per la mortalità materna e infantile e contribuire al rafforzamento dell'istituto familiare, aiutandolo, entro certi limiti, all'esercizio più efficace della sua missione. In armonia con questo persegue alcuni fini speciali:

a) di carattere immediato: la protezione e l'assistenza delle gestanti e madri biso-

gnose e abbandonate; delle madri coniugate e delle madri nubili, per le quali si vuol mantenere il segreto, dei lattanti e divezzi appartenenti a famiglie che non possono prestar loro le necessarie cure per un razionale allevamento, di fanciulli di qualsiasi età di famiglie bisognose, di minorenni fisicamente abbandonati o travati; e tutto questo fino a 18 anni compiuti;

b) di carattere mediato: assicurare alla società individui moralmente e fisicamente sani. Il che esige un aiuto che non può avere finalità individuali, ma chiaramente sociali.

Questo impegnativo programma viene svolto, sempre in rapporto alle disponibilità finanziarie che come si sa non sono sempre floride e adeguate alle necessità, in forma diretta e in forma indiretta.

Quest'ultima, pur essendo la meno evidente, si esprime attraverso l'assistenza che viene concessa alla gestante e alla nutrice con interventi di varia natura e anche con sussidi alimentari per migliorare qualitativamente e quantitativamente la dieta nel periodo di gestazione o di allattamento; o al bambino con diverse provvidenze e con sussidi baliatici o di allevamento. L'affido in istituto, per i noti motivi psico-pedagogici, è preso in considerazione solo per i casi limite in cui si rivela un irrimediabile stato di abbandono morale e materiale e quando non è stato possibile procedere all'affido in famiglia.

L'assistenza diretta che l'ONMI svolge è realizzata attraverso le proprie istituzioni. Nella provincia di Matera nel momento sono in funzione: 3 Case della Madre e del Bambino, 4 asili nido, 20 consultori materni, 33 consultori pediatrici, 1 consultorio dermosifilopatico

Come si vede, in ogni Comune e nelle maggiori frazioni funziona il consultorio pediatrico; non si può dire lo stesso per i consultori materni a causa della carenza di specialisti in ostetricia. Negli ultimi tempi sono state realizzate altre due Case della madre e del bambino, una a Tricarico da poco inaugurata, l'altra a Policoro in via di attrezzatura. Sono in programma altre Case che sorgeranno in centri in cui maggiormente viene impegnata la manodopera femminile.

Nella zona della valle del Basento è stata aperta la prima sala d'allattamento presso il maggiore impianto industriale e già si pensa di costruirvi un completo centro assi-

stenziale. Come si presentano nuove situazioni, sono prese in considerazione per la creazione degli strumenti idonei alla difesa dell'infanzia che nella sua incapacità ne richiede il tempestivo intervento, esposta com'è a tutti i pericoli.

Inoltre in particolare considerazione è tenuta la vigilanza degli istituti educativo-assistenziali, che nel Materano sono in numero di venti. Da anni viene svolta una ininterrotta azione di adeguamento in questo delicato settore: sono stati in tal modo aggiornati i metodi pedagogici, rinnovate in gran parte le attrezzature, migliorati il sistema di vita e la dieta. Con l'entrata in vigore della nuova legge sull'adozione speciale, anche gli istituti vi si adegueranno e con la loro collaborazione molti minori in stato di abbandono potranno essere adottati; si ridurrà al minimo indispensabile il periodo di ricovero e con l'inserimento in famiglia il minore non subirà più le conseguenze negative della vita in comunità.

Sono queste, come vedete, le varie facce dell'attività dell'O.N.M.I. che nella sola provincia di Matera ha assistito direttamente o indirettamente 10.432 minori nel 1967 e 10.984 nel 1968.

Queste cifre sono eloquenti e spiegano i risultati che a distanza di oltre quarant'anni si sono conseguiti. Le moderne acquisizioni scientifiche dell'igiene e della puericoltura mutate dall'ONMI e trasfuse nelle istituzioni federate o applicate nei dipendenti consultori o asili-nido hanno reso un chiaro beneficio alla salute e alla vita del bambino. Difatti nei Comuni dove l'ONMI ha avuto una certa attività è facile rilevare il miglioramento dell'allevamento e delle condizioni fisico-psichiche dei minori, oltre che la progressiva riduzione della gran parte delle cause di morbidità che un tempo tenevano alti i quozienti di mortalità infantile.

A tal proposito ricorderò che la mortalità infantile in Basilicata fino a qualche decennio fa registrava cifre notevoli (si raggiungeva anche un quarto dei nati vivi); e, per un esempio, se il quoziente di mortalità infantile nel 1951 fu in provincia di Potenza di 122,8 e in provincia di Matera di 114,6 (media regionale di 120,4) per mille nati vivi, nel 1957 scese a 81,5 in provincia di Potenza e a 74,2 in provincia di Matera (media regionale di 79,2) e nel 1967 a 48,7 in provincia di Potenza e a 44,9 in provincia di Matera

(media regionale di 46,8). Come si vede, una flessione degli indici abbastanza evidente e, direi, soddisfacente, specie se limitiamo il confronto a quelli della regione. D'altro canto anche se il nostro quoziente è ancora più alto di quello medio nazionale (33,2), non siamo più gli ultimi; dopo di noi, a titolo di semplice citazione, stanno Caserta con 50,9 e Napoli con 54,5.

E' questo un verso della medaglia, nell'altro rimane l'impegno che gli attuali quozienti non rimangano tali ma subiscano una ulteriore flessione, avvicinandosi alle più basse quote di altre provincie. Per giungere

a tanto è necessario rimuovere gli ostacoli che sussistono nel nostro ambiente: fornirli cioè di impianti igienici di interesse pubblico (fognatura, acqua corrente, ecc.), migliorare le condizioni economiche e morali delle popolazioni, aumentare adeguatamente gli interventi sanitario-assistenziali e quindi potenziare l'attività degli enti che si interessano di medicina preventiva (ONMI, Provincie, Centri di medicina sociale, Ospedali), creando fra l'altro le premesse per una sincera e valida collaborazione di tutti, allo scopo di evitare le dispersioni e concentrare i provvedimenti a favore delle comunità.

[Indirizzo dell'Autore:

M. Padula
Via Passarelli, 1
75100 Matera]

Infortuni stradali

Casistica dei traumatizzati per incidenti della motorizzazione ricoverati all'Ospedale «S. Carlo» di Potenza nel quadriennio 1965-1968

P. PONTRANDOLFI

Ospedale Provinciale «S. Carlo» - Potenza
Direzione Sanitaria
(Direttore: Prof. P. Pontrandolfi)

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI. — Infortunistica - Traumatologia.

Ciò che ci ha spinto a parlare in questa nostra seduta sull'argomento sempre più palpitante degli infortuni stradali automobilistici, non è stata tanto la particolarità di esso perchè attuale, quanto l'opportunità che esso ci offre per poter esporre ad una serena eventuale discussione in questa sede una nostra proposta con relative sue conseguenziali applicazioni concretamente pratiche.

E' da tutti riconosciuto che a condizionare la gravità e la molteplicità delle lesioni, la velocità è fattore tra i più importanti negli infortuni stradali da motorizzazione così come è fuor ogni dubbio che ad essa connesso è il fattore umano chiamato in causa, ond'è che non ci sembra di andare errati quando si volesse affermare che, contro la velocità ed inverso all'uomo, debbono rivolgersi i dominanti motivi per arginare, e se possibile risolvere al fine la strage che gli infortuni stradali automobilistici continuano a fare malgrado l'adozione di tutti quei provvedimenti messi fin ora in atto per prevenirla e contenerla.

Franke dell'Università di Würzburg in un suo articolo pubblicato nella rivista Deutsche Medizinische Wochenschrift, ha segnalato come risulti da statistiche ufficiali che perdono la vita, nel mondo, ogni giorno, in conseguenza di incidenti automobilistici, 1200, 1300 persone, e che a circa tre volte queste cifre ammontano i traumatizzati superstiti di incidenti stradali permanentemente rimasti invalidi in grado più o meno elevato e come infine, sia molto alta l'aliquota di quelli con perdita della capacità lavorativa superiore al 50%: socialmente tutti questi aspetti rivestono gravità notevoli.

Secondo le notizie fornite dall'Automobile Club d'Italia, nel periodo gennaio-giugno dell'anno 1969 gli incidenti stradali verificatisi in Italia, sono stati complessivamente 148.769 con 4.197 morti e 102.992 feriti; nel mese di

giugno del 1968 secondo i dati rilevati dall'Istituto Centrale di Statistica in collaborazione con l'Automobile Club d'Italia, i sinistrati stradali sono stati 27.370 con 712 morti e 20.427 feriti; notato nel giugno del 1969 un incremento di persone morte rispetto al giugno del 1968, pari al 13,2%.

La nostra casistica comprende 1.416 politraumatizzati e traumatizzati per incidente automobilistico osservati nel nostro Ospedale negli ultimi quattro anni, 1965-1968; di essi ebbero bisogno di ricovero 1057 e di assistenza ospedaliera ambulatoriale 359.

Nell'anno 1965, vennero in Ospedale 308 accidentati stradali per incidente automobilistico; 311 nell'anno 1966; nel 1967, 402, e 395 nell'anno 1968. Dei 308 infortunati del 1965, ebbero bisogno di ricovero 246 e di sole cure a tipo ambulatoriale 62; dei 311 casi dell'anno 1966, 222 furono gli ospedalizzati ed 89 i curati; dei 402 accidentati stradali da motorizzazione passati nel nostro Ospedale nell'anno 1967, 296 necessitarono di ricovero e 106 di cure ambulatoriali; infine dei 395 casi dell'anno 1968, 293 risultarono necessitanti di ricovero e 102 di trattamento ambulatoriale. Nel quadriennio si è registrato un costante aumento degli accidentati per incidente automobilistico: da 308 casi nell'anno 1965, a 395 nel 1968 con 311 casi nell'anno 1966 e 402 casi nel 1967.

TABELLA 1. — Traumatizzati osservati nel quadriennio 1965-1968: ricoverati, curati ambulatorialmente.

Anno	Casi	Ricoverati	Curati ambulator.
1965	308	246	62
1966	311	222	89
1967	402	296	106
1968	395	293	102
Totali	1416	1057	359

Nella tabella 2, per i 1416 pazienti da noi osservati, riportiamo le lesioni constatate come prevalenti:

	Cranio-faccia	Torace	Addome	Bacino	Colonna	Arti
Casi	635	86	23	21	12	637

L'incidenza delle lesioni prevalenti agli arti ed al cranio-faccia, rispettivamente nella nostra casistica 637 e 635, preme rilevare, nei confronti delle lesioni prevalenti al torace 86, all'addome 23, al bacino 21, alla colonna vertebrale 12, percentuali abbastanza modeste. Questo nostro rilievo non si discosta da quello osservato da altri Autori i quali in genere riportano concordemente come lesioni prevalenti nei traumatizzati e politraumatizzati per infortuni stradali automobilistici, quelle a carico degli arti e quelle a carico del cranio come percentuale di gran lunga predominante.

Dopo questa rapida sintetica rassegna statistica, ci sia adesso consentito di prospettare la nostra proposta e sue relative conseguenziali pratiche e concrete possibilità, per la profilassi della pandemia infortunistica automobilistica.

Riteniamo che la battaglia profilattica debba svolgersi su di un duplice fronte, uno nei confronti dell'uomo, l'altro nei confronti della velocità.

Rivolgendo dal punto di vista strettamente medico l'attenzione all'uomo come fattore di causa influenzante gli incidenti automobilistici in conseguenza di sue condizioni fisiche, psichiche, sensoriali, stabilmente od episodicamente od occasionalmente turbate menomanti la sicurezza della guida, proponiamo l'istituzione, unica a livello ospedaliero, di équipe, di una Commissione Medica preposta, per il rilascio della patente di guida o per la revisione di essa, ad accertare lo stato reale di salute, fisico, psichico, sensoriale, di ogni possessore di patente di guida e di ogni richiedente di essa, attraverso visite mediche, generali e specialistiche, accurate, primarie e di revisione periodiche, eseguite con ogni più completo e rigoroso esame clinico.

Inoltre proponiamo a completamento di questo atto squisitamente diagnostico-prognostico, la istituzione di un libretto sanitario dell'automobilista che pur rimanendo in suo esclusivo possesso in rispetto al segreto

professionale, dovrà non solo consentire che gli venga aperto e comunque sempre esibire alla commissione medica ospedaliera, e solamente ad essa, in occasione di visite di revisione periodiche. Nel libretto sanitario dell'automobilista, a fine di costante aggiornamento ed a tenuta del diario clinico, saranno segnate l'assenza o la esistenza o la preesistenza o la persistenza di malattie interne che, condizionando negativamente le globali attitudini alla guida dell'autoveicolo, determinano restrizioni specie nei confronti della velocità. Al pilota devono esser consigliate quando non addirittura imposte e scritte sul suo libretto di patente, i limiti massimi di velocità consentitigli dalle sue condizioni di salute, e ciò per i fini del controllo stradale.

Questo accenno alla limitazione della velocità porta l'attenzione sull'altro fattore che abbiamo detto essere il responsabile anche esso della maggior parte degli infortuni stradali automobilistici.

Un esperto-tecnico della Motorizzazione, membro pur esso, a parità di determinazione, dei componenti medici, internisti e specialisti, della équipe costitutiva della Commissione Medica Ospedaliera, sarà preposto a rapportare le negative quote attitudinarie alla guida, ridotte da malattie interne nella complessiva somma delle individuali capacità e possibilità fisio-psico-sensoriali alla guida, all'adeguata, giusta limitazione di velocità massima consentita; quindi tabelle mediche elencanti le menomazioni per la sicurezza della guida, e tabelle delle corrispettive velocità massime Km/h. permesse, queste emendabili allor quando, in visita di revisione, le condizioni di salute del guidatore si siano modificate in meglio od in guarigione.

In questo modo, così come l'elemento uomo e l'elemento veicolo-velocità, unitariamente, ognuno per la rispettiva parte, sono fattori influenzanti determinanti e responsabili nei propri confronti ed in quelli dell'altrui incolumità, degli infortuni automobilistici, altrettanto unitariamente, uomo e velocità, l'uno e l'altra, sono considerati sia dal punto di vista medico che di quello della circolazione nei confronti delle misure preventive profilattiche, ricordando che il guidatore con il suo stato fisico-psichico, produce direttamente presso che la metà del totale degli incidenti automobilistici e che la velocità direttamente od

indirettamente, determina l'altra notevole percentuale dei sinistri.

Non sarà quindi un inasprimento delle sanzioni a diminuire la pericolosità dei piloti, bensì una profilassi medica della motorizzazione, attraverso una classificazione dei requisiti per la concessione ed il mantenimento della patente di guida, con relative percentuali di capacità nelle velocità.

Le modalità delle visite mediche e quelle riguardanti le visite di controllo e la loro periodicità, potranno essere determinate da apposite commissioni a livello dei Ministeri della Sanità e dei Trasporti.

Unicamente a titolo indicativo, accenniamo ad una classificazione di affezioni che bisogna considerare particolarmente in riguardo al fattore umano, quali menomanti il potenziale di guida, sia occasionalmente od episodicamente che permanentemente: cardio- ed angiopatie, ipertensione ed ipotensione; alcune affezioni gastro-intestinali; malattie metaboliche e diabete; intossicazioni endogene; astenie, ipereccitabilità, distonia neurovegetativa, sclerosi cerebrale;

tossicomania ed abusi di tranquillanti; oltre naturalmente le malattie proprie dei vari sistemi ed apparati organici specie quelle del sistema nervoso e degli organi sensoriali in quanto e per quanto possano menomare o ridurre con continuità o turbare episodicamente od occasionalmente l'equilibrio psicofisico dell'individuo nei confronti della sicurezza della guida; l'età.

Altrettanto a titolo solamente indicativo essendo noi in materia del tutto sprovvediti, per contenere la pericolosità dei piloti carenti alla guida a cause di loro malattie interne, ci permettiamo accennare per una adeguata classificazione nei riguardi dei limiti massimi di velocità consentibili e consentiti in tali casi di persone accertate medicalmente come limitati per la guida automobilistica, ai concetti che hanno condotto a fissare i limiti massimi di velocità, pur rispettando una marcia spedita su strada, per gli autoveicoli che per le loro caratteristiche e per i particolari servizi ai quali dovevano essere adibiti, apparivano necessitanti di limitazione nella velocità.

[Indirizzo dell'Autore:

P. Pontrandolfi
Via Mazzini 17
85100 Potenza]

Il cardiopatico nell'Ospedale Moderno

Considerazioni in margine ai rilievi statistici riguardanti la frequenza delle cardiopatie tra i ricoverati dell'Ospedale S. Carlo dall'1-1-1969 al 10-11-1969

A. RIZZO - D. MECCA

Ospedale Provinciale « S. Carlo » - Potenza
Divisione di Cardiologia

(Primario: Dott. M. Petruzzi)

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI. — Cardiopatie.

Le malattie cardiovascolari rappresentano, in numerose statistiche pubblicate in tutti i Paesi civili del mondo, la causa principale di morte e detengono il triste primato tra le cause di invalidità permanente.

La cardiologia negli ultimi venti anni ha realizzato notevoli progressi nel campo dell'elettrofisiologia, emodinamica e terapia che hanno permesso in molti casi di passare dallo stato di puro fatalismo, di impotenza, di rassegnazione, alla coscienza attuale di completa fiducia nella possibilità di recupero, con le più tempestive diagnosi, le più adatte cure e la migliorata assistenza, di tanti infelici un tempo destinati a ben triste sorte.

Le leggi delegate recentemente promulgate in tema di riforma ospedaliera purtroppo non hanno tenuto sufficiente conto di queste premesse. Esse, infatti, mentre sono drastiche per la istituzione ed il potenziamento di altri servizi, non lo sono altrettanto per quelli di cardiologia.

Da una indagine condotta dall'ANMCO è stata accertata la necessità di 25 posti letti cardiologici per ogni 100.000 abitanti. Questa cifra è scaturita da accurate indagini epidemiologiche svolte in varie regioni del territorio nazionale e concorda con quella ricavata dalle statistiche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Allo scopo di stabilire quelle che possono essere le necessità di posti cardiologici nella nostra Provincia abbiamo compiuto una rapida disamina dei malati affluiti nel nostro Ospedale in questi ultimi dieci mesi che qui di seguito riportiamo:

1) Vizi cardiaci mono o plurivalvolari post-reumatici: 210 di cui almeno il 40 %

abbisognevole di indagini emodinamiche e di cure intensive in preparazione di intervento chirurgico.

2) Vizi congeniti: 47.

3) Fibrillazione atriale: 488, di cui almeno 200 passibili di reversione elettrica o farmacologica intensiva.

4) Blocchi atrio-ventricolari completi: 24, cinque dei quali insorti in corso di infarto posteriore in seconda e terza giornata.

5) Blocchi di branca destra e sinistra: 205, di cui due casi di blocchi di branca bilaterale.

6) Ipertrofie ventricolari ed ischemie: 783.

7) N. 42 casi di tachicardie parossistiche di cui 36 sopraventricolari e 6 ventricolari.

La necessità di creare divisioni di diagnosi e cura per cardiopatici risalta anche dai brillanti risultati conseguiti in alcuni grandi Ospedali dove tali divisioni sono state da tempo istituite (Roma, Napoli, Milano, Ancona) e le cui esperienze fatte dai medici che in esse operano sono largamente citate in tutte le pubblicazioni scientifiche che vertono su argomenti di cardiologia.

A tali divisioni il cardiopatico della nostra provincia è costretto a ricorrere, magari dopo molti mesi di attesa che comportano aggravamento delle condizioni cardiocircolatorie, per essere sottoposto ad indagini che spesso solo per mancanza di attrezzature e di ambienti non possono essere praticate nei nostri ospedali. A questo riguardo mi sembra significativo citare che dal gennaio 1969 a tutt'oggi oltre 80 cardiopatici, tutti in disagiate condizioni economiche, tra quelli pervenuti alla nostra osservazione ospedaliera

e mutualistica sono stati di necessità avviati a Centri specializzati.

Ma la risoluzione del problema non va ricercata soltanto nella carenza di attrezzature e di ambienti: occorre reperire e preparare personale ausiliario altamente specializzato.

Remore alla istituzione di dette divisioni sono state talvolta frapposte dai medici internisti ospedalieri. Noi però non ci rendiamo conto del motivo di tale avversione né riusciamo a comprendere perché in analogia a quanto avviene nel campo chirurgico dove le branche specialistiche sono sempre più potenziate, anche nel campo della medicina non si faccia altrettanto.

Il cardiopatico è un malato che presenta problemi particolari di ordine medico e psicologico e non può né deve essere tenuto con ammalati acuti o cronici di altro genere. Esso abbisogna di ambiente idoneo, di trattamento dietetico appropriato di assistenza psicologica particolare che non può certamente ottenere in un reparto generico.

La divisione di cardiologia pertanto deve, a nostro avviso, essere istituita oltre che negli ospedali regionali anche in quelli provinciali più importanti e deve comprendere una idonea sezione di terapia intensiva.

Dall'analisi della letteratura mondiale e dai dati forniti in Italia da Masini e Concina si è constatato con la istituzione delle unità di cura intensiva una riduzione della mortalità per infarto miocardico nella fase acuta intorno al 15 %.

La funzione di esse, è quella di migliorare l'assistenza e la cura di forme morbose particolarmente gravi, mediante una assistenza continua ed una terapia intensiva in grado d'adottare, in ogni momento, tutti i necessari provvedimenti terapeutici al fine di ripristinare le funzioni vitali compromesse, di trattare tempestivamente le più temibili complicanze dell'infarto miocardico nella fase iniziale e le gravi aritmie.

Tali unità in sempre crescente sviluppo hanno preso l'avvio dalla constatazione che la mortalità per infarto miocardico non sempre è in rapporto con la gravità del danno anatomico e che essa avviene nella maggioranza dei casi, nei primissimi giorni della malattia, spesso per alterazioni funzionali reversibili.

In altri termini nel trattamento dell'infarto miocardico nella fase acuta è stata introdotta, come ha affermato Bouvrain, l'applicazione di quell'insieme di tecniche e far-

maci atti a rimediare alla cessazione brusca o ad una estrema riduzione della funzionalità cardiocircolatoria, oppure a ristabilire quest'ultima in caso di arresto cardiaco spontaneo reversibile.

Ma si è dimostrato altresì che con la osservazione strumentale continua dei pazienti che si ottiene nelle unità di cura intensiva l'evoluzione della malattia infartuale è anche migliore nel senso che l'applicazione di idonei e tempestivi trattamenti atti a modificare i meccanismi patogenetici di ordine umorale ed emodinamico spesso è in grado di limitare il danno anatomico. In tal senso quindi l'unità di cura intensiva non solo soddisfa l'esigenza del trattamento dell'infarto nelle sue più gravi manifestazioni, ma assume addirittura compiti di prevenzione degli eventi catastrofici.

Nell'ospedale S. Carlo di Potenza dal 1-1-1969 al 10-11-1969 sono stati ricoverati 19 casi di infarto miocardico in fase acuta; di questi 4 sono deceduti in 2^a e 3^a giornata, 7 sono stati dimessi peggiorati e 8 sono stati dimessi migliorati.

E' logico ritenere che di quelli deceduti o dimessi peggiorati, stante ai dati forniti da Masini e Concina, almeno qualcuno poteva, esistendo una unità di cura intensiva, essere recuperabile.

Ma il numero degli infarti acuti presentati non rispecchia tutti i casi verificatisi; infatti molti pazienti infartuati, specie quelli delle classi più abbienti, partendo dalle considerazioni che nell'Ospedale più vicino non si dispone di mezzi di diagnosi e cura diversi da quelli praticabili al proprio domicilio, preferiscono non ricoverarsi.

I dati statistici generali riportati e quelli più ristretti riguardanti la frequenza dell'infarto miocardico, pur nella loro esiguità numerica in quanto ci si è riferiti ad un periodo di tempo relativamente breve, dimostrano, comunque, l'opportunità dell'istituzione di unità di cura intensiva, opportunità già largamente ravvisata in molti altri Centri dove i sanitari si trovano nelle condizioni di poter dare al malato quello che di più moderno offre la scienza.

Unità di cura intensiva e divisione cardiologica però non sono scindibili; vogliamo dire, cioè, che l'unità di cura intensiva comporta nell'ambito dell'ospedale l'esistenza della divisione cardiologica: questa infatti rappresenta la sede più idonea a garantire

al dimesso dall'unità di cura intensiva il consolidamento dei vantaggi conseguiti e costituisce, come ebbe a dire il Perotti, il polmone dell'unità coronarica. Sarebbe illogico, infatti, avviare il dimesso in un comune reparto dove non potrebbe giovare dei vantaggi conseguiti né avvalersi di altri rimedi di cui potrebbe aver bisogno.

Queste nostre considerazioni sarebbero incomplete se non accennassimo ad un altro compito della divisione cardiologica, a quello cioè della riabilitazione del cardiopatico, problema questo in cui la prestazione cardiologica pur non essendo esclusiva, è certamente la più importante. Infatti è proprio in am-

biente cardiologico che vanno eseguite tutte le indagini tendenti a studiare la funzionalità cardiocircolatoria che rappresenta la premessa essenziale per il reinserimento del cardiopatico in una attività compatibile con le sue residue capacità funzionali.

Non pretendiamo di aver trattato nella sua interezza il problema del cardiopatico moderno, ma ci auguriamo di aver portato un piccolo contributo alla risoluzione di esso. Che se il medico con le nuove metodiche ed i moderni presidi terapeutici riesce a recuperare ammalati ed a reinserire nella società unità produttive, certamente risponde ad una importante missione morale e sociale.

[Indirizzo degli Autori:

A. Rizzo

Ospedale S. Carlo
Divis. Cardiologia
85100 Potenza]

L'allergia cutanea nell'ascaridiosi

G. SIGNORELLO

Medico provinciale (Potenza)

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI. — Ascaridi - Allergia - Cute.

Fra le parassitosi intestinali — specie infantili — da Nematodi, molto diffuse sono le ascaridiosi e le tricocefalosi.

Rodriguez e Zuliani (1960), in un interessante lavoro di sintesi, citano Lombardo, il quale sostiene che in Italia le ascaridiosi sono molto più frequenti che in altri Paesi mediterranei (Francia, Spagna, Tunisia, Algeria, Egitto), dove invece prevalgono le tricocefalosi. Gli stessi Autori riferiscono però che in Nigeria sono state trovate percentuali del 73,4 % di ascaridiosi; e in Turchia del 68 % fra la popolazione nomade. In Russia, poi, Leitine, Geften e Zorikina (1957) riportano percentuali di positività della reazione di agglutinazione per l'ascaridiosi, persino del 77 % fra i soggetti esaminati.

Per quanto concerne la diffusione delle più frequenti parassitosi intestinali da Nematelminti, nelle varie regioni d'Italia, Petrilli (1950) riporta dati probativi, i quali confermano come la diffusione delle varie elmintiasi, e dell'ascaridiosi in particolare, è frequente nel nostro Paese, pur dimostrando una alta differenza fra alcune regioni, probabilmente in relazione a fattori contingenti locali (popolazione rurale o urbana; clima e abitudini igieniche e alimentari diversi; tenore di vita, ecc.), e da provincia a provincia nell'ambito della stessa regione (Lazzara e Coll.; Magauda Borzi L. e Coll.).

La sintomatologia clinica nell'ascaridiosi, a volte persino allarmante, spesso invece è scarsa, tant'è che la malattia passa del tutto inosservata.

La diagnosi — a parte quella radiologica — si basa fondamentalmente nella presenza delle tipiche uova nelle feci o del parassita espulso con esse o separatamente.

Tuttavia, non sempre l'esame coprologico riesce positivo, pur essendo il paziente portatore di ascaridi. Da ciò l'utilità dei tests cutanei, di quelli sierologici ed ematologici, atti ad accertare l'esistenza della parassitosi: questi però per la scarsa fedeltà, non sono entrati nella pratica comune.

E' noto come il parassita determini nell'organismo umano una reazione umorale, alla quale sono legati i sintomi cutanei, spesso molto appariscenti, dell'ascaridiosi. Tale reazione cutanea si identifica con la formazione di anticorpi sensibilizzanti la cute o reagine. Essi sono termolabili, non precipitanti, hanno affinità per le cellule e sono passivamente trasportabili (Prausnitz e Kustner). L'allergia elmintica, infatti, è trasmissibile passivamente; da eosinofilia locale e generale, non provoca febbre. E' prodotta da allergeni a tipo antigene completo e quindi ha quasi tutti i caratteri dell'anafilassi clinica (Jacono e Cotrufo).

Nella letteratura, esiste la descrizione di numerosi casi clinici, che presentavano manifestazioni allergiche e che risultavano infestati da ascaridi: la conferma della stretta dipendenza di tali fenomeni con l'ascaridiosi si ebbe dalla scomparsa dei sintomi allergici allorchè gli ascaridi furono eliminati. Alessandrini e Paolucci (1910) hanno dimostrato che gli ascaridi secernono e contengono nel liquido celomatico una sostanza acida e volatile, che presenta un'azione spiccatamente orticante sulla pelle e sulla congiuntiva: però, non in tutti i soggetti i reperti sono stati positivi.

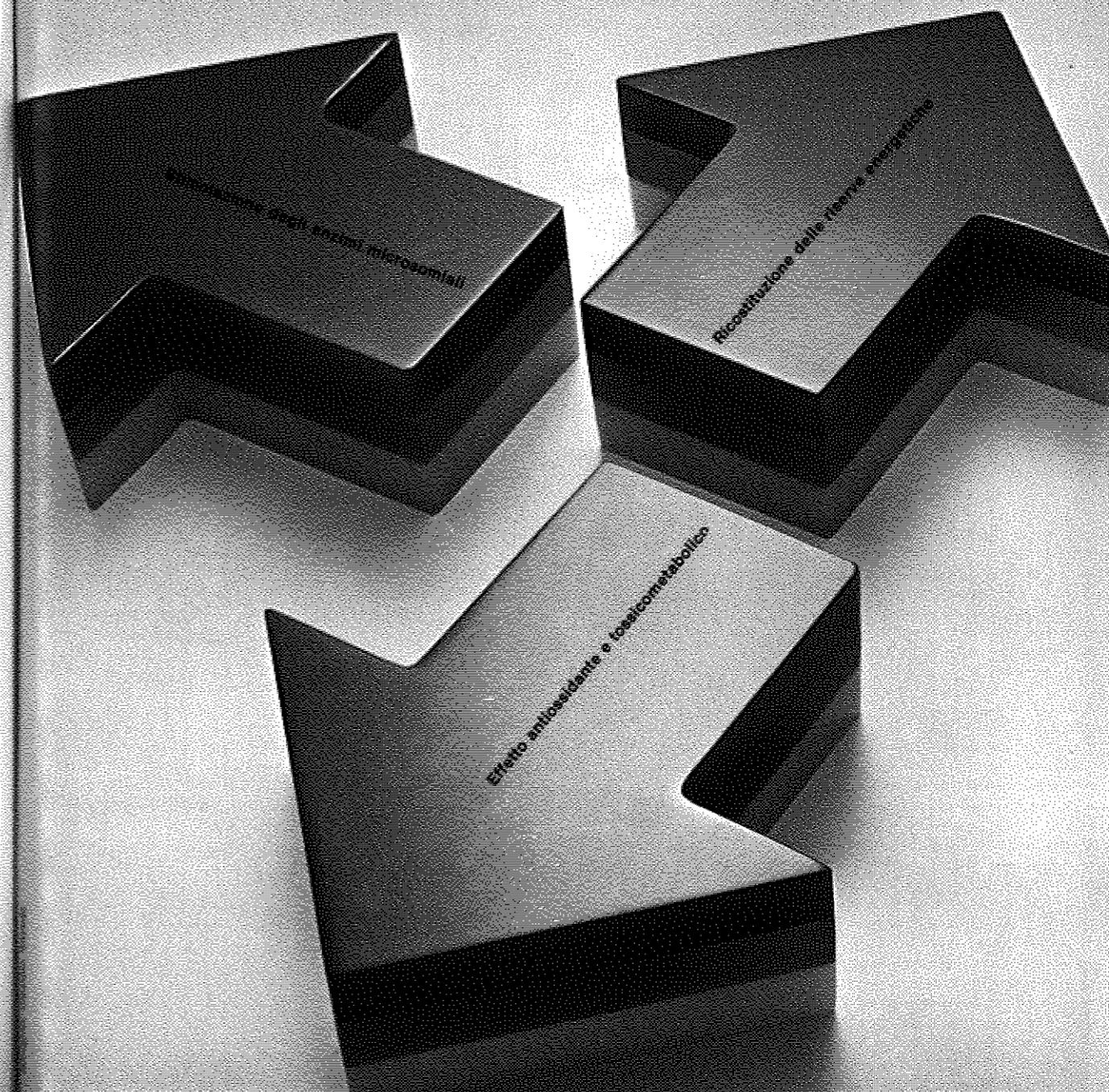
Un validissimo appoggio al concetto del potere allergizzante del liquido celomatico degli ascaridi si è avuto dal classico esperimento di Vanni. Questo Autore (1939), facendo seguire a distanza di 24 ore dall'iniezione intradermica (preparante), quella endovenosa di una quantità maggiore di liquido celomatico, ha potuto osservare, nel 15 % dei conigli impiegati, una reazione allergica cutanea emorragico-necrotica tipo Shwartzmann, accompagnata da reazione allergica emorragica viscerale mortale tipo Sanarelli.

Molto importante per l'argomento, è il risultato delle esperienze di Davidson, Baron, Waltzer (1947): essi hanno dimostrato che l'uomo può essere reso allergico agli estratti

TOXEPASI COMPLEX

L'accumulo qualitativo e quantitativo degli impegni di origine fisiologica e patologica si riflette sistematicamente sul fegato, aumentandone in varia misura il sovraccarico funzionale.

UDPG, glutatione e B₁₂ concorrono ad assicurare la metabolizzazione dei tossici e a prevenire gli effetti degli agenti ossidanti, ricostituendo le riserve energetiche cellulari e ripristinando un elevato livello di attività enzimatica.



MIOREUMA

in successione
o contemporaneamente

MIONEVRASI



di ascaridi (*A. Lumbricoides*), con iniezioni ripetute di un estratto di questo verme.

Nelle ascaridiosi, perciò, l'organismo parassitato consegue una sensibilizzazione, che non permane però a lungo dopo l'infestazione, come sperimentalmente è stato accertato da Jacono e Cotrufo (1954). Tale sensibilizzazione può mettersi in evidenza con la intradermoreazione e con la cutireazione.

L'intradermoreazione è stata largamente studiata e sperimentata da Fuelleborn (1929), in collaborazione con Kikuth, su 58 soggetti, ottenendola positiva in 13 casi, otto dei quali, risultarono portatori o exportatori di ascaridi; Brunner (1955) ha ottenuto reazioni sempre positive nei portatori, mentre Taliaferro (1955) ha osservato l'80 % di positività in infestati di *Ascaris*, e Kanno su 1623 intradermoreazioni ha ottenuto il 12 % di risultati positivi.

La cutireazione, sperimentata da Hansen (cit. da Capuani) su 1258 persone affette da ascaridiosi, ha dato il 17,25 % di positività; Jadashon invece ottenne fino all'80 % di positività: nei bambini di 3 anni 43 %; in quelli di 5 anni 68 %, da quell'età in su l'80 %.

Ora, dato che le macroparassitosi intestinali, in talune zone, sono così diffuse da rivestire un interesse addirittura sociale, e, comunque, non trascurabile per la patologia infantile, anche nel silenzio di ogni sintomatologia subiettiva e obiettiva, si riterrebbero opportune misure profilattiche contro tali infestazioni, misure che possono essere attuate, per esempio, nelle collettività infantili delle colonie climatiche, ove, sistematicamente e preventivamente dovrebbero essere fatte ricerche in tal senso.

Data l'ubicazione, a volte disagiata di tali comunità, e la difficoltà di reperire sul posto il mezzo d'indagine (microscopio) per l'esame coprologico, si è pensato di utilizzare, a scopo diagnostico, l'allergene di ascaride per reazione intracutanea.

Contributo personale

In 89 bambini di ambo i sessi, e di età compresa fra i 5 e i 12 anni, ospiti di una colonia montana e provenienti dal padovano, abbiamo praticato contemporaneamente la cutireazione con l'allergene di ascaride e l'esame coprologico, per accertare se il test cutaneo corrispondeva alla presenza del parassita nelle feci e per eventualmente limi-

tare alla sola prova allergica, indubbiamente più pratica, la diagnosi.

L'esame delle feci è stato fatto a fresco e, nei casi negativi, ripetuto almeno una volta.

Il test cutaneo, con l'allergene di ascaridi Berna, è stato eseguito con la seguente tecnica: Dopo aver disinfettato la cute con alcool e dopo evaporazione di questo, si praticano con un vaccinostilo due scarificazioni di cm 0,5, a distanza di cm 6-8 l'una dall'altra, evitando la fuoriuscita di sangue.

Su una delle due scarificazioni si pone una goccia di allergene, sull'altra una goccia di liquido di controllo; dopo 15' si asportano con un poco di garza le due gocce.

La reazione è positiva se dopo 20-30' si nota sulla parte dove è stata posta la goccia di allergene, un ponfo di orticaria.

In alcuni casi, forse in funzione di una maggiore sensibilità del soggetto, si ha un esteso edema ed eritema.

Il liquido di controllo non deve provocare alcuna reazione particolare, salvo il caso, s'intende, di una ipersensibilità ad esso.

I risultati conseguiti sono riportati nelle tabelle 1, 2 e 3.

TABELLA 1. — Portatori di ascaridi, coprologicamente accertati.

Numero Nome	Uova ascaride	Uova tricocefalo	Cutireazione con allergene d'ascaride
1) G.G.	+	-	+
2) V.A.	+	+	-
3) T.N.	+	+	-
4) P.D.	+	+	-
5) T.G.	+	+	-
6) T.F.	+	+	-
7) B.E.	+	+	-
8) P.P.	+	+	+
9) P.B.	+	-	+
10) B.U.	+	+	-
11) B.L.	+	+	+
12) T.I.	+	+	+
13) D.N.	+	+	+
14) M.R.	+	+	+
15) D.G.	+	+	+
16) C.G.	+	+	-
17) S.A.	+	+	+
18) F.M.	+	+	-
19) B.C.	+	-	-
20) V.I.	+	-	+
21) V.E.	+	+	+
22) S.V.	+	-	+

Studio critico

I dati, emersi a seguito dell'indagine, ci permettono le seguenti conclusioni:

Tabella riassuntiva

Tricocefalo		Ascaridi		Esame negativo	
Coprol.	Cutir.	Coprol.	Cutir.	Coprol.	Cutir.
40	12	22	12	27	2

1) I soggetti con esame coprologico positivo per la ricerca delle uova di ascaridi sono stati 22, pari al 24 % dei bambini presi in esame.

I soggetti con esame coprologico per la ricerca delle uova di tricocefalo 40, pari al 45 %.

I soggetti infine con esame coprologico negativo per la ricerca di uova di parassiti 27, pari al 30 %.

Da sottolineare che dei 22 bambini affetti da ascaridiosi, 17 presentavano nelle feci anche uova di tricocefalo (infestione mista).

2) In 22 soggetti, positivi all'esame coprologico per *Ascaris*, 12 (54 %) reagivano alla cutireazione.

In 40 soggetti, positivi all'esame coprologico per la ricerca delle uova di tricocefalo, 12 (30 %) reagivano alla cutireazione.

Dei 27 rimasti, 2 soggetti, pur non presentando uova di elminti nelle feci, reagivano pur essi alla cutireazione, sia pur debolmente.

Pertanto si evince che la reazione allergica non è costante, è aspecifica, ed è presente anche in soggetti con esame coprologico negativo.

In merito al primo rilievo, cioè la non costanza della positività della cutiprueba in soggetti sicuramente parassitati da *ascaris* L., vi è da stabilire innanzitutto se, l'allergene preparato dal Laboratorio e da noi usato nell'indagine, è identico a quello elaborato nell'organismo dal macroparassita ed al quale è da imputarsi la sensibilizzazione.

Sotto questo profilo, il liquido perierterico va considerato come un antigene completo, se si tiene conto che De Gaetani (1943) adoperando tale liquido, ricavato dall'apertura del verme, ottenne, in conigli trattati con esso, la formazione di anticorpi fissanti il

complemento. Con tale asserto discorda il fatto che non tutti i soggetti positivi all'esame coprologico, hanno reagito alla cutiprueba. Evidentemente sull'argomento molti punti sono ancora oscuri, e persino la sicura presenza di una anafilassi generata da antigeni elmintici è messa in dubbio da alcuni Autori.

TABELLA 2. — Cutireazione con allergeni di ascaridi, in soggetti portatori di uova di *trichiuris trichiura*.

Numero - Nome	Uova tricocefalo	Cutireazione con allergene d'ascaride
1) C.G.	+	+
2) M.F.	+	—
3) N.P.	+	—
4) B.G.	+	—
5) C.G.	+	—
6) M.G.	+	+
7) N.S.	+	—
8) B.G.	+	—
9) B.D.	+	—
10) L.D.	+	—
11) C.G.	+	—
12) B.G.	+	—
13) C.N.	+	—
14) D.M.	+	—
15) C.A.	+	—
16) S.L.	+	—
17) G.S.	+	+
18) B.P.	+	—
19) S.E.	+	—
20) C.C.	+	—
21) P.F.	+	—
22) C.L.	+	—
23) G.I.	+	—
24) B.S.	+	—
25) G.P.	+	—
26) P.P.	+	—
27) A.R.	+	+
28) B.G.	+	+
29) B.R.	+	—
30) C.F.	+	+
31) T.F.	+	+
32) T.N.	+	—
33) P.L.	+	+
34) B.G.	+	+
35) S.M.	+	—
36) M.V.	+	+
37) L.E.	+	+
38) P.A.	+	+
39) T.D.	+	—
40) V.E.	+	—

Per quanto concerne il secondo rilievo, è indubbio che esiste una specificità per la specie e quella, molto più ampia, per l'intero gruppo (Nematodi). Nel caso nostro, la cutireazione ha mostrato una specificità di gruppo più che di specie. Alla stessa conclusione sono giunti Fulleborn e Kikuth (1929) e Ragusa (1954). Tale conclusione però se porta come conseguenza una limitazione della cutiprueba nel campo strettamente dottrinario, non inficia tuttavia la sua importanza nel campo pratico, perchè i provvedimenti, profilattici e terapeutici, sono identici sia che si tratti di *Ascaris* che di *Tricocefalo*.

Infine, per ciò che riguarda la positività della prova, in soggetti con esame coprologico negativo, vi è da rilevare quanto appresso:

— Jacono e Cutrufo (1954) sostengono che, in individui sicuramente disinfestati, solo per poco tempo dopo il trattamento permane uno stato di sensibilizzazione, che va estinguendosi progressivamente.

— Benetazzo B. e Capocaccia B. (Introzzi - Clinica Malattie Infettive 1960) affermano altresì che un esame coprologico negativo per uova di ascaridi, non ci autorizza ad affermare con certezza assoluta la mancanza della relativa infestione. Talora infatti, in soggetti parassitati anche ripetuti esami coprologici possono risultare negativi.

In questi casi può trattarsi o di un « periodo negativo », periodo nel quale non vengono eliminate le uova, ovvero di una infestazione da soli ascaridi maschi; e ancora l'infestione può essere nella sua fase iniziale, fase nella quale il verme adulto non è ancora nell'intestino. Eccezion fatta per quest'ultimo caso, nel quale il tempo gioca un ruolo di evidente importanza, negli altri solo l'esame radiologico, può fornirci una diagnosi sicura.

Da escludersi assolutamente, per quanto riguarda i casi nostri, mi pare, una infestazione iniziale. Gli esami coprologici vennero praticati ripetutamente, e distanziati di 20 giorni l'uno dall'altro, mentre è risaputo (Introzzi 1960) che il ciclo completo dell'uovo di ascaride nell'organismo umano ospite, si aggira sui 15 giorni. Nei due cutipositivi, mai nei ripetuti esami, ci è stata data la possibilità di reperire le uova di ascaride.

Peraltro, l'inchiesta anamnestica in tali soggetti risultò negativa, per cui dobbiamo concludere che, probabilmente, trattavasi di

TABELLA 3. — Cutireazione con allergene d'ascaridi in soggetti immuni da parassitosi intestinali.

Numero Nome	Uova ascaridi	Uova tricocefalo	Cutireazione con allergene d'ascaride
1) M.S.	—	—	—
2) V.G.	—	—	—
3) M.L.	—	—	—
4) B.R.	—	—	—
5) T.E.	—	—	—
6) S.R.	—	—	—
7) S.E.	—	—	—
8) R.M.	—	—	—
9) Z.G.	—	—	±
10) C.S.	—	—	—
11) F.G.	—	—	—
12) T.G.	—	—	—
13) A.M.	—	—	—
14) G.L.	—	—	—
15) B.G.	—	—	—
16) D.D.	—	—	—
17) M.A.	—	—	—
18) V.A.	—	—	—
19) G.T.	—	—	—
20) F.B.	—	—	—
21) P.I.	—	—	+
22) B.G.	—	—	—
23) F.E.	—	—	—
24) B.G.	—	—	—
25) V.E.	—	—	—
26) F.G.	—	—	—
27) P.G.	—	—	—

portatori in fase negativa o di recenti esportatori, nei quali l'infestione si condusse con sintomatologia scarsa e misconosciuta ai soggetti stessi, i quali, però, acquisirono una sensibilizzazione ormai degradatesi col tempo, e che noi abbiamo evidenziato con una debole positività alla cutireazione. A tal uopo, particolare importanza assumerebbe il dosaggio del titolo anticorpale a mezzo della deviazione del complemento.

In conclusione, perciò, considerata l'aspecificità della cutireazione con antigene di ascaride (specificità solo nell'ambito dei nematodi), essa certo non è preferibile all'esame coprologico, che tra l'altro presenta il vantaggio di evidenziare altre parassitosi, ove esistessero, non meno importanti dell'ascaridiosi (Teniasi, Lambliasi, ecc.). L'esame coprologico, peraltro, si dimostra anche più sensibile della prova cutanea (vedi tabella 1).

Considerato poi il fatto che per qualche tempo dopo l'infezione di *Ascaris*, il test cutaneo può permanere positivo, limita il valore diagnostico della prova stessa.

Tuttavia, pur con queste promesse e riserve, la cutirazione con allergene da ascaride resta sempre un buon presidio diagnostico per il medico pratico, utilissima quanto è assolutamente impossibile praticare l'esame coprologico, o quando questo, come succede appunto nelle grandi collettività, diventa una pratica indagine e dispendiosa.

Non si può misconoscere e sottovalutare, infatti, il vantaggio epidemiologico e clinico che la prova ci permette di ottenere nel rapido *déplstage* dei soggetti veramente non infestati dai portatori in atto di Nematodi, anche se nei casi dubbi (debole positività della prova; notizie anamnestiche positive e test cutaneo negativo, ecc.) impongono poi al medico, solo per un numero limitato di casi, di approfondire ulteriormente l'indagine diagnostica.

BIBLIOGRAFIA

- Alessandrini G.: «Sull'azione tossica degli ascari». *Boll. Accad. Med.*, Roma, f. 39, 1910.
 Alessandrini G., Paolucci: «Sulla tossicità degli ascari». *Comunic. Accad. Med. Romana*, 28, II, 1909; *Ann. d'Igiene Sperimentale*, IV, 497, 1909.
 Bartolotti C.: «Sulla tossiemia da ascaride». *Gazz. Osp. e Clin.*, 55, 648, 1921.
 Capuani G. F.: «Infiltrati fugaci, sindrome di Löffler ed allergia». *I quaderni dell'allergia*, III, 3, 1941.
 Dal Campo A.: «Sulla diffusione di alcune parassitosi intestinali nella popolazione urbana». *Giorn. Mal. Inf. e Parassitarie*, 498, 1958.
 Davidson, Brunner, Tagliaferro: Citati da Lippi, Tripodi: *Archivio Italiano delle scienze mediche, tropicali e di parassitologia*, 2, 36, 1955.
 De Gaetani G. F.: *Giornate Batt. Immunologia*, 34, 65, 1946.
 Fulleborn e Coll.: «Stati allergici umani verso l'ascaride». *Klin. Wochenschrift*, 43, 1888, 1929.

- Jacono I., Cotrufo P.: *Giornale di malattie infettive e parassitarie*, IV, 354, 1954.
 Lazzara A., Leonardi G., Mento G., Verdura S.: «La diffusione delle parassitosi nell'Italia meridionale». *Rivista Italiana d'Igiene*, 5-6, 679, 1968.
 Lippi e Coll.: «Allergia nell'ascaridiosi». *Archivio Italiano di scienze mediche tropicali e di parassitologia*, 2, 65-104, 36, 1955.
 Magaudo Borzi L., De Blasi R., Pennisi L.: «La diffusione delle parassitosi intestinali nell'Italia meridionale». *Arch. It. Sc. Med. Trop. Parass.*, 45, 144, 1964.
 Martinigo G.: «Ascaridiosi e sindrome di quince». *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 556, 1927.
 Matera A.: «La macroparassitosi in Provincia di Benevento». *Giornale di Mal. Inf. e Parass.*, 1954.
 Petrilli F.: «Sulle parassitosi intestinali riscontrate nel territorio del comune di Sestri Levante». *Am. San. Pubbl.*, XI, 3, 937, 1950.
 Ragusa A.: «Ulteriore contributo allo studio delle reazioni cutanee da antigene di ascaride in soggetti infestati e normali». *Giorn. Mal. Inf. e Parass.*, 6/6, 527, 1954.
 Ricci M.: «Sulla diffusione delle parassitosi intestinali in un piccolo centro siciliano». *Riv. di Parassitologia*, XII, 4, 233, 1951.
 Rodriguez, Zulian: «Incidenza delle parassitosi intestinali in diversi Paesi». *Giorn. Mal. Inf. e Parass.*, XII, 1960.
 Scaffidi G. e Coll.: «Ascaridiosi gastro-intestinale e sua diagnosi con l'esame delle feci e con l'esame radiologico del tubo digerente». *Arch. It. Sc. Med. Trop. e Par.*, 30, 11-12, 1949.
 Tecce N., Villari A.: «La morbosità per parassitosi intestinale nel territorio di Castellamare di Stabia». *Giorn. Mal. Inf. e Parass.*, 244, 1957.
 Tigano F.: «Sul valore delle poliparassitosi intestinali». *Giorn. Mal. Inf. e Parass.*, 539, 1954.
 Urbach E., Gottlieb P. M.: «Allergy». Ed. London Heinemann Medical Books, 1946.
 Van Der Sar A.: «Pulmonary ascariasis its relationship to the eosinophily and Löffler's syndrome». *Amm. rev. tuberc.*, 54, 440, may 1946.
 Vanni V.: «Parassitosi intestinale». Ed. Vallecchi, Firenze, 1948.
 Vigors-Hansen, Berger-Bray-Graig, Faust: Citati da Lippi e Coll.: in *Archivio It. delle Sc. Med. Tropicali e di Parass.*, 2, 31, 1955.
 Zironi A.: «L'allergia nelle malattie infettive». Ed. Istituto Sieroterapico Milanese, Milano 1951.

Considerazioni tecniche ed organizzative su un Centro tumori, dotato di alte energie, nella Provincia di Potenza

G. SIGNORELLO

Medico provinciale (Potenza)

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI. — Cancerologia - Radioterapia.

Le neoplasie, nei loro riflessi clinici, economici e sociali, rappresentano oggi uno dei problemi più urgenti della moderna tematica medico-scientifica.

E' ormai da tutti riconosciuto che il cancro rientra nello schema classico delle malattie sociali, nel senso voluto dal Burnet (1935), ma esso, altresì, nei suoi riflessi psicologici, costituisce un danno non indifferente per la sanità psichica della popolazione (Mandò 1956; Pellegrini 1959). L'allarme che il tumore provoca nella popolazione è giustificato dal fatto che la malattia si presenta in continuo aumento e la mortalità sempre crescente.

Secondo quanto appare dal Rapporto Epidemiologico e Demografico dell'O.M.S. 1959, la mortalità per neoplasie nel mondo è più che raddoppiata dal 1900 al 1950, e triplicata dal 1950 al 1961.

Analogamente, in Italia, all'inizio del secolo la mortalità tumorale corrispondeva allo 0,54%; dopo più di 50 anni — nel 1953, 1954 — si raddoppiava passando all'1,14%, per triplicarsi dopo solo 12 anni — nel 1965, 1966 — toccando l'1,71% (L'Eltore e Coll., 1967). A conferma, la tabella che segue (vedi tabella 1) — riportata da Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria n. 8, 1962 — modificata e aggiornata al 1967, illustra l'anda-

mento in circa un secolo della mortalità per neoplasie in Italia. Da essa appare evidente che la mortalità per tale morbo nel nostro Paese viene ad incidere nel 1967 per il 17,9% sulla mortalità complessiva, a confronto del 2,2% nel 1900. Essa occupa il 2° posto fra le grandi cause di morte della nostra popolazione (Ministero Sanità, Stato sanitario del Paese, ecc. 1965-1967).

Mortalità in aumento, perciò, ma quello che preoccupa di più è la letalità della malattia, tenuto conto che i tumori maligni denunciano una letalità superiore alla norma (Gandini, 1961).

Per quanto riguarda la ripartizione regionale in Italia, già Seppilli e Candeli nel 1951 pubblicavano una interessante statistica confermando quanto dieci anni prima di loro il Niceforo aveva affermato, che cioè nell'Italia settentrionale il livello della mortalità per tumori risulta assai più elevato che nelle restanti parti, con punte più elevate in Toscana, Emilia, Lombardia e Trentino. E, ancor oggi, rimane invariato tale contrasto — solo in parte giustificato dalla maggiore reattività ospedaliera nelle regioni settentrionali rispetto alle meridionali (Pandolfi, 1960) — fino al punto che si può grosso modo affermare con L'Eltore e Coll. che tutti i compartimenti dell'Italia meridionale e insu-

TABELLA 1. — Mortalità per tumori in Italia dal 1887 al 1967.

	1887-1890	1907-1910	1927-1930	1947-1950	1957-1960	1967
Cifre assolute	17.371	22.632	26.825	49.320	72.278	91.310
Su 100 morti	2,2	3,2	4,2	10,2	15,4	17,9
Su 100.000 abitanti	58,0	66,7	66,4	107,5	144,3	170,8

lare, oltre gli Abruzzi e il Molise, hanno indici di mortalità corrispondenti alla metà di quelli rilevati nell'Italia settentrionale e in Toscana, per quanto è stato possibile notare che l'incremento della malattia denunciato in questi ultimi venti anni è più elevato a carico delle regioni meridionali rispetto alle centro-settentrionali dell'Italia (L'Eltore e Coll., 1967).

Tra tutte le localizzazioni, appaiono più elevate quelle degli organi profondi (respiratorio, genito-urinario, digerente) e semiprofondi (faringe, esofago); e meno elevate le localizzazioni superficiali e cutanee, anche se differenze possono rilevarsi fra i due sessi (Kosmos 1959; Scandovi 1961; L'Eltore e Coll. 1967; Ministero Sanità, Stato sanitario del Paese, ecc. 1965-1967).

L'esame dei dati suesposti ha spinto medici e sociologi di tutto il mondo a studiare e cercare di risolvere il problema del cancro dal punto di vista assistenziale e terapeutico.

Con il presente studio ci proponiamo di tracciare a grandi linee — nel campo dell'assistenza terapeutica del canceroso — i sistemi migliori per organizzare in sede provinciale la lotta contro i tumori, cominciando con l'esaminare l'opportunità, o meno, di istituire un reparto diagnostico-clinico ospedaliero, idoneo ad offrire al malato la migliore garanzia di una esatta diagnosi, del miglior trattamento terapeutico possibile alla luce delle moderne acquisizioni scientifiche e soprattutto la sicurezza di essere — post curam — ben controllato e seguito nei risultati terapeutici conseguiti.

Il Lotti (1954) sostiene che, data la complessità e l'incertezza della diagnosi di molti tumori, è necessario limitare l'istituzione dei centri oncologici nelle grandi città universitarie, nelle quali alla presenza di personale altamente specializzato si aggiunge il vantaggio della possibilità di lavorare in équipe (medico - chirurgo - anatomopatologo - radioterapista). Secondo il predetto Autore tali centri dovrebbero funzionare come centri di depistage di 2° grado, limitando cioè la loro attività all'accertamento diagnostico e alla terapia dei casi inviati al centro dai medici liberi professionisti od ospedalieri. Vetere (1955) in una recensione del lavoro del Lotti, prospetta la necessità, attraverso sottocentri sparsi nelle città di provincia e collegati con il capoluogo, che anche le zone rurali usufruiscano di moderni servizi di depistage.

Vi è però da rilevare che limitando, come vuole il Lotti, l'attività dei centri e sottocentri alla sola funzione diagnostica e terapeutica non si scorge come si possa — sistematicamente e con unicità d'indirizzo — impostare una efficace lotta antineoplastica se non si provveda contemporaneamente ad attribuire ai grandi « centri tumori », oltre all'attività succitata, la scrupolosa raccolta di dati statistici nazionali ed internazionali sulla malattia neoplastica, l'organizzazione di corsi di aggiornamento per medici e di preparazione per il personale ausiliario.

Pertanto, a nostro avviso, i centri oncologici dovrebbero articolarsi in tre ordini di sede:

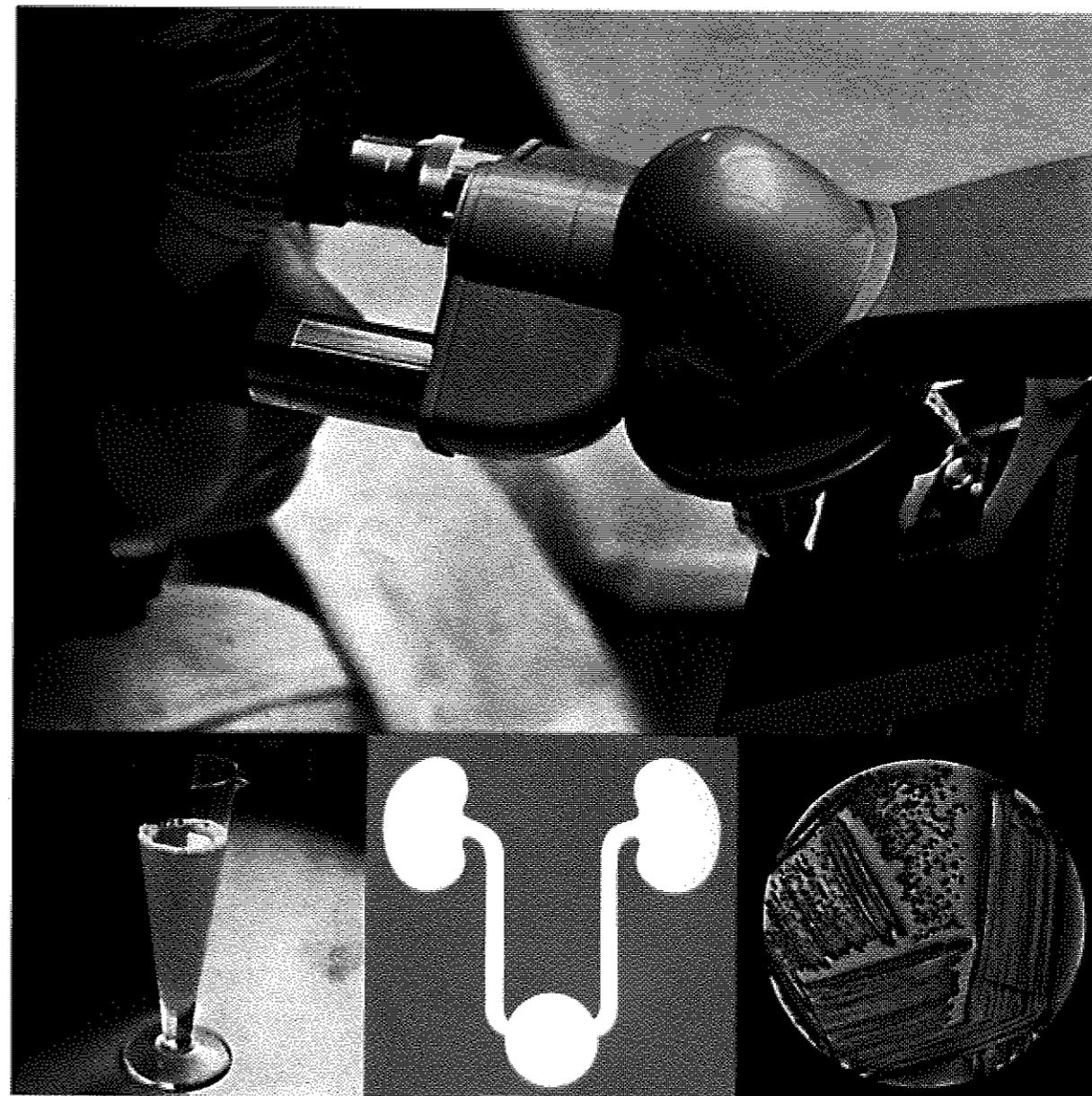
1) Grandi centri oncologici nazionali ed interregionali: in numero di 3-4 in tutto il Paese (già esistenti in Italia a Milano, Bologna, Roma, Napoli), forniti di tutta l'attrezzatura radiante (dalla roentgenterapia tradizionale, agli isotopi sigillati, agli acceleratori lineari, al betatrone, con attrezzature di laboratorio per isotopi ed annessi centri di studio e di ricerche sperimentali); autonomi con in sé tutte le specialità mediche, chirurgiche e ginecologiche; collegati fra di loro e con i grandi centri internazionali.

A tali centri dovrebbe essere affidato il compito di tracciare — a mezzo congressi annuali — una linea programmatica per la guida nella lotta contro i tumori.

2) Centri oncologici a livello regionale: forniti dalla gran parte delle attrezzature radianti (alte energie, acceleratori lineari, isotopi); appoggiati alle cliniche universitarie o ai grossi ospedali specializzati della regione (neurologici-cardiopulmonari); muniti di reparti di degenza e con organico a sé, composto di personale specializzato della relativa università.

Questi centri dovrebbero essere collegati con i grandi centri nazionali da una parte, e dall'altra con quelli provinciali, dai quali riceverebbero i dati statistici; e, per i quali organizzerebbero corsi annuali di aggiornamento e di coordinazione.

3) Centri provinciali: forniti di tutta l'attrezzatura di base e della sufficiente componente relativa alle A.E., da valutarsi in base ad una analisi retrospettiva e attuale dell'incremento naturale della popolazione della provincia interessata; al quoziente di mortalità per tumore, all'incidenza nella ma-



**Vince le forme anche più gravi
e impedisce le ricadute**

eusaprim®

ADULTI: Flacone di 20 COMPRESSE divisibili
1 compressa contiene: Trimethoprim 80 mg
Sulfametossazolo 400 mg

BAMBINI: Flacone di 20 COMPRESSE divisibili
1 compressa contiene: Trimethoprim 20 mg
Sulfametossazolo 100 mg

Flacone di 100 ml
1 cucchiaino contiene: Trimethoprim 40 mg
Sulfametossazolo 200 mg

A TOTALE CARICO
INAM



Wellcome Italia S.p.A.



**Il decongestionante
per ogni tipo di raffreddore**

actifed®

Tubetto di 10 COMPRESSE (divisibili) de mg 2,5 di Triprolidine HCl e mg 60 di Pseudoefedrina HCl INAM (L. 170 a carico)

Fiecone di 115 ml di SCIROPPO (con misurino)
Ogni ml contiene: mg 0,25 di Triprolidine HCl
mg 6 di Pseudoefedrina HCl



Wellcome Italia S.p.A.

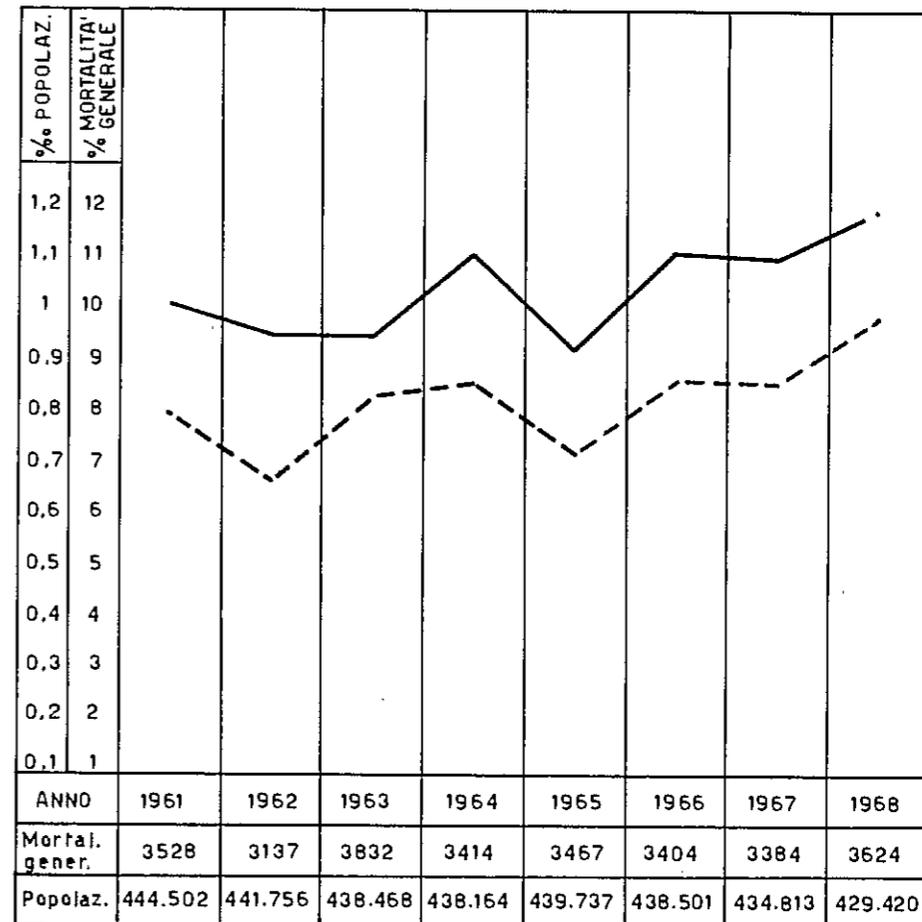


Grafico 1.

--- Quoziente di mortalità per tumori nella Provincia di Potenza riferito a % della popolazione.
— Quoziente di mortalità per tumori nella Provincia di Potenza riferito al % della mortalità generale.

TABELLA 2. — Decessi per tutte le cause nella Provincia di Potenza dal 1961 al 1968.

Anno	Malattie apparato circolatorio	Malattie nervose e mentali	Malattie apparato respiratorio	Tumori	Malattie apparato digerente	Malattie infettive e parassitarie	Altri stati morbosi	Senilità	Cause viol.	Totale
1961	978	505	364	359	267	108	496	295	156	3528
1962	858	441	363	302	238	49	418	347	121	3137
1963	1152	572	444	369	240	82	431	395	147	3832
1964	973	476	381	382	213	70	476	294	149	3414
1965	1125	524	352	324	236	75	398	292	141	3467
1966	1126	538	319	383	183	46	398	279	132	3404
1967	1098	489	335	378	222	47	405	280	130	3384
1968	1631	45	456	438	148	105	351	336	114	3624
Totale	8941	3590	3014	2935	1747	582	3373	2518	1090	—

lattia neoplastica delle varie localizzazioni che si avvalgono della terapia con alte energie.

Tali centri si identificherebbero, tutto sommato, con il servizio radiologico — comprensivo della radiodiagnostica e della sezione radioterapica — obbligatoriamente previsto dalle nuove leggi ospedaliere per gli ospedali con numero di posti letto superiore ai 600 e con a capo il primario radiologo: non si può quindi prescindere dalla loro ubicazione presso l'ospedale provinciale del capoluogo, che abbia operanti tutte le specialità mediche e chirurgiche con annesso laboratorio anatomo-patologico.

Ad essi centri dovrebbero essere indirizzate tutte le neoplasie gravi e sistemiche della provincia.

Dallo studio in équipe di tali casi si dovrebbe decidere circa la destinazione della sede terapeutica da dare al paziente, se cioè esso potrà avvantaggiarsi dei mezzi terapeutici tradizionali, presenti nell'ospedale di zona del suo comune di residenza; se può essere trattenuto e trattato ambulatoriamente, o ricoverato al centro provinciale; oppure se deve necessariamente essere avviato al centro regionale, o ad uno dei grossi centri nazionali, certamente e più completamente attrezzati. Ne scaturisce che il centro provinciale deve essere collegato con i reparti radioterapici operanti negli ospedali zionali, per un coordinato lavoro su basi comuni. Inoltre, al centro provinciale dovrebbe essere demandato il compito dell'aggiornamento annuale dei sanitari della provincia, così che dai grossi centri possa arrivare alla periferia un indirizzo unitario, scientificamente il più aggiornato e valido.

Alla luce delle suesposte considerazioni, è necessario ora analizzare l'attuale situazione ospedaliera della provincia di Potenza e la opportunità, o meno, che in essa sorga un centro tumori, annesso all'ospedale del capoluogo e dotato di A.E., argomenti questi, ambedue oggetto del presente studio.

Contributo personale

Nella provincia di Potenza (429.420 abitanti al 1968 - ISTAT) esiste nel capoluogo un nosocomio, da poco eretto ente ospedaliero con classifica di ospedale generale provinciale, nel cui ambito operano tutte le specialità delle branche mediche e chirurgiche, ad eccezione della neurologia e della derma-

tologia, per le quali l'amministrazione ha stabilito delle convenzioni specialistiche.

L'Ente si avvale di una attrezzatura di degenza per 840 posti letto — che con la costruzione del nuovo ospedale saranno portati a 1200 — con una media attuale di 672 degenze giornaliere. Esso ha un equipaggiamento clinico-chirurgico sufficiente; un servizio di anatomia e istologia patologica ed un laboratorio di analisi adeguato alle necessità; un attrezzato centro trasfusionale; un reparto radiologico dotato della attrezzatura per la roentgenterapia tradizionale; un centro per lo studio dei tumori della sfera genitale femminile, di recente istituzione, e quello cardioreumatologico.

Non esiste nella limitrofa provincia di Matera un centro oncologico, dotato di tutte le apparecchiature per la terapia con alte energie.

La mortalità per tumori maligni in Basilicata, pur mantenendosi fra le più basse d'Italia, ha denunciato in quest'ultimo ventennio un progressivo incremento, percentualmente, in rapporto alle altre regioni dell'Italia centro-settentrionale, fra i più elevati (L'Eltore e Coll.).

Nella provincia di Potenza, già Petrone e Mistrulli in uno studio riferito a malati, ricoverati nei nosocomi e case di cura della provincia nel decennio 1951-1960, dimostrano un reale e progressivo aumento della diffusione dei tumori maligni, che da 63 casi schedati nel 1951, erano passati a 236 nel 1960. Dal 1961 al 1968, l'incremento della mortalità per tumore maligno nella provincia di Potenza, è dimostrato dalla tabella 2, dalla quale si rileva, altresì, che essa occupa il quarto posto fra le altre cause di morte. Il grafico 1 illustra, rispettivamente, la mortalità per tumore nella provincia di Potenza negli ultimi otto anni, relativa alla mortalità generale, e il quoziente specifico di mortalità per ‰ della popolazione.

Dalla tabella 3, e dai diagrammi 1 e 2, appare evidente come, nell'ambito dei tumori maligni studiati nella provincia di Potenza per un decennio e censiti biopicamente per un quadriennio all'ospedale provinciale S. Carlo del capoluogo, quelli a sede profonda e semiprofonda, che si avvalgono della terapia con alte energie più che della roentgenterapia tradizionale, sono di gran lunga più frequenti di quelli a localizzazione superficiale, e presentano un'incidenza valutabile in media al 75 ‰ di tutte le localizzazioni.

Le cifre soprariportate pongono le premesse per la istituzione, in Potenza, di un attrezzato centro oncologico, dotato di Alte Energie. Altresì, la frequenza di 30-35 applicazioni giornaliere, necessarie per il trattamento di 300 portatori annui di neoplasie profonde e semiprofonde dimostrate dall'indagine sopracitata, rientra nei limiti che rendono necessario ed economico un impianto di tal genere (Toniolo 1960). Si tratta solo di scegliere quelle attrezzature, che per essere economica, può essere vantaggiosamente impiegata in un centro provinciale a Potenza.

Il reparto radioterapico dell'ospedale del capoluogo, già dispone di una quantità di radium sufficiente al trattamento delle affezioni neoplastiche superficiali o endocavitarie; vi è altresì un apparecchio per roentgenterapia tradizionale, della potenza di 180-

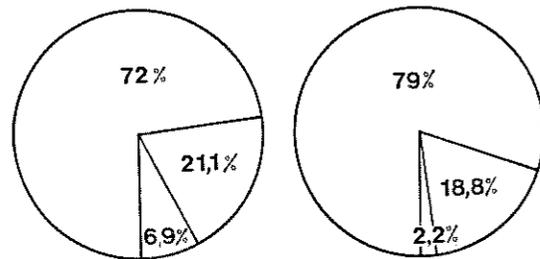
200 Kv, con cinetoterapia pendolare nonché un apparecchio per plesioterapia.

Si deve perciò concludere che occorre completare tale attrezzatura con i dispositivi megavolterapici che vadano, tenuto sempre conto del problema economico, oltre i 500 Kv fino a 2 Mev: rimaniamo quindi nel campo dell'attrezzatura per il cesio e il cobalto (Barth, Wachsmann).

Illustrare i dati tecnici e i vantaggi, derivanti da tali dispositivi terapeutici, è superfluo. Forse è appena necessario ricordare, per ambedue, la maggiore soglia cutanea, l'aumento di trasmissione in profondità con eliminazione dell'effetto schermante da parte delle strutture ossee, la riduzione della dose integrale relativa, la migliore riparazione dei tessuti perifocali e l'entità delle reazioni biologiche generali (Miceli-Rimondi e Bono).

TABELLA 3.

Localizzazione	N. tumori Provincia di Potenza su 1303 casi studiati dal 1951 al 1960 (Petrone e Coll.)	N. tumori accertati biopicamente all'Ospedale di Potenza, quadriennio maggio 1963-maggio 1967 (Pontrandolfi)
Profonda e semiprofonda		
Apparato digerente	418	90
Apparato respiratorio	82	25
Sierose e liquidi	—	14
Apparato urinario	27	29
Apparato genitale femminile (utero, ovaio, mammelle)	280	204
Apparato genitale maschile	46	9
Linfoglandule	28	84
Sistema emopoietico	51	—
Ossa	—	14
Sistema nervoso	7	—
Totale	939 = 72 %	469 = 79 %
Superficiale		
Tegumenti e tessuti molli	84	69
Tiroide e parotide	16	16
Labbra	62	—
Vulva e vagina	11	5
Occhio	98	21
Orecchio	5	—
Totale	276 = 21,1 %	111 = 18,8 %
Altre		
Altre sedi	88	10
Totale	88 = 6,9 %	10 = 2,2 %



Diagrammi 1 e 2.

Fra i due dispositivi, il cesio presenta i vantaggi della maggiore economicità sia per la durata della sorgente che per il minor costo della schermatura protettiva e di esercizio, ma, a sua volta, presenta gli svantaggi di una maggiore penombra del fascio radiante e del minor tasso di trasmissione in profondità rispetto al cobalto. Comunque, l'un dispositivo non elimina l'altro; anzi, lo completa.

Appare utile accennare alla necessità che un Centro oncologico abbia a disposizione tutti i mezzi di indagine diagnostica per l'accertamento delle forme neoplastiche e per il loro controllo in corso di terapia. Un maggior peso invece, è da darsi alla disponibilità da parte del Centro stesso di un reparto di ricovero e di degenza per i pazienti da trattare, principalmente perchè essi possano trarre il massimo beneficio da tutti i mezzi di cura diretti ed indiretti da impiegare (Piazza 1962, Zanuttini 1957).

Una volta così definito, a grandi linee, quale dovrebbe essere un centro tumori attrezzato per le necessità della popolazione di una provincia media quale quella di Potenza; stabilito che tale centro debba necessariamente appoggiarsi all'ospedale principale del capoluogo, resterebbe da studiare la sua ubicazione, l'articolazione delle sue sezioni, la sistemazione interna della sua attrezzatura, la sua organizzazione onde renderlo funzionale e facilmente accessibile agli interni e agli esterni, sia che essi ivi pervengano per accertamenti diagnostici, che per il trattamento terapeutico o il controllo periodico.

In conformità agli attuali orientamenti scientifici, circa la ubicazione dei centri tumori in seno all'ospedale generale, si è del parere che — per lo meno relativamente ai bunker di protezione per il Cs e il Co — la sezione di terapia, e anche quella diagnostica

siano ubicate in un piano interrato e preferibilmente staccato dal corpo di fabbrica dell'ospedale principale. E' ormai completamente inaccettabile — ai fini tecnici e protettivi — la ubicazione sui piani ultimi, come sosteneva qualche Autore. Di tal che, solo la sezione di degenza rimane sopraelevata e connessa con il restante corpo ospedaliero.

E' preferibile altresì, che le sezioni diagnostico-terapeutiche siano ubicate in area frequentata dal solo personale del centro e possibilmente non disturbate dal passaggio obbligatorio di personale non autorizzato di altri reparti. Una esigenza, infatti, fondamentale e comune a tutti gli impianti radioterapici è quella di offrire garanzia assoluta di protezione dalle radiazioni ionizzanti il che non si ottiene solo e semplicemente aumentando lo spessore dei muri, bensì con una disposizione razionale degli impianti, collocandoli in ordine di pericolosità, adottando tutti i mezzi di sicurezza (compresi quelli televisivi e di protezione), disciplinando il movimento dei pazienti e dei tecnici in modo da minimizzarlo nei pressi degli impianti stessi.

Le sezioni dove sono ubicati gli apparecchi di diagnostica e di terapia, saranno, perciò interrate, in posizione angolare rispetto all'intero perimetro ospedaliero, sì da essere facilmente e contemporaneamente accessibili sia agli interni, attraverso ascensori e corridoi sotterranei, che agli esterni.

Tutto ciò premesso, ipotizzandosi la realizzazione di un centro tumori a Potenza, esso dovrebbe essere progettato secondo lo schema di massima appresso discusso. Mi sembrerebbe utile indirizzare il progettista verso un lavoro che riportato sullo stesso piano, avesse, grosso modo, la forma di una Y.

Nel grafico 2, le tre sezioni del Centro — diagnostica, terapeutica e di degenza — nonché la direzione, sono state studiate e progettate in tre piani diversi: la diagnostica e la terapia completamente interrate, la sezione degenza sopraelevata, e la direzione seminterrata.

Il reparto degenti, disimpegnato adeguatamente in modo da consentire il ricovero separato di malati di ambo i sessi, è comunicante da un lato con la diagnostica e la megavolterapia a mezzo di ascensore verticale montalettighe e un corridoio interrato, oltrechè direttamente con un'ampia scala; e dall'altra con il restante corpo ospedaliero. Nell'esecuzione del disegno sono state tenute

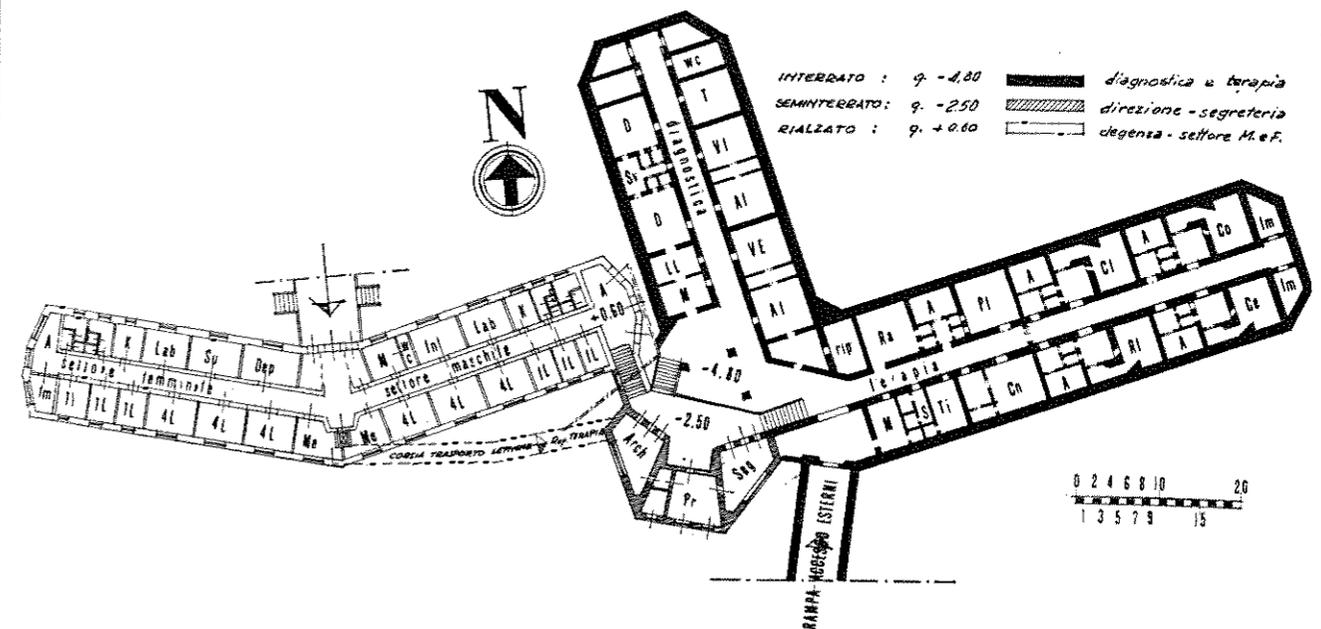


Grafico 2. — Centro tumori dotato di A.E.

LEGENDA

S = Servizi
1L-4L = Degenza
Me = Medicheria
Inf = Infermieri
Su = Suora
K = Cucina di piano
Lab = Laboratorio
Dep = Deposito
Im = Impianti
T = Sala tecnici

D = Diagnostica
Sv = Sviluppo
LL = Lettura lastre
M = Stanza medico
VI = Visita interni
VE = Visita esterni
AI = Attesa interni
AE = Attesa esterni
Co = Bunker cobaltoterapia
Ce = Bunker cesioterapica

A = Attesa
Rt = Roentgenterapia
Ct = Cinesiterapia
Pl = Plesioterapia
Ra = Sala radium
Cn = Sala centratura
Fi = Studio del Fisico
Arch = Biblioteca - Archivio
Pr = Primario
Seg = Segreteria

presenti tutte le disposizioni sulle costruzioni ospedaliere di cui al D.C.G. 20-7-1939 nonché quelle concernenti la protezionistica dei pericoli delle radiazioni ionizzanti, approvate con D.P.R. 13-2-1964 n. 185 e successive modificazioni.

La sezione diagnostica e la terapeutica sono a bracci separati e, nel loro punto d'incontro — in un'area pressochè triangolare per ragioni tecniche seminterrata — è stata ubicata la direzione con gli uffici di segreteria e l'archivio. In tale zona verrebbero al Centro gli esterni.

Per quanto concerne la protezionistica, è appena opportuno accennare che particolare attenzione va riposta nella realizzazione dei muri della sezione megavolterapica: in calcestruzzo gli esterni; in calcestruzzo e barite quelli delimitanti il corridoio centrale, di spessore direttamente proporzionale alla sorgente radiogena operante. Perciò, maggiore

spessore è da darsi ai muri che circondano le macchine a cobalto (50 cm calcestruzzo + 20 cm barite), minore per quelli del cesio e la roentgenterapia normale. Ciò in accordo alle ricerche di Paleani Vettori e Coll.; De Serio e Coll. e Ladu, secondo le quali una certa quantità di radiazioni ionizzanti è svelabile a ridosso dei bunker delle macchine megavolterapiche. Per lo stesso motivo si è creduto opportuno isolare il corridoio che serve tali locali dalla rimanente parte, a mezzo di una ampia vetrata protettiva anti-X.

Per quanto si riferisce infine al condizionamento dell'aria è opportuno che questo venga progettato isolatamente rispetto a quello dell'ospedale generale ad evitare la circolazione — nei vari reparti dell'ospedale — di aria proveniente dal Centro tumori. Per lo stesso motivo esso deve essere a sistema aperto e il flusso di aria deve procedere dai locali a bassa attività a quelli ad altissima

attività. In analogia, lo stesso principio vale anche per i centri dotati di isotopi non sigillati (Boccaccio 1960).

Personale. — Al personale tecnico ed ausiliario si provvederà secondo i principi che regolano tale materia, tenendo presente che per il perfetto funzionamento della sezione di diagnostica e di terapia, è necessario che l'organico sia formato come segue:

1) Un aiuto radioterapista, alle dipendenze del primario radiologo direttore del centro. Esso ha compiti direttivi della sezione.

2) Un assistente radioterapista, con compiti di sorveglianza del lavoro quotidiano.

3) Un fisico, consulente tecnico, sia pure ad orario quotidiano ridotto (1-2 ore). A tale proposito Toniolo (1960) sostiene che l'ausilio di un fisico è indispensabile, non tanto per l'espletamento del lavoro quotidiano, quanto per l'ulteriore studio dei problemi inerenti al continuo sviluppo dei mezzi e delle tecniche delle irradiazioni (Pietrojusti 1962). Dello stesso parere è Lossen (1961) e Mainz (1962).

4) Un tecnico addetto al funzionamento degli apparecchi e alla dosimetria, oltre al personale infermieristico, di archivio e di segreteria.

Organizzazione funzionale. — Presso il centro di diagnostica e terapia oncologica, attesa la necessità di adottare un sistema di archiviazione completo quanto semplice, e in considerazione che i pazienti trattati presso la sezione di terapia, o sottoposti ad indagine diagnostica, spesso abbisognano di ulteriore trattamento, distanziato negli anni, e di particolari controlli, è indispensabile che le cartelle usate siano il più possibile pratiche onde permettere la loro rapida reperibilità ed il facile controllo.

A tali requisiti fondamentali risponde il sistema che si trascrive: Il paziente, che ricorre al centro per una indagine diagnostica, deve per prima essere schedato a mezzo di un cartoncino ove dovranno essere annotate le generalità, la data ed il numero dell'esame diagnostico.

Questa prima semplice operazione permette di ricercare, successivamente la schedina dell'archivio di diagnostica, riportante la regione studiata, la diagnostica con le annotazioni principali e soprattutto il numero della cartella clinica personale contenente

l'anamnesi, la prima diagnosi radiologica ed i referti di controllo.

La schedina dell'archivio è utilissima nella compilazione dei rapporti mensili e per la rapida raccolta dei dati statistici, qualora essa venga catalogata per malattia secondo uno schema classico di diagnostica, come quello proposto dal Prof. Grilli.

Sullo stesso sistema va impostato l'archivio del reparto di terapia, con la differenza che la cartella clinica deve contenere in sé fogli supplementari per la radioterapia, la roentgenterapia e il trattamento megavolterapico, oltre al foglio illustrativo ove dovrà essere indicata la sede della neoplasia e la sua estensione.

In conclusione, un Centro Tumori « provinciale », così strutturato ed organizzato, pur non potendo essere autonomo, a causa dei rapporti scientifici e di collaborazione che esso deve stabilire con i centri regionali da una parte, e con i medici liberi professionisti dall'altra a mezzo di auspicabili corsi di aggiornamento, si differenzia, almeno per certi aspetti, dai comuni reparti radioterapici di cui sono dotati tutti gli ospedali generali provinciali, per assumere un particolare valore scientifico e sociale e una individualità che lo rendono un piccolo anello della grande catena dei centri per la lotta contro i tumori.

BIBLIOGRAFIA

- Barth G.: « Alcune considerazioni sulla teleirradiazione con isotopi radioattivi artificiali ». *Radiologia, Radioterapia e Fisica Medica*, XXXII, XV, IV, 280.
- Benassi E.: « Rapporto conclusivo del simposio internazionale della radioterapia con A. E. ». *Radiazioni di Alta Energia*, I, I, 14, 1962.
- Boccaccio R.: « Considerazioni generali riguardanti il progetto di un laboratorio per radioisotopi ad uso medico e di ricerca ». *Annali di radiologia diagnostica*, XXXIII, VI, 415.
- Braestrey C. B.: « Physical and clinical advantages and limitations of ⁶⁰Co teletherapy ». *Ann. Journ. Roentg.*, 81, 13, 1959.
- Buraggi G. L., Carnevali G., Felci U., Roncoloni L.: « Il nostro reparto di telecobaltoterapia ». *La radiologia medica*, XLVI, 417, 1960.
- Burnet: « Médecine expérimentale et médecine sociale ». *Revue d'hygiène et de médecine préventive*, 5, 321, 1935.
- Carbonara P.: « Il reparto oncologico di un ospedale generale ». *Architettura pratica*, II, 541, 1954.
- Comas F., Brucer M.: « First impression of therapy with coesium 137 ». *Radiology*, 69, 231, 1957.
- De Serio N., Salamanna S.: « Rilievi di misure ionometriche delle radiazioni diffuse in un reparto di diagnostica e terapia ». *Nuntius Radiologicus*, XXVII, 2, 152, 1961.

- Felci L.: « Organizzazione di un reparto di radioterapia con A. E. ». *Atti del congresso*, 177, Milano, 27-28 maggio 1960.
- Fletcher G. H., Richardson J. E., Moore E. R., Morgan J. M., Cole A.: « Clinical stationary field therapy with a cobalt 60 unit ». *Am. journal roentg.*, 75, 117, 128, 1956.
- Fossati F., Galloie P., Parmeggiani L., Polvani C., Scolari M.: « Norme per le protezioni contro le radiazioni ionizzanti ». Ed. Hoepli, Milano, 1956.
- Gardini G. P.: « Profili sociali e assistenziali del problema del cancro ». *Atti Soc. Ital. Cancerologia*, I, 5, 1961.
- Kosmos: « Una inchiesta sul cancro in Italia ». *Informazione*, 319, 24-6-1959.
- Joffre H., Lamberieux J., Stirling A.: « Controllo delle radiazioni presso il sincrotrone a protone Saturne ». *Radiologia medica*, XLVII, 4, 357, 1961.
- Lader M.: « Problemi di sicurezza e di dosimetria intorno agli acceleratori a flusso pulsato ». *Radiologia medica*, XLVII, 4, 357, 1961.
- L'Elto G., Jannarone C., Migliorini V.: « Epidemiologia delle prevalenti localizzazioni tumorali ed in particolare dei tumori dell'apparato respiratorio in Italia ». *Federazione medica*, XX, 8, Roma, 31-8-1967.
- Lossen: Citato da Pietrojusti M. in *Rad. Alta Energia*, 3, 137, 1962.
- Lotti G.: « La organizzazione e la funzione medico-sociale dei centri diagnostici e curativi del cancro ». *Boll. Oncologico*, XXVIII, 5-6, 445, 1954.
- Mandò: *Giornale di medicina militare*, 4, 1954.
- Mainz: « Rapporto della commissione del Collegium Orbis Radiologiae Docentium per la protezione contro le radiazioni negli ospedali ». *Radiologia medica*, XLVIII, 7, 719, 1962.
- Miceli R., Rimondi C., Bono F.: « Raffronti fra reazioni locali e generali in vari tipi di radioterapia ad alta energia (⁶⁰Co, Van de Graaf 1.2 MeV e ¹³⁷Cs) ». *Radiologia, Radioterapia e Fisica Medica*, XXXII, XV, VI, 421.
- Miceli R., Rimondi C.: « Prime applicazioni cliniche della telecobaltoterapia ». *Nuntius Radiologicus*, XXVII, 9, 794, 1961.
- Ministero della Sanità: « Stato sanitario del Paese e attività dell'amministrazione sanitaria negli anni 1965-1967 ». Ed. Tipografia Regionale, Roma, 1968.
- Monaldi V.: Sezione varia di *Archivio Tisiologia, Malattie apparato respiratorio*, XV, 6, 173, 1961.
- Notiziario Amministrazione Sanitaria: « La mortalità per tumori maligni ». 8, 571, 1962.
- Paleani Vettori P. G., Pigorini F.: « Sulle radiazioni misurabili intorno ad un betatrone durante l'emissione di elettroni ad A.E. ». *Nuntius Radiologicus*, XXVII, I, 21, 1961.
- Pandolfi A. M.: « Il cancro ». 4, 272, 1960.
- Pietrojusti M.: « La diffusione in Italia della teleterapia con radiazioni di alta energia nel campo oncologico e i suoi problemi ». *Radiazioni di Alta Energia*, I, 3, 139, 1962.
- Pellegrini: « Trattato di medicina legale e delle assicurazioni ». Ed. CEDAM, 11, 50, Padova 1959.
- Plazza A., Mirizzi N.: « La installazione di una sezione di alte energie nell'istituzione del Centro Tumori nella Provincia di Lecce ». *Lecce* 1962.
- Petrone P., Mistrulli L.: « Sulla diffusione del cancro in Lucania (Considerazioni clinico-statistiche ed epidemiologiche) ». *Atti della Società Lucana di Medicina e Chirurgia*, II, 1962.
- Pontrandolfi P.: « Considerazioni sull'attività biopica dell'Ospedale S. Carlo di Potenza nell'ultimo quadriennio con particolare riguardo a quella oncologica ». *Minerva Medica*, 60, 20, 890, 1969.
- Ranzani E.: « Accentramento e decentramento nei servizi radiologici ospedalieri ». *L'Ospedale*, 10, 305, 1961.
- Salamanna S., Viterbo F., De Serio N., Del Buono G.: « La protezione del personale in reparto di terapia fisica (Raggi X e Raggi gamma) e di diagnostica ». *Radiologia medica*, XLVII, 10, 982, 1961.
- Scandovi I.: « Alcuni aspetti della mortalità differenziale da tumore maligno ». Roma, 1961.
- Seppilli A. C., Candeli A.: *Amministrazione Sanità Pubblica*, XVIII, 1457, 1957.
- Smithers D. M.: « Risultati della radioterapia con supervoltaggi con riferimento agli altri metodi di radioterapia ». *Minerva Medica*, 2, 315, 1959.
- Toniolo G.: « Funzionalità di un reparto di radioterapia con A.E. ». *Atti del convegno di studio Milano*, 188, 27-28 maggio 1960.
- Turano L., Cocchi: Citati da Biagini C.: « Simposio sugli effetti delle radiazioni e sull'influenza del mezzo ambiente ». *Montreaux*, maggio-giugno 1961. *Nuntius Radiologicus*, XXVII, 6, 507, 1961.
- Vetere C.: Recensione lavoro di Lotti G.: « Amministrazione Sanità Pubblica », III, 666, 1955.
- Zanettini G.: « Nuovi orientamenti nelle costruzioni ospedaliere ». *L'Ospedale*, 4, 109, 1957.
- Wachsmann F.: « Alte energie nella terapia di movimento ». *Radiologia, Radioterapia e Fisica medica*, XXXII, XV, IV, 297.

Libri

R. J. K. Brown, H. B. Valman: Pediatria neonatale pratica. - Un volume di 121 pagine con tabelle. - Ed. Ambrosiana, Milano, 1971. - Prezzo: L. 2000.

Una guida chiara e completa, ma soprattutto pratica per quanti debbono assistere quotidianamente il neonato; non mancano le fondamentali nozioni teoriche da cui originano le soluzioni per i problemi onde fronteggiare le principali alterazioni nei primi passi della vita.

Questo piccolo libro ci si augura possa servire per una efficace diffusione non solo nei pediatri, ma anche per, i generici, delle notizie essenziali per l'assistenza neonatale ancora troppo trascurata in Italia in cui abbiamo ancora un elevato indice di mortalità neonatale.

R. Marcolongo Jr. e Coll.: Epidemiologia ed etiologia delle malattie reumatiche. - Un volume di 86 pagine con numerose figure e tabelle. - Ed. Ist. It. Med. Soc., Roma, 1970. - Prezzo: L. 1500.

Una panoramica per contribuire alla sempre migliore conoscenza: sulle incidenze della malattia reumatica, in base ai fattori razziali, etnici, geografici, ambientali e sociali.

Contro le malattie reumatiche con uno studio accurato su tali fattori potranno essere adottati i migliori mezzi profilattici e terapeutici data la loro grave ripercussione sull'apparato cardiovascolare, per la salvaguardia della popolazione « attiva », e cioè del sistema morale-economico più importante del nostro Paese.

Da segnalare la ricca iconografia statistica e la bibliografia di quest'opera, valida e aggiornata documentazione sulle malattie reumatiche in Italia.

J. Durlach: Atti 1° Simposio Internazionale sul deficit magnesico in patologia umana. - Un volume di 719 pagine con disegni e tabelle. - Ed. a cura Simposio, Vittel, 1971.

Questo volume raccoglie, sotto la direzione del Prof. J. Durlach, le relazioni di 53 Autori formanti gli Atti del 1° Simposio Internazionale sul deficit nell'uomo del Mg, il secondo catione intracellulare.

Pur non essendo ancora del tutto conosciute le conseguenze di tale deficit, tuttavia grazie alla spettrofotometria con assorbimento atomico, il Mg attualmente può essere bene e presto valutato. Dopo le generalità, sono trattati i rapporti fisiologici e patologici tra magnesio ed ogni sistema dell'organismo umano, apparato per apparato.

Tutti i medici, secondo la propria specialità, potranno trovare riunite le puntualizzazioni in merito al deficit magnesico, in modo chiaro e completo.

Raramente un simposio riesce ad offrire una pa-

noramica così completa e persuasiva sull'argomento prescelto; essendo il primo, è stata la migliore inaugurazione. Da segnalare in modo particolare la dovizia delle citazioni bibliografiche e dell'iconografia; l'internazionalità è sottolineata dall'utilizzazione di tre lingue, francese, inglese e tedesco.

U. Marzuoli: Il sogno come autobiografia. - Un volume di 166 pagine. - Ed. Feltrinelli, Milano, 1971. - Prezzo: L. 1600.

L'Autore ha scritto una biografia in base a 250 sogni distribuiti in alcuni anni di vita di un artista e ricollegati ad avvenimenti reali che ne rappresentano l'armatura strutturale.

Da valente neurologo, questi non ha cercato la semplice spiegazione dei sogni del protagonista, bensì tutto quanto può essere ricavato dagli intimi rapporti privati e sociali per creare una visione prospettica di un artista di oggi.

Un tentativo originale di fondere la realtà vissuta durante il giorno con quella sognata e forse irreali della notte; onde rendere comprensibili le azioni oniriche e facilitare la comprensione di come e perché ci si comporti durante la vita di tutti i giorni.

L. Guagliumi: Bioclimatologia urbanistica. - Un volume di 104 pagine con 110 figure e 10 tabelle. - Ed. Tamburini, Milano, 1971. - Prezzo: L. 4000.

Una monografia che compendia elementi di bioclimatologia e bioingegneria (bioarchitettura) ed assume un tono altamente originale per le applicazioni non solo didattiche, ma pratiche, sulle conoscenze che gli ingegneri debbono avere nella costruzione e distribuzione di un complesso urbanistico.

Molto importante ed ampiamente svolto, tra gli altri, lo studio sugli effetti bioclimatici dei moderni elementi costruttivi; da segnalare l'iconografia particolarmente doviziosa e la bibliografia in calce a ciascun capitolo, dopo un riassunto in italiano e in inglese.

A. Grechl, V. Chiodi: Le concause. - Ed. Ist. It. Med. Soc., Roma, 1970. - Un volume di 56 pagine. - Prezzo: L. 1000.

Questo « Quaderno » raccoglie i 17 interventi sotto la relazione introduttiva del Prof. Chiodi, tenuti a Firenze il 25 giugno 1970, sul tema delle concause: adeguatezza, condizione, parzialità, sufficienza, accidentalità, ecc., interferenti nel campo medico-legale e giurisdizionale, vagliate con fattiva e completa competenza.

G. Maschiatti

NOVITÀ EDITORIALE**AURELIO BAI RATI****Compendio di
ANATOMIA UMANA**

PER I CORSI DI LAUREA IN SCIENZE BIOLOGICHE, SCIENZE NATURALI, FARMACIA, E PER GLI ISTITUTI SUPERIORI DI EDUCAZIONE FISICA

In due volumi

VOLUME I

Anatomia generale - Apparato locomotore - Apparato digerente
Apparato respiratorio - Apparato uropoietico

VOLUME II

Apparato circolatorio - Apparato endocrino - Sistema nervoso centrale - Sistema nervoso periferico - Organi e apparati dei sensi - Apparato della riproduzione

Opera in due volumi di complessive 1560 pagine con 985 figure in nero e a colori
Lire 36.000

DALLA PREFAZIONE DELL'AUTORE

Il presente Compendio nasce con l'intento di fornire agli studenti dei Corsi di laurea in Scienze Biologiche, Scienze Naturali, Farmacia e degli Istituti Superiori di Educazione Fisica, un testo di Anatomia Umana adatto alle loro particolari esigenze di studio. La materia è stata perciò drasticamente sintetizzata e condensata: sono state invece ampiamente espresse le nozioni di Anatomia Generale e gli argomenti di impostazione biologica generale: tutte le parti di fine descrittiva e di topografica sono state sacrificate. Completa trattazione è stata invece fatta per la struttura ed ultrastruttura degli organi, introducendo, ove possibile ed opportuno, riferimenti funzionali. Anche il sistema nervoso ha avuto ampia esposizione ritenendo che ciò rappresenti materia indispensabile alle conoscenze di un biologo o farmacologo in qualsiasi campo di applicazione abbia a cimentarsi. Inoltre particolare cura è stata posta e che fossero comprese tutte le nozioni necessarie ad affrontare le successive discipline dei diversi corsi che nella morfologia umana abbiano le loro basi. La documentazione iconografica è stata estesa il più possibile, essendo convinto della sua necessità per lo studio e della sua utilità per la consultazione in occasione di eventuali approfondimenti.

EDIZIONI MINERVA MEDICA TORINO

DIGESTOPAN

MENARINI

Digestivo polienzimatico.

compresse.

per la terapia di tutte le insufficienze secretive gastriche, enteriche, pancreatiche.

A TOTALE CARICO INAM

