

L'ASSISTENZA SANITARIA

agli Assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

PUBBLICAZIONE BIMESTRALE

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI
ROMA • Via Sallustiana N. 51 • ROMA



Sede Centrale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Roma, Via Sallustiana, 51

SOMMARIO

1. Nuove provvidenze sanitarie	Pag. 241	11. Ricerche su assicurati maschi accettati previa visita medica e morti per tubercolosi polmonare	261
2. Utilizzazione dei Buoni gratuiti	241	12. L'ausilio dell'esame radiologico per la diagnosi delle malattie del cuore e dei grossi vasi (Dott. F. SANZONE)	264
3. Somme concesse per prestiti senza interesse agli assicurati dell'I. N. A.	242	13. Disturbi della minzione e valutazione dei rischi in assicurazione vita (Dott. P. TROTTARELLI)	272
4. Prestazioni sanitarie del Policlinico del lavoro	242	14. Le cause di sopramortalità degli otitici e il rischio di assicurazione vita (Dott. A. STARNA)	275
5. Consigli agli assicurati per i raffreddori e l'influenza (Dott. A. SULTANO)	243	15. La pagina del medico fiduciario	289
6. Casi di febbre tifoidea verificatisi nel Regno	245	16. Notiziario	294
7. Il dolore d'orecchio (Dott. A. STARNA)	246	17. Dai Libri e dalle Riviste	296
8. Profilassi stomatologica (Dott. A. BENAGIANO)	248	18. Provvidenze sanitarie in vigore a favore degli assicurati dell'I. N. A.	300
9. Le cause di morte degli assicurati dell'I. N. A. nell'anno 1932	252		
10. Ricerche sui contratti appartenenti ad assicurati maschi sinistrati per decesso nell'anno 1932	254		

NORME PER GLI AUTORI

Si pubblicano lavori brevi — massimo dieci pagine di stampa — che siano rispondenti alla natura e indirizzo della Rivista.

Debbono quindi trattare problemi di medicina preventiva ovvero di diagnostica e prognostica medica con speciale riguardo alla durata della vita umana.

Ogni lavoro deve essere accompagnato da un breve riassunto di non oltre dieci righe. — È preferibile che il testo dei lavori sia dattilografato.

Agli autori si concedono gratuitamente cinquanta estratti. — Agli autori vengono inviate le bozze di stampa per la prima correzione. Il testo da loro corretto è definitivo e vale anche per gli estratti. Le bozze debbono pervenire alla Redazione non oltre 7 giorni dalla data di invio; in caso contrario la Redazione si assume il diritto di provvedere alle correzioni e alla stampa. Gli originali non si restituiscono.

Istituto Nazionale delle Assicurazioni

LE ASSICURAZIONI COLLETTIVE

che si ispirano al principio di cooperazione sancito dalla Carta del Lavoro, pongono i

DATORI DI LAVORO

nella condizione di provvedere nel modo più semplice e conveniente, nei riguardi delle loro Amministrazioni, al trattamento economico del personale dipendente, nei casi di licenziamento, dimissioni, disoccupazione, invalidità, premorienza.

LE ASSICURAZIONI COLLETTIVE

rispondono agli interessi dei **DATORI DI LAVORO** e dei **PRESTATORI D'OPERA**; dei **Prestatori d'opera**, i cui diritti non potrebbero essere meglio tutelati, in quanto le Polizze dell'Istituto sono garantite, oltre che dalle imponenti riserve ordinarie e straordinarie dell'Ente, anche dal Tesoro dello Stato; dei **Datori di Lavoro**, perchè i bilanci delle loro Aziende portando a spesa annua sotto forma di premio d'assicurazione il carico relativo agli obblighi legali derivanti dal contratto di impiego, si liberano da un debito larvato, in quanto per esso non sono predisposte le necessarie riserve, e che può assumere proporzioni notevoli.

Partecipazione agli **utili dell'Azienda** — Beneficio di speciali **provvidenze sanitarie**.

La Direzione Generale e le Agenzie dell'Istituto forniscono gratuitamente informazioni, preventivi, consultazioni.

L'ASSISTENZA SANITARIA

∞ agli Assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ∞

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

ROMA - Via Sallustiana N. 51 - ROMA

NUOVE PROVVIDENZE SANITARIE

a favore degli Assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

SIENA

1. — *Stabilimenti termali di S. Casciano* - a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore per la 1^a classe e del 50 % per la 2^a classe, per le cure di bagni e fanghi. Inoltre è concessa gratuitamente la cura della bibita per le malattie del fegato. La tassa di visita e ammissione alle cure è stabilita in L. 25.

Utilizzazione dei buoni gratuiti di visita medica periodica distribuiti dall'I. N. A.

1° Semestre 1931	29,15 %	dei Buoni distribuiti
2° Semestre 1931	34,35 %	» » »
1° Semestre 1932	35,85 %	» » »
2° Semestre 1932	44,90 %	» » »
1° Semestre 1933	53,90 %	» » »
3° Trimestre 1933	57,30 %	» » »

**Somme concesse per prestiti senza interessi agli assicurati dell' I. N. A.
che hanno dovuto sottoporsi ad operazioni chirurgiche**

	I M P O R T O			
	1931	1932	1933 1° semestre	TOTALE
Interventi per :				
1) Cancro ed altri tumori	2.405 —		4.508 —	6.913 —
2) Malattie delle ghiandole endocrine .		12.000 —		12.000 —
3) Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	9.910 —	11.100 —	17.035 —	38.045 —
4) Malattie apparato circolatorio . . .			12.100 —	12.100 —
5) Malattie apparato digerente	20.793 —	20.640 —	72.706 —	114.139 —
6) Malattie apparato urinario e genitali	1.815 —	43.958 —	50.742 —	96.515 —
7) Malattie della pelle e tessuto cellulare			1.500 —	1.500 —
8) Malattie delle ossa e degli organi della locomozione	4.500 —		2.000 —	6.500 —
TOTALE L.	39.423 —	87.698 —	160.591 —	287.712 —

**Prestazioni sanitarie eseguite gratuitamente dal Policlinico del Lavoro di Roma
a favore degli assicurati in forma popolare dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni
nel periodo Novembre 1932-XI - Novembre 1933-XII**

Sezione		Numero di prestazioni
1 ^a - Medicina del lavoro		20
» 2 ^a - Medicina generale		36
» 4 ^a - Chirurgia		12
» 5 ^a - Ginecologia		6
» 6 ^a - Pediatria		19
» 7 ^a - Oculistica		14
» 8 ^a - Otorinolaringoiatria		15
» 9 ^a - Stomatologia		18
» 10 ^a - Fisicoterapia		32
» 11 ^a - Radiologia: esami radiologici del sistema digerente completo		12
	- Esami radiologici del torace con radiografie	20
» 12 ^a - Dermosifilopatie		10
» 13 ^a - Biologie: Reazione di Wassermann		8
	- Analisi urine	30
	N.	252

Consigli agli Assicurati per i raffreddori e l' influenza

Dott. A. SULTANO

(del Servizio Sanitario dell' I. N. A.)

La stagione invernale con le sue incostanti variazioni di temperatura predispone l'albero respiratorio a contrarre facilmente delle malattie, proprie della stagione, e che vanno dal semplice raffreddore all'influenza, alla bronchite, alla broncopolmonite e alla polmonite. Di queste, le più frequenti sono il raffreddore e l'influenza.

Il *raffreddore* è l'affezione meno grave, limitandosi ordinariamente a colpire le prime vie aeree, e cioè naso e cavità annesse (seni mascellari, etmoidali, frontali), faringe e talora anche laringe; e quivi si arresta se il paziente usa i riguardi che l'igiene consiglia.

Invece se egli trascura tali precetti, il processo si estende alle basse vie aeree causando gravi disturbi e serie, se non micidiali, conseguenze.

I comuni disturbi da raffreddore, a tutti ben noti, consistono, ordinariamente, in un certo senso di malessere, in starnuti iniziali e poscia in una fastidiosa secrezione nasale (rinite) che ci obbliga a partare continuamente il fazzoletto al naso; in un senso di secchezza e bruciore alle fauci e abbassamento della voce (faringo-laringite), e tosse all'inizio secca e poscia con espettorato muco-purulento giallastro, che in breve tempo si cambia in biancastro per la risoluzione del raffreddore; a questi sintomi può spesso associarsi una modica febbre.

Questi disturbi che caratterizzano il banale raffreddore, sono comuni anche all'*influenza*, dalla quale talora riesce molto difficile differenziarlo.

L'*influenza*, che nel 1918 ha lasciato tristi ricordi in quasi tutto il mondo, per il gran numero di vittime, che forse superò quello della guerra mondiale, si ripresenta a preferenza in forma di piccole epidemie quasi ad ogni stagione invernale, colpendo in breve volgere di tempo intere popolazioni, con una percentuale di mortalità piuttosto bassa, corrispondente al 2 - 5 % delle persone colpite; ma se si pensa alla sua spiccata diffusione ad intere popolazioni, la cifra totale delle perdite diviene considerevole. La morte è per lo più dovuta alle sue numerose complicanze, quali broncopolmonite, pleurite, otite purulenta, menengite.

L'influenza, attribuita prima al bacillo Pfeiffer, scoperto nel 1892, si ritiene adesso causata da un virus filtrabile, che prepara l'attecchimento di altri germi, fra i quali il bacillo di Pfeiffer, il diplococco, lo streptococco, germi responsabili delle complicanze.

Il virus influenzale si trasmette molto facilmente per l'aria con i colpi di tosse degli ammalati; inspirato, dopo pochi giorni di incubazione dà le manifestazioni della malattia, di cui più frequenti sono: febbre di varia durata (da qualche giorno a più giorni), mal di testa specie sopra gli occhi, grande prostrazione delle forze e catarro delle vie respiratorie con tosse. La convalescenza, anche se la malattia è stata di brevissima durata (forma abortiva) è caratterizzata da una profonda fiacchezza, che si prolunga per parecchi giorni e che rende incapaci a qualsiasi lavoro o sforzo. L'organismo esce dalla malattia come intossicato, presentando l'influenza anche un carattere tossico.

Sia il raffreddore come l'influenza causando una infiammazione delle mucose respiratorie, facilitano l'ingresso attraverso di esse nel torrente circolatorio di altri germi, che per lo più vivono allo stato saprofitico nel cavo orale. Questi germi oltre che causare le complicanze ricordate a carico dell'apparato respiratorio, possono produrre altre malattie e cioè reumatismo articolare, malattie di cuore, nefriti e debilitando l'organismo, possono anche svegliare precedenti forme di tubercolosi clinicamente guarite.

Se si tengono quindi presenti tutte le serie complicanze ricordate e quasi comuni al raffreddore e all'influenza, deve essere sentito da tutti il dovere di adottare i suggerimenti che l'igiene consiglia per evitare il contagio e nel caso di contagio, per premunirsi dalle complicanze.

Norme igieniche che, attuate, possono riuscire di grande utilità sono:

1°) Evitare anzitutto il contatto con persone affette da raffreddore, e durante l'epidemia influenzale, astenersi dal frequentare luoghi di ritrovo affollati e mal ventilati. Ricordare che i malati con forme leggere, presenti nei ritrovi, rappresentano focolai di diffusione e di contagio; e spesso chi si contagia presenta forme della malattia più severe.

2°) Evitare ogni indebolimento dell'organismo in modo che le resistenze organiche offrano una valida barriera alla penetrazione dei germi infettivi e perciò:

a) nutrirsi bene con cibi sani, evitare errori dietetici;
 b) bere poco e moderatamente bevande alcoliche;
 c) non sopraffaticarsi e riposare le ore necessarie al ristoro del corpo;
 d) lavorare in camere ben ventilate, la cui temperatura sia moderata e non superiore ai 20° per i lavori da tavolo e ai 15° per i lavori con moto (temperature superiori predispongono ai raffreddori): rinnovare completamente l'aria almeno due volte al giorno, aprendo le finestre;

e) non esporsi a sbalzi bruschi di temperatura, prendendo adeguate precauzioni all'uscita dai teatri, o altri locali riscaldati. Sudati, non stare vicini a ventilatori elettrici, nè esporsi a correnti d'aria, nè bagnarsi; tenere i piedi asciutti e col tempo piovoso consigliabile calzare soprascarpe di gomma;

f) ai giovani si consiglia di abituare la pelle a sopportare le variazioni di temperatura mediante frequenti bagni. Possibilmente praticare ogni mattina un bagno a doccia, con acqua sufficientemente fresca, sopportabile, e dopo il bagno strofinare la pelle con un asciugatoio fino ad arrossamento. Così facendo si riesce a rafforzare la pelle fino ad adattarla progressivamente a sopportare temperature sempre più fredde.

3°) Per impedire la penetrazione del germe:

a) disinfettare la bocca con mezzi meccanici e chimici: dopo mangiato, e specie la sera, prima di andare a letto, pulirsi bene i denti con lo spazzolino, e sciacquarsi la bocca con un collutorio. Curare inoltre la carie dentaria, la quale rappresenta un focolaio perenne di germi di infezioni varie;

b) respirare col naso e non colla bocca cosicchè l'aria inspirata possa venire prima filtrata ed epurata dalla mucosa nasale, prima di arrivare ai polmoni. Si possono anche praticare instillazioni medicamentose nasali, due o tre volte al giorno;

c) lavarsi spesso le mani, specie prima di mangiare, con sapone ed acqua abbondante;

Ammalati, trattenersi in camera e meglio riposare a letto: il riposo affretta la guarigione: nella camera sarà rinnovata spesso l'aria, ed una finestra può rimanere permanentemente aperta. Si possono bere bevande calde.

Dovendo prendere dei rimedi medicamentosi non seguire i consigli di profani, e tanto meno fare acquisto di miracolosi sedativi della tosse, banditi dai giornali, bensì consultare il medico e attenersi alle sue prescrizioni; saranno così prevenute parecchie complicanze. Una buona pratica da seguire nel soffiarsi il naso è quella di soffiare una narice per volta, e non tutte e due insieme e ciò allo scopo di evitare che i germi risiedenti nel naso vengano spinti nella vicina tromba di Eustachio e poscia nell'orecchio causando otiti: parecchi casi di sordità sono attribuiti a simili otiti.

I malati per non essere poi contagiosi verso coloro che li avvicinano, tossendo porteranno il fazzoletto davanti alla bocca e al naso, e non sputeranno mai in terra

Dott. A. SULTANO

Casi di febbre tifoidea verificatisi nel Regno dall'8 maggio al 2 luglio 1933-XI

(Dal bollettino delle malattie infettive nel Regno - Ministero Interno)

REGIONI	Numero dei casi denunciati	REGIONI	Numero dei casi denunciati
		<i>Riporto</i>	1487
Piemonte	211	Umbria	39
Liguria	105	Lazio	130
Lombardia	369	Abbruzzi e Molise	138
Venezia Tridentina	55	Campania	230
Veneto	282	Puglie	138
Venezia Giulia	82	Lucania	6
Emilia	213	Calabria	41
Toscana	97	Sicilia	137
Marche	73	Sardegna	30
<i>A riportare</i>	1487	TOTALE	2376

Il dolore d'orecchio

Dott. A. STARNA

del Servizio Sanitario dell'I. N. A.

Non vi è organo tanto delicato e che abbia bisogno di cura e di igiene come l'orecchio. Eppure il più spesso non ci rivolgiamo dal medico specialista che quando le alterazioni gravi o irrimediabili per l'udito si sono stabilite. È ancora molto diffuso il vecchio pregiudizio che una lesione otitica quando non si accompagni a diminuzione forte di udito sia cosa trascurabile.

Errore imperdonabile! Specialmente le mamme quando il loro bambino accusa dolore all'orecchio dovrebbe darsi la cura di sorvegliare l'andamento del disturbo ed eventualmente condurre il ragazzo dal medico. Sarebbe tempo di non considerare più come al tempo delle bisavole l'otite purulenta come un «emuntorio naturale agli umori» dell'infanzia e dell'adolescenza.

Riassumiamo perciò le cause del dolore d'orecchio e i dati più elementari utili a tutti per praticare a seconda dei casi una cura d'attesa o ricorrere senz'altro alla opera del medico.

Talvolta il dolore è un fatto puramente riflesso di una lesione degli organi prosimiori che è sfuggita al malato stesso. Questo dolore «sine materia» dell'organo uditivo è abbastanza frequente nelle carie dei denti, specie dell'ultimo molare inferiore, nelle glossiti e nelle ulcere della lingua. Più raramente si ha per tonsilliti o adenoiditi acute. Chiunque può ricercare con uno specchio se una caria, una tonsillite è la causa del dolore moderato all'orecchio. Accanto alle otalgie riflesse da lesioni di altri organi esiste l'otalgia nervosa da nevralgia dei nervi superficiali (gr. occipitale), l'otalgia isterica e nevrastenica, ma la diagnosi di queste forme che sono molto rare spetta al medico che solo dopo aver escluso qualunque lesione organica potrà avanzare tale ipotesi.

Non raramente ho visto presentarsi all'ambulatorio otoiatrico accusando dolore all'orecchio ragazzi affetti da una parotite (orecchione) ai primi giorni. Nei giorni seguenti la frequentissima diffusione bilaterale, la tumefazione più accentuata della regione parotidea che dà alla faccia la forma di «gatto» come la chiamano i tedeschi; il sollevamento dei padiglioni auricolari rendono banale la diagnosi. Utile per la diagnosi precoce è rilevare la scomparsa del solco retroauricolare con sollevamento del lobulo, in un ragazzo che non ha avuto la parotite.

Dobbiamo ora, dopo le otalgie riflesse da lesione di altri organi o da nevralgie, accennare ai dolori di orecchio sintomatici di una lesione organica auricolare cioè alle otodinie.

Nel condotto uditivo esterno è molto facile che si stabilisca una foruncolosi per il diffondersi alle glandole sebacee dei comuni germi della suppurazione. Si potrà sospettare il foruncolo allorchè il dolore auricolare è nettamente in aumento durante la masticazione o comprimendo con un dito la cartilagine (trago) che si trova davanti al condotto uditivo; la trazione del padiglione provoca ugualmente vivissimo dolore. La visione diretta nel condotto uditivo permette di vedere, senza otoscopio,

il foruncolo se questo è impiantato nel primo tratto; se è invece profondo per lo speciale decorso del condotto solo un medico potrà individuarlo.

Molto frequente nell'età infantile è la dermatite diffusa acuta o cronica del condotto che dà un senso di fastidio e di prurito all'orecchio anzichè un vero dolore. Essa consiste in una infiammazione di tutto il condotto uditivo esterno, compresa la superficie esterna della membrana timpanica; tutti i traumi, i parassiti, i corpi estranei, la poca pulizia sono l'origine di questa fastidiosa più che pericolosa affezione. Sembra anche che nei bambini numerose circostanze predispongano alla dermatite come la dentizione, le febbri infettive ed esantematiche e specialmente l'eczema e la resipola.

Una forma assai simile nei sintomi ma più grave obbiettivamente è l'otite esterna diffusa in cui la cute del condotto si presenta gonfia e tesa, il lume del condotto è ridotto, la membrana è arrossata, e si notano chiazze emorragiche; coll'apparire di una secrezione sierosa al 3°-4° giorno la cute si decongestiona e il paziente si sente molto meglio.

Molto più grave è l'otodinia allorchè è l'espressione di una otite m. acuta. Il dolore che accompagna questa malattia, a differenza di quello del foruncolo, è costantemente profondo, talora lancinante in modo intermittente, specie durante la notte e non permette affatto il riposo, talora invece gravativo continuo. Si accompagna a febbre quasi sempre di media entità ed a diminuzione di udito.

Se dopo alcuni giorni l'otite acuta non risolve spontaneamente solo una provvidenziale perforazione spontanea o una paracentesi praticata dal medico pongono termine ai dolori vivissimi sofferti dal malato.

Spesso l'otite acuta si accompagna a dolore vivo alla base della mastoide subito dietro il condotto uditivo per diffusione del processo alla mucosa dell'antro; è allo specialista che si deve senza indugio ricorrere in questi casi ed egli potrà seguire attentamente il malato e se del caso operarlo.

Lo stesso dolore alla pressione può aversi alla punta della mastoide ove sappiamo esistere altre cellule in cui potrebbe ristagnare il pus. Non mi dilungo a parlare di queste importantissime complicanze auricolari, solo ricordo che si deve, non appena si avverte dolore spontaneo o provocato dietro l'orecchio, ricorrere all'opera dello specialista. A maggiore ragione i portatori di otiti purulente croniche dovranno attenersi a questa norma.

Nei vecchi otitici il colesteatoma può dare anche un dolore a periodi acuto; più spesso invece in tali pazienti il dolore è continuo a tipo nevralgico per essersi stabilito nella mastoide un processo di una formazione di osso concentricamente nelle cellule pneumatiche costituendo in tal modo la mastoidite eburneizzante.

Sono queste le più importanti malattie causa di dolore all'orecchio, che il profano deve conoscere per sapere come comportarsi e i pericoli a cui va incontro trascurando il dolore di orecchio.

Dott. A. STARNA.

Profilassi stomatologica

Le discussioni che si sono svolte sulle infezioni focali al Congresso di Medicina Interna tedesca, tenuto nel 1930 a Wiesbaden e quelle recentissime, che hanno avuto luogo al Congresso italiano di Medicina e Chirurgia dello scorso settembre a Pavia, hanno richiamato l'attenzione dei Medici e del pubblico sulla importanza delle malattie della bocca e dei denti.

Tale importanza deriva dal fatto che le malattie dentali hanno sì un valore non trascurabile per la conservazione di organi tanto utili per la masticazione, ma soprattutto sono da considerarsi in funzione di tutta la patologia dell'intero organismo.

Per cui se è vero che il possedere un sistema dentario il più possibile integro sia un gran vantaggio per tutta la funzione dell'apparato digerente (*prima digestio fit in ore*), tuttavia per i gravi problemi etiologici che una bocca non sana investe, l'integrità del sistema dentario passa in seconda linea, rispetto alle conseguenze in organi lontani che la mancanza di tale integrità può avere.

Nessuno ha mai dubitato, sin dai tempi più remoti, che i denti, organi come tutti gli altri, avessero intimi rapporti nervosi, circolatori, trofici, ecc. con il resto dell'organismo, anche se per una inspiegabile negligenza, la cura è stata per tanto tempo abbandonata agli empirici; ma è solo da vent'anni circa che tali rapporti sono stati visti sotto una nuova luce.

Fu il clinico inglese William Hunter, che nel 1910 col suo lavoro: « Sepsi orale come origine di malattie generali », mise in rilievo che da focolai dentari cronici può partire la causa di disturbi generali, subacuti e persistenti, che dimostrano uno stato settico, anche se lieve, di tutto l'organismo, e gettò le basi di quella teoria, sorta più tardi, sulle *infezioni focali*, che oggi una numerosissima schiera di studiosi di tutto il mondo segue ed approfondisce.

Per infezione focale s'intende uno stato infettivo cronico dell'organismo, derivante da focolai di microrganismi patogeni, nascosti in regioni del corpo comunicanti con l'esterno.

Inteso in questo senso si capisce subito che infezioni focali possono derivare da *foci* situati nel sistema gastro-enterico, uro-genitale ecc.; classico esempio è la uretrite gonococcica, nella quale non di rado, i gonococchi invadono, trasportati dal sangue, le articolazioni, le varie sierose, le valvole cardiache, ecc.

Ma le infezioni focali che più di tutte oggi si prendono in considerazione, sono quelle derivanti da focolai settici situati nel periodontio, specie all'apice dei denti affetti da processi cariosi profondi, o da periodontopatie.

Hunter, dicevo, levò il grido di allarme, affermando che moltissime delle così dette infezioni criptogenetiche dipendono da quei subdoli nidi batterici, che si istituiscono attorno a denti piorroici o a denti affetti da processi cariosi.

Alcuni anni dopo il Billing poteva dimostrare come i foci gengivo-dentali, occupano dopo i tonsillari il primo posto nelle infezioni focali, tanto che nei 528 casi di subsepsi esaminati 136 avevano avuto origine da tessuti dentali e peridontali (Palazzi).

E quali sono questi foci?

Le tasche gengivali piorroiche, zone suppuranti continuamente, sempre prive delle benefiche granulazioni riparatrici, vere ulcere croniche, come giustamente le

chiama Palazzi, in cui è difficile drenare verso l'esterno tutto il pus ed in cui cospicuo e perenne è il ristagno dei batteri.

Se si potessero distendere tutte queste tasche, dice il Roadway, si avrebbe una superficie grande quanto il palmo di una mano; e allora si intende di più quale pericolo costituiscono tali focolai per l'organismo.

Le cangrene pulpari, le pulpiti settiche, quei focolai di germi che si trovano in fondo ai canali radicolari, sono tutti da considerarsi *foci*, da cui si ha sempre un'invasione più o meno pronta del periodontio, il quale, pur reagendo con la formazione di granuloni apicali, non può evitare che dalla periferia di questi, i germi invadano i vasi vicini e penetrino in circolo.

Quest'invasione può essere acuta, raramente per fortuna (Steine ha riferito da solo 7 casi di sepsi acuta da Viridans), ma nella gran maggioranza dei casi è cronica, quindi subdola, inavvertita, e non richiama affatto l'attenzione dell'individuo colpito, fino a che i germi in circolo non si localizzano in qualche organo, dando luogo alle malattie più diverse, che non lasciano neppur lontanamente pensare al focolaio primario.

Il patologo dell'Università di Parma, Preti, l'anno scorso descriveva tre quadri clinici fondamentali prodotti dalle infezioni focali:

1. - Lievi ed irregolari rialzi termici, in coincidenza del passaggio di germi in circolo, preceduti o no da brividi, seguiti da senso di calore, senza localizzazioni secondarie.

Se la forma dura a lungo, si può osservare un ingrossamento della milza e del fegato, organi riccamente provvisti di reticolo-endotelio.

2. - Sussistono gli stessi sintomi ma passano in seconda linea, essendo i germi pervenuti nei capillari di qualche organo, dando luogo a disturbi di circolo (ulceri gastriche e duodenali, necrosi del pancreas) o a processi flogistici circoscritti (glomerulo-nefriti, appendiciti, ecc.).

3. - Rialzi termici subfebrili e irregolari, che si fanno poi febbrili pur conservando l'ipertermia il carattere di irregolarità. All'infezione primaria sono succedute infezioni secondarie multiple, in organi diversi, e per cui viene immesso nel circolo un gran numero di germi e di tossine. Setticemia ad andamento grave.

E poichè nei focolai apicali sono stati trovati germi molto patogeni, specialmente lo streptococcus viridans, si comprende subito quanto sia giustificata la preoccupazione di eliminare dall'organismo tali focolai tanto pericolosi.

A dimostrare la verità di tale pericolo vi è tutta una fioritura di osservazioni cliniche e di lavori sperimentali.

Anzitutto si sono ottenute le infezioni più varie in animali da esperimento, iniettando nella cavità dei denti, ceppi batterici virulenti.

In Italia Farina ha inoculato in denti di coniglio a polpa scoperta culture di colera di polli, provocando setticemia mortale in tutti.

Briasco ha ottenuto nefrosi, splenomegalie, endocarditi, con ceppi di streptococchi iniettati in denti di cani, per la stessa via transdentaria.

Mela ottenne l'infezione tubercolare, ed Ernesto Perna il passaggio in circolo di spore di carbonchio e del Piocianeo.

La clinica poi c'insegna, per una casistica ormai vastissima, che molti quadri di affezioni articolari e reumatiche, renali, cardiache, di stati irritativi delle vie urinarie, di gastroenteropatie, riferiti da clinici di indubbia serietà, sono scomparsi in seguito a distruzione dei focolai primari dentali.

Ricorderò un solo caso del Rhein citato da Palazzi.

« Una giovane senza causa apparente fu colpita da forti dolori in ambedue le ginocchia che s'infiammarono e costrinsero la paziente a camminare con le grucce.

Rhein trovò, in un premolare affatto indolore, un granuloma apicale. Trapanato il dente ne uscì un pus bruno, rossastro, fetido, che coltivato diede streptococcus viridans. Curato *lege artis* il dente, l'affezione articolare migliorò fino a scomparire e si ottenne guarigione che perdurava, al momento in cui veniva riferito il caso, già da 4 anni ».

Le innumerevoli osservazioni cliniche di guarigioni in seguito all'asportazione dei focolai dentali, potrebbero non essere di valore decisivo nello stabilire i rapporti di causa ed effetto, ma il Rosenow, al quale si devono gli studi più importanti e fondamentali in questo campo, ha fatto delle culture, prelevando il materiale direttamente da porzioni di tessuti o da secreti della parte malata di alcuni pazienti, ed ha trovato gli stessi germi osservati nei loro focolai dentali coesistenti; non solo, ma iniettando in animali da esperimento il materiale infetto prelevato dai focolai dentali, ha ottenuto la lesione negli stessi organi in cui si trovavano nel paziente.

Da noi De Vecchis iniettò dentina rammollita, prelevata da 12 denti cariati di bambini scrofolosi e stemperata in soluzione fisiologica sterile, nella cavità peritoneale di cavie, ed ottenne lo sviluppo di peritonite specifica.

Non v'è chi non veda quindi quanto sia utile richiamare l'attenzione del pubblico sulla urgente necessità di distruggere i focolai di infezione odontogengivali.

Ho detto urgente necessità perchè non sempre si arriva in tempo a guarire o migliorare la malattia generale, distruggendo il focolaio primario; e si capisce benissimo che ciò non è possibile più, quando già si sono formati, lontani dal punto di partenza, in organi diversi lesioni e focolai *secondarii*.

Invece guardiamoci intorno e chi di noi non ha visto vicino a sè delle bocche, che, anche ad una semplice ispezione, mostrano il grave disordine in cui si trovano, o peggio fanno sentire con un alito poco gradito, quanto grave sia l'abbandono in cui sono tenute?

Non si riesce veramente a comprendere come mai, persone che pur sembrano accurate nel vestire e pulite, possano poi neglettere la cura della bocca, che è poi una parte tanto delicata dell'organismo, se attraverso ad essa deve passare il cibo che ci ristora e l'aria che ci nutre.

Com'è incoerente tante volte l'uomo: va a sterilizzare le bevande, le stoviglie, le posate, e poi lascia inquinare nella sua stessa bocca e l'aria che respira e gli alimenti che ingerisce.

Nelle cavità cariose, nelle tasche gengivali dei denti piorroici, al di sotto delle patine più o meno dure di tartaro che rivestono molte volte i denti in corrispondenza del loro colletto, si rinviene una flora batterica ricchissima che trova nell'ambiente boccale, per la temperatura costante, lo stato di umidità, la presenza di detriti alimentari, le condizioni più favorevoli di vita.

I germi sono i più varii e vanno dai comuni saprofiti ai più patogeni quali quelli del tifo, della tubercolosi, del colera, ecc.

Non sarà difficile comprendere allora come bocche malsane, parlando o semplicemente respirando inquinino l'aria e l'ambiente, specialmente in luoghi chiusi e dove risiedono parecchie persone (scuole, uffici, laboratori).

Ed ecco da ciò derivare l'alta importanza sociale della profilassi stomatologica.

In una comunità, la presenza di bocche in cattive condizioni igieniche, specialmente di individui *portatori* di germi altamente patogeni, è veramente dannosa, maggiormente per coloro i quali hanno un terreno costituzionale più favorevole all'attecchimento di determinate infezioni.

La profilassi dentaria pertanto non è solo una norma che ogni uomo civile ed intelligente deve seguire per sè, ma è un problema sociale che deve essere affron-

tato con la stessa serietà di propositi e la stessa ricchezza di mezzi con cui si affrontano gli altri problemi igienici.

In altri paesi: Stati Uniti, Germania, Inghilterra, e perfino nel lontano Giappone, dove esiste un servizio odontoiatrico alle dipendenze dirette delle autorità igieniche dei vari distretti, molto si è fatto; in Italia arriviamo forse con un po' di ritardo, ma per l'impegno con cui il Regime affronta i problemi della bonifica della stirpe, anche questa campagna per il risanamento delle bocche, deve mettersi subito all'avanguardia.

Ne vediamo già i primi segni a Roma ove è sorto un grandioso Istituto di Odontoiatria. Esso è stato sì donato dal grande filantropo americano G. Eastman a cui s'intitola, ma ha trovato nella pronta comprensione del Governo fascista, che ha dato gratis il suolo ed ha assicurato il mantenimento e la protezione, il clima e l'ambiente per prendere sin dall'inizio quello sviluppo e quell'attrezzatura, che lo rendono senza dubbio ormai il primo del mondo. Con questa istituzione si è incominciata la cura di tutti i bambini delle Scuole di Roma e Provincia; l'esempio sarà seguito ci auguriamo anche dalle altre città, sia pure con mezzi più modesti.

In tal modo, mentre si preserveranno da tanti pericoli i nostri bimbi, si diffonderà anche nel grosso pubblico quella coscienza di igiene stomatologica, senza la quale ogni sforzo del medico può essere vano.

Accanto alle colonie marine e montane, dove si dà la possibilità di respirare aria più salubre; accanto alla lotta antitubercolare, anti-tracomatosa, anti-celtica, ecc. deve sorgere una lotta contro le malattie della bocca e dei denti, per il miglioramento e per la protezione del nostro popolo.

Diremo un'altra volta dei mezzi più adatti per prevenire e curare le malattie dentali.

Dott. ANDREA BENAGIANO.

È più facile prevenire
le malattie che curarle

Le cause di morte degli assicurati dell'I. N. A. nell'anno 1932

TAV. 1. Portafoglio Diretto - Assicurati con visita medica all'ingresso

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE												TOTALI	
	0-24		25-34		35-44		45-54		55-64		oltre 64			
	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D
Ogni forma di tubercolosi. . .	1	1	10	—	19	3	16	1	4	—	2	—	55	5
Altre malattie infettive e pa- rassitarie	—	—	21	2	57	5	71	6	30	3	11	1	190	17
Tumori (neoplasie).	—	—	6	2	40	8	87	9	48	10	21	2	202	31
Malattie reumatiche, della nu- trizione delle ghiandole en- docrine e altre mal. generali	—	—	3	—	10	—	11	—	6	3	2	2	32	5
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici . . .	—	—	2	—	8	—	11	1	3	1	—	—	24	2
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali	—	—	—	—	27	2	60	1	68	5	13	4	168	12
Malattie del sistema nervoso e malattie degli organi di senso	—	—	3	—	17	1	11	1	5	—	—	—	36	2
Malattie dell'apparato circola- torio	1	—	4	3	24	4	80	5	102	6	27	2	238	20
Malattie dell'apparato respi- ratorio.	2	1	19	1	51	2	66	7	51	4	19	4	208	19
Malattie dell'apparato dige- rente	—	3	17	—	63	7	72	4	44	2	7	2	203	18
Malattie dell'apparato genito- urinario	—	—	5	1	25	3	33	3	26	3	4	—	93	10
Malattie della gravidanza, par- to, puerperio.	—	—	—	3	—	1	—	1	—	—	—	—	—	5
Malattie della pelle e del tes- suto cellulare.	1	—	1	—	4	—	3	—	—	—	3	—	12	—
Suicidi	1	—	12	1	26	—	23	3	24	—	6	—	92	4
Morti violente ed accidentali la cui causa è determinata	3	—	23	—	36	—	34	—	10	—	1	—	107	—
Altre cause di morte non de- terminata	2	2	20	6	19	2	35	1	31	—	4	—	111	11
TOTALI	14	7	146	19	426	38	613	43	452	37	120	17	1771	161

Le cause di morte degli assicurati dell' I. N. A. nell'anno 1932

TAV. 2. Portafoglio diretto - Assicurati con visita medica all'ingresso.

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	ANTIDURATA DEI CONTRATTI SINISTRATI																		Totali	
	0-6 m.		6 mesi 1 anno		1-2 anni		2-3 anni		3-4 anni		4-5 anni		5-10 anni		10-15 anni		oltre 15anni			
	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	U		
Ogni forma di tubercolosi . . .	3	—	2	—	3	1	7	1	7	—	4	1	18	—	7	1	4	1	55	5
Altre malattie infettive e parassitarie	9	1	9	2	23	1	14	1	9	3	15	1	65	7	21	—	25	1	190	17
Tumori (neoplasie).	1	—	6	—	21	3	14	3	13	3	15	3	61	9	38	7	33	3	202	31
Malattie reumatiche della nutrizione, delle ghiandole endocrine e altre malattie generali	—	—	—	—	1	1	1	—	2	—	4	—	14	2	5	1	5	1	32	5
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici. .	—	—	—	—	2	—	2	—	2	—	1	—	9	—	3	1	5	1	24	2
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali	1	—	5	—	10	2	10	—	10	—	9	2	57	3	28	3	38	2	168	12
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso. .	1	—	2	1	1	—	—	—	3	—	2	1	16	—	6	—	5	—	36	2
Malattie dell'apparato circolatorio.	3	—	2	4	18	1	10	—	13	2	13	3	63	5	46	3	70	2	238	20
Malattie dell'apparato respiratorio.	5	2	8	2	24	5	13	—	18	2	17	2	58	3	33	1	32	2	208	19
Malattie dell'apparato digerente .	7	2	11	1	12	2	16	1	14	5	16	—	61	6	32	1	34	—	203	18
Malattie dell'apparato genito urinario	1	1	1	—	9	2	3	—	4	1	9	1	26	2	21	2	19	1	93	10
Malattie della gravidanza, parto e puerperio . .	—	—	—	1	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	5
Malattie della pelle e del tessuto cellulare	—	—	1	—	2	—	1	—	—	—	1	—	3	—	2	—	2	—	12	—
Suicidi	2	—	8	—	7	2	3	—	6	—	6	—	34	1	12	1	14	—	92	4
Morti violente ed accidentali . .	4	—	8	—	16	—	3	—	9	—	7	—	35	—	11	—	14	—	107	—
Cause di morte non determinate . .	3	1	9	2	16	1	13	2	4	—	6	—	31	4	19	1	10	—	111	11
TOTALI . .	40	7	72	13	165	21	110	8	114	19	125	14	551	42	284	23	310	14	1771	161

Ricerche sui contratti appartenenti ad assicurati maschi, sinistrati per decesso nell'anno 1932

Portafoglio diretto - Assicurazioni ordinarie e collettive in caso di morte con visita medica

a) Contratti ripartiti secondo le cause di morte e i gruppi di età all'ingresso

Nomenclatura nosologica internazionale internaz. 1930	CAUSE DI MORTE	Gruppi di età all'ingresso						Totali
		15-29 anni		30-44 anni		oltre 45 anni		
			%		%		%	
1	Febbre tifoidea (tifo addominale e paratifi)	8	3,72	15	1,65	4	0,62	27
8	Influenza	12	5,58	55	6,06	47	7,25	114
11	Tubercolosi dell'apparato respiratorio .	12	5,58	20	2,20	6	0,92	38
12	Ogni altra forma di tubercolosi . . .	4	1,86	9	0,99	4	0,62	17
14	Infezione purulenta e setticemia . . .	3	1,40	19	2 10	2	0,31	24
15	Malaria	2	0,93	2	0,22	—	—	4
16	Malattie dovute a protozoi o ad elminti	—	—	2	0,22	—	—	2
17	Altre malattie infettive e parassitarie .	3	1,40	12	1,32	4	0,62	19
		44	20,47	134	14,76	67	10,34	245
18	Cancro ed altri tumori maligni . . .	9	4,14	101	11,12	85	13,12	195
19	Tumori non maligni.	—	—	3	0,33	4	0,62	7
		9	4,14	104	11,45	89	13,74	202
20	Reumatismo articolare acuto	2	0,93	8	0,88	1	0,15	11
21	Reumatismo cronico e gotta	—	—	2	0,22	—	—	2
22	Diabete mellito	—	—	9	0,99	7	1,09	16
24	Malattie della ghiandola tiroide . . .	—	—	2	0,22	—	—	2
25	Altre malattie generali	—	—	—	—	1	0,15	1
		2	0,93	21	2,31	9	1,39	32

Segue: Contratti ripartiti secondo le cause di morte e i gruppi di età all'ingresso

Nomenclatura nosologica internazionale internaz. 1930	CAUSE DI MORTE	Gruppi di età all'ingresso						Totali
		15-29 anni		30-44 anni		oltre 45 anni		
			%		%		%	
26	Anemie perniciose ed altre.	1	0,47	—	—	—	—	1
27	Leucemie, aleucemie ed altre malattie del sangue	2	0,93	15	1,65	3	0,46	20
28	Alcoolismo acuto e cronico	1	0,47	1	0,11	—	—	2
29	Avvelenamenti cronici	—	—	1	0,11	—	—	1
		4	1,86	17	1,87	3	0,46	24
30	Meningite semplice	—	—	5	0,55	1	0,15	6
31	Atassia locomotrice progressiva	1	0,47	—	—	—	—	1
32	Emorragia, embolia e trombosi cerebrale	8	3,72	80	8,81	80	12,35	168
33	Paralisi progressiva degli alienati	3	1,40	6	0,66	2	0,31	11
34	Demenza precoce ed altre psicosi.	—	—	2	0,22	—	—	2
35	Epilessia	1	0,47	1	0,11	—	—	2
36	Altre malattie del sistema nervoso	1	0,47	9	0,99	3	0,46	13
37	Malattie dell'occhio, orecchio e annessi	—	—	1	0,11	—	—	1
		14	6,53	104	11,45	86	13,27	204
38	Pericardite.	2	0,93	—	—	—	—	2
39	Endocardite acuta	—	—	2	0,22	2	0,31	4
40	Endocardite cronica comprese le affezioni valvolari	—	—	23	2,53	16	2,47	39
41	Malattie del miocardio	2	0,93	17	1,87	32	4,94	51
42	Altre malattie delle arterie coronarie ed angina pectoris	1	0,47	25	2,75	20	3,09	46
43	Altre malattie del cuore	—	—	7	0,77	3	0,46	10
44	Aneurisma, escluso l'aneurisma del cuore	—	—	7	0,77	2	0,31	9
45	Arteriosclerosi	2	0,93	22	2,43	39	6,02	63
46	Altre malattie dell'apparato circolatorio.	—	—	8	0,88	6	0,92	14
		7	3,26	111	12,22	120	18,52	238

Segue: Contratti ripartiti secondo le cause di morte e i gruppi di età all'ingresso

Nomenclatura nosologica internazionale internaz. 1980	CAUSE DI MORTE	Gruppi di età all'ingresso						Totali
		15-29 anni		30-44 anni		oltre 45 anni		
			%		%		%	
47	Bronchiti	1	0,47	8	0,88	6	0,92	15
48	Polmoniti	24	11,15	63	6,94	57	8,80	144
49	Pleuriti	3	1,40	3	0,33	3	0,46	9
50	Altre malattie dell'apparato respiratorio esclusa la tubercolosi	3	1,40	20	2,20	17	2,63	40
		31	14,42	94	10,35	83	12,81	208
51	Ulcera dello stomaco e del duodeno . .	7	3,26	31	3,42	8	1,23	46
53	Enteriti e ulcere intestinali	4	1,86	5	0,55	2	0,31	11
54	Appendicite	8	3,72	26	2,87	11	1,70	45
55	Ernia, occlusione intestinale	—	—	9	0,99	5	0,77	14
56	Cirrosi del fegato	1	0,47	30	3,31	19	2,94	50
57	Altre malattie del fegato e delle vie biliari	2	0,93	11	1,21	11	1,70	24
58	Altre malattie dell'apparato digerente .	1	0,47	9	0,99	3	0,46	13
		23	10,71	121	13,33	59	9,11	203
59	Nefriti	9	4,19	46	5,07	20	3,09	75
60	Altre malattie dei reni	3	1,40	2	0,22	1	0,15	6
61	Calcolosi delle vie urinarie	—	—	—	—	4	0,62	4
62	Malattie della vescica, esclusi i tumori .	—	—	—	—	2	0,31	2
63	Malattie dell'uretra, ascesso urinoso . .	—	—	1	0,11	—	—	1
64	Malattie della prostata	—	—	1	0,11	4	0,62	5
		12	5,58	50	5,51	31	4,79	93
71	Malattie della pelle e del tessuto cellulare	3	1,40	2	0,22	1	0,15	6
		3	1,40	2	0,22	1	0,15	6

Segue: Contratti ripartiti secondo le cause di morte e i gruppi di età all'ingresso

Nomenclatura nosologica internazionale internaz. 1980	CAUSE DI MORTE	Gruppi di età all'ingresso						Totali
		15-29 anni		30-44 anni		oltre 45 anni		
			%		%		%	
72	Malattie delle ossa e degli organi della locomozione	—	—	2	0,22	1	0,15	3
		—	—	2	0,22	1	0,15	3
78	Senilità.	—	—	—	—	3	0,46	3
		—	—	—	—	3	0,46	3
79	Suicidii	17	7,90	45	4,96	30	4,63	92
80	Omicidii	3	1,40	17	1,87	1	0,15	21
81	Morti accidentali.	27	12,56	35	3,85	20	3,09	82
82	Altre morti violente di cui la natura è sconosciuta	1	0,47	1	0,11	1	0,15	3
83	Ferite di guerra	—	—	1	0,11	—	—	1
		48	22,33	99	10,90	52	8,02	199
85	Cause non specificate o mal definite. .	18	8,37	49	5,41	44	6,79	111
		18	8,37	49	5,41	44	6,79	111
	TOTALI . . .	215	100,00	908	100,00	648	100,00	1.771

b) Contratti sinistrati per le principali cause di morte, ripartiti secondo le età all'ingresso e le antidurate dei contratti.

Antidurata dei contratti	Gruppi di età all'ingresso			TOTALI	Gruppi di età all'ingresso			TOTALI	Gruppi di età all'ingresso			TOTALI	
	15-29 anni	30-44 anni	oltre 45 anni		15-29 anni	30-44 anni	oltre 45 anni		15-29 anni	30-44 anni	oltre 45 anni		
Influenza													
0 - 1 anni	1	1	7	9	1	2	2	5	—	3	4	7	
1 - 2 »	—	9	5	14	1	1	1	3	—	6	15	21	
2 - 3 »	—	5	4	9	1	4	2	7	—	5	9	14	
3 - 5 »	1	7	4	12	2	4	2	8	1	14	13	28	
5 - 10 »	7	20	17	44	9	11	1	21	5	36	21	62	
oltre 10 »	3	13	10	26	2	7	2	11	3	40	27	70	
TOTALI	12	55	47	114	16	29	10	55	9	104	89	202	
Tubercolosi													
0 - 1 anni	1	2	2	5	1	1	1	3	—	6	15	21	
1 - 2 »	—	9	5	14	1	1	1	3	—	6	15	21	
2 - 3 »	—	5	4	9	1	4	2	7	—	5	9	14	
3 - 5 »	1	7	4	12	2	4	2	8	1	14	13	28	
5 - 10 »	7	20	17	44	9	11	1	21	5	36	21	62	
oltre 10 »	3	13	10	26	2	7	2	11	3	40	27	70	
TOTALI	12	55	47	114	16	29	10	55	9	104	89	202	
Cancro ed altri maligni													
0 - 1 anni	1	1	7	9	1	2	2	5	—	3	4	7	
1 - 2 »	—	9	5	14	1	1	1	3	—	6	15	21	
2 - 3 »	—	5	4	9	1	4	2	7	—	5	9	14	
3 - 5 »	1	7	4	12	2	4	2	8	1	14	13	28	
5 - 10 »	7	20	17	44	9	11	1	21	5	36	21	62	
oltre 10 »	3	13	10	26	2	7	2	11	3	40	27	70	
TOTALI	12	55	47	114	16	29	10	55	9	104	89	202	
Emorragia, Embolia e trombosi cerebrale													
0 - 1 anni	—	3	3	6	—	2	2	4	1	6	—	7	
1 - 2 »	—	3	7	10	1	3	11	15	2	5	13	20	
2 - 3 »	—	4	6	10	1	3	5	9	—	6	2	8	
3 - 5 »	—	10	9	19	—	5	16	21	5	9	12	26	
5 - 10 »	2	22	33	57	2	29	14	45	7	23	12	42	
oltre 10 »	6	38	22	66	1	32	25	58	9	14	18	41	
TOTALI	8	80	80	168	5	74	73	152	24	63	57	144	
Malattie del cuore													
0 - 1 anni	—	3	3	6	—	2	2	4	1	6	—	7	
1 - 2 »	—	3	7	10	1	3	11	15	2	5	13	20	
2 - 3 »	—	4	6	10	1	3	5	9	—	6	2	8	
3 - 5 »	—	10	9	19	—	5	16	21	5	9	12	26	
5 - 10 »	2	22	33	57	2	29	14	45	7	23	12	42	
oltre 10 »	6	38	22	66	1	32	25	58	9	14	18	41	
TOTALI	8	80	80	168	5	74	73	152	24	63	57	144	
Polmoniti													
0 - 1 anni	—	3	3	6	—	2	2	4	1	6	—	7	
1 - 2 »	—	3	7	10	1	3	11	15	2	5	13	20	
2 - 3 »	—	4	6	10	1	3	5	9	—	6	2	8	
3 - 5 »	—	10	9	19	—	5	16	21	5	9	12	26	
5 - 10 »	2	22	33	57	2	29	14	45	7	23	12	42	
oltre 10 »	6	38	22	66	1	32	25	58	9	14	18	41	
TOTALI	8	80	80	168	5	74	73	152	24	63	57	144	
Nefriti													
0 - 1 anni	—	1	1	2	—	7	3	10	3	3	5	11	
1 - 2 »	—	2	2	4	2	3	2	7	4	3	7	14	
2 - 3 »	—	2	1	3	1	1	2	4	1	1	1	3	
3 - 5 »	9	4	5	18	2	5	4	11	5	8	3	16	
5 - 10 »	—	13	4	17	7	16	11	34	7	12	4	23	
oltre 10 »	—	24	7	31	5	13	8	26	7	8	—	15	
TOTALI	9	46	20	75	17	45	30	92	27	35	20	82	
Suicidi													
0 - 1 anni	—	1	1	2	—	7	3	10	3	3	5	11	
1 - 2 »	—	2	2	4	2	3	2	7	4	3	7	14	
2 - 3 »	—	2	1	3	1	1	2	4	1	1	1	3	
3 - 5 »	9	4	5	18	2	5	4	11	5	8	3	16	
5 - 10 »	—	13	4	17	7	16	11	34	7	12	4	23	
oltre 10 »	—	24	7	31	5	13	8	26	7	8	—	15	
TOTALI	9	46	20	75	17	45	30	92	27	35	20	82	
Morti accidentali													
0 - 1 anni	—	1	1	2	—	7	3	10	3	3	5	11	
1 - 2 »	—	2	2	4	2	3	2	7	4	3	7	14	
2 - 3 »	—	2	1	3	1	1	2	4	1	1	1	3	
3 - 5 »	9	4	5	18	2	5	4	11	5	8	3	16	
5 - 10 »	—	13	4	17	7	16	11	34	7	12	4	23	
oltre 10 »	—	24	7	31	5	13	8	26	7	8	—	15	
TOTALI	9	46	20	75	17	45	30	92	27	35	20	82	

o) Contratti sinistrati per morti violente e accidentali ripartiti secondo la causa di morte e le età all'ingresso.

Nomenclatura
nosologica detta-
gliata internaz.
1981

CAUSE DI MORTE	Gruppi di età all'ingresso			TOTALI	
	15-29	30-44	oltre 45 anni		
Suicidi					
163	Suicidi per veleni.	3	5	4	12
164	» da gas tossici	—	4	—	4
165	» per impiccamento e strangolamento . .	—	2	2	4
166	» per annegamento	1	1	—	2
167	» per arma da fuoco	9	25	18	52
168	» per arma da punta e taglio	—	—	1	1
170	» per schiacciamento	1	—	1	2
171	» con altri mezzi	3	8	4	15
TOTALI		17	45	30	92
Morti accidentali					
178	Per assorbimento di gas tossici	—	1	1	2
179	Altri avvelenamenti accidentali, eccettuati quelli da gas.	1	—	—	1
180	Per incendio	—	2	—	2
183	Per annegamento accidentale	3	2	2	7
184	Per trauma accidentale da arma fuoco . . .	1	3	2	6
186	Per lesioni accidentali da caduta, schiacciamento, frana	22	26	15	63
193	Per accidenti di corrente elettrica.	—	1	—	1
TOTALI		27	35	20	82

d) Contratti ripartiti secondo alcune principali cause di morte e i gruppi di misure somatiche.

CAUSE DI MORTE	ETÀ ALL'INGRESSO: 15-29 ANNI			ETÀ ALL'INGRESSO: 30-44 ANNI			ETÀ ALL'INGRESSO: oltre 45 ANNI		
	Gruppi di costituzione somatica			Gruppi di costituzione somatica			Gruppi di costituzione somatica		
	Sottopesi	Normali	Sovrappesi	Sottopesi	Normali	Sovrappesi	Sottopesi	Normali	Sovrappesi
Influenza	3 (4,22)	6 (6,00)	1 (4,17)	15 (12,93)	14 (3,66)	24 (7,82)	5 (8,20)	15 (6,49)	25 (8,53)
Ogni forma di tubercolosi	9 (12,68)	4 (4,00)	2 (8,33)	4 (3,45)	16 (4,10)	4 (1,30)	4 (6,56)	2 (0,87)	2 (0,68)
Cancro	2 (2,82)	5 (5,00)	2 (8,33)	13 (11,21)	48 (12,57)	35 (11,40)	5 (8,20)	36 (15,58)	38 (12,97)
Emorragia cerebrale . .	1 (1,41)	6 (6,00)	1 (4,17)	8 (6,90)	29 (7,59)	35 (11,40)	3 (4,92)	33 (14,29)	40 (13,65)
Malattie di cuore . . .	1 (1,41)	3 (3,00)	2 (8,33)	11 (9,48)	47 (12,30)	43 (14,01)	3 (4,92)	26 (11,25)	38 (12,97)
Polmoniti	7 (9,86)	15 (15,00)	—	5 (4,31)	32 (8,38)	14 (4,56)	7 (11,47)	20 (8,66)	23 (7,85)
Nefriti	4 (5,63)	2 (2,00)	3 (12,50)	5 (4,31)	18 (4,71)	18 (5,86)	3 (4,92)	7 (3,03)	6 (2,05)
Suicidi	7 (9,86)	7 (7,00)	3 (12,50)	7 (6,03)	20 (5,24)	11 (3,58)	4 (6,56)	21 (9,09)	5 (1,71)
Morti accidentali . . .	6 (8,45)	13 (13,00)	4 (16,67)	4 (3,45)	14 (3,66)	13 (4,24)	3 (4,92)	5 (2,17)	5 (1,71)
Altre malattie	31 (43,66)	39 (39,00)	6 (25,00)	44 (37,93)	144 (37,70)	110 (35,83)	24 (39,33)	66 (28,57)	111 (37,88)
TOTALI	71 (100)	100 (100)	24 (100)	116 (100)	382 (100)	307 (100)	61 (100)	231 (100)	293 (100)

NOTA. — Per 20 contratti i dati somatici sono incompleti.

NOTA. — Per 105 contratti i dati somatici sono incompleti.

NOTA. — Per 63 contratti i dati somatici sono incompleti.

e) Contratti sinistrati nell'anno 1932 per decesso, ripartiti secondo la professione e l'età all'ingresso degli assicurati (maschi).

Gruppi di Età	CLASSI DI PROFESSIONI												TOTALI
	I. Agricoltori di ogni specie	II. Industriali e commercianti	III. Venditori e Rappresentanti	IV. Operai	V. Addetti a Servizi di trasporti e affini	VI. Persone di servizio e di fatica	VII. Personale subalterno dello Stato e di altri Enti Pubblici	VIII. Corpi armati dello Stato e di altri Enti Pubblici	IX. Impiegati ed Ufficiali	X. Culto, professioni ed arti liberali	XI. Proprietari e benestanti	XII. Condizioni non professionali e non precisate	
15-29	10	34	12	14	7	2	2	5	71	37	6	14	214
30-44	36	164	84	46	14	8	20	36	245	190	26	32	901
oltre 45	31	115	54	27	6	9	16	10	159	170	35	12	644
Totali	77	313	150	87	27	19	38	51	475	397	67	58	1.759

N. B. — Per il gruppo di età dai 15 ai 29 anni non è precisata la professione per n. 1 contratti.
 » » » 30 » 44 » » » 7 »
 » » » oltre 45 » » » » 4 »

Alcune ricerche su 1259 assicurati maschi, accettati previa visita medica e morti per tubercolosi polmonare dal 1913 al dicembre 1932

TABELLA N. 1. — Assicurati morti per t.b.c. polmonare classificati secondo l'età all'ingresso e le antidurate dei contratti.

(Per quegli assicurati che avevano più contratti si è considerato agli effetti dell'età all'ingresso il contratto di minore antidurata).

Gruppi di età all'ingresso	Sinistri	Gruppi di età all'ingresso	Sinistri
		<i>Riporto</i>	951
15-19 anni	47	40-44 anni	146
20-24 »	147	45-49 »	77
25-29 »	257	50-54 »	51
30-34 »	261	55-59 »	32
35-39 »	239	60-64 »	2
<i>A riportare</i>	951	TOTALI	1259

TABELLA N. 2. — Assicurati morti per t.b.c. polmonare entro i primi cinque anni di assicurazione, classificati secondo le età all'ingresso e le antidurate.

Gruppi di età all'ingresso	Antidurata dei contratti					Totali
	1° anno	2° anno	3° anno	4° anno	5° anno	
15-19 anni . . .	3	9	8	3	6	29
20-24 » . . .	15	32	24	28	10	109
25-29 » . . .	16	55	36	37	26	170
30-34 » . . .	18	36	48	32	30	164
35-39 » . . .	16	43	30	35	24	148
40-44 » . . .	6	22	28	21	10	87
45-49 » . . .	4	16	16	17	8	61
50-54 » . . .	8	9	6	5	7	35
55-59 » . . .	2	9	7	4	5	27
60-64 » . . .	1	—	—	—	—	1
TOTALI	89	231	203	182	126	831

TABELLA N. 3. — Assicurati morti per t.b.c. polmonare ripartiti secondo i gruppi di età all'ingresso e i gruppi fondamentali di misure somatiche.

Gruppi di età all'ingresso	Gruppi di misure somatiche						Totali
	Sottopesi	%	Normali	%	Sovrappesi	%	
15-19 anni	35	6,47	12	2,01	—	—	47
20-24 anni	79	14,60	65	10,87	3	2,50	147
25-29 anni	136	25,14	107	17,89	14	11,67	257
30-34 anni	100	18,48	134	22,41	27	22,50	261
35-39 anni	85	15,71	130	21,74	24	20 —	239
40-44 anni	53	9,80	68	11,37	25	20,83	146
45-49 anni	31	5,73	32	5,35	14	11,67	77
50-54 anni	11	2,03	30	5,02	10	8,33	51
55-59 anni	10	1,85	19	3,17	3	2,50	32
60-64 anni	1	0,19	1	0,17	—	—	2
Totale	541	100 —	598	100 —	120	100 —	1259

Per la classificazione dei tipi di misure somatiche V. I Congresso Nazionale di Scienze delle Assicurazioni, Torino, 20-23 settembre 1928 VI — I. ROMANELLI: *Le cause di morte in rapporto alle misure somatiche.*

I tre gruppi fondamentali di misure somatiche si ripartiscono percentualmente, nel modo seguente:

Gruppi di misure somatiche	Numeri percentuali
Tipi con sottopeso	42,97
Tipo normale	47,50
Tipi con sovrappeso	9,53
	100 — (0,0794281)

TABELLA N. 4. — Assicurati morti per t.b.c. polmonare ripartiti secondo le stature e i gruppi di misure somatiche osservati all'ingresso.

Gruppi di statura	Gruppi di misure somatiche			Totali
	Sottopesi	Normali	Sovrappesi	
145-149 cm.	—	1	2	3
150-154 »	6	15	6	27
155-159 »	29	60	18	107
160-164 »	72	138	23	233
165-169 »	184	211	40	435
170-174 »	157	117	25	299
175-179 »	67	44	4	115
180-184 »	21	11	2	34
185-189 »	5	1	—	6
Totali	541	598	120	1259

L'ausilio dell'esame radiologico per la diagnosi delle malattie del cuore e dei grossi vasi

Dott. F. SANZONE

(v. numero precedente).

Vizi congeniti di cuore.

La molteplicità dei vizi congeniti, l'associazione frequente di varie malformazioni, rendono difficile la diagnosi clinica, ed ancor più complicata la diagnosi radiologica, perchè difficilmente si possono separare i singoli elementi del vizio composto, ed i vizi semplici non sempre hanno una forma caratteristica, essendo variabile l'adattamento delle varie cavità, secondo la gravità del vizio singolo, o secondo il reciproco compenso che si ha nei vizi multipli.

Le anomalie congenite possono interessare la posizione del cuore (*anomalie di posizione del cuore o ectopie*), la sepimentazione delle cavità cardiache (*anomalie di sepimentazione o di compartizione*), la sede, la struttura e la canalizzazione dei vasi (*anomalie vascolari*).

Molte malformazioni congenite sono incompatibili con la vita e rientrano nel gruppo delle mostruosità fetali.

Altre al contrario sono sintomatologicamente mute ed appaiono accidentalmente alla sezione anatomica.

Di tutte queste forme è inutile occuparsi.

Tra le forme compatibili con la vita e sintomatologicamente evidenti la più frequente è la stenosi polmonare. Secondo Peacock tra i malati di vizi congeniti di cuore che hanno superato i dodici anni l'80 % è affetto da stenosi della polmonare.

ANOMALIE DI POSIZIONE O ECTOPIE. — Il cuore si trova situato o in una regione insolita del torace, o fuori del torace stesso (collo, addome).

La più comune, benchè anch'essa rara, è l'unica che può interessare praticamente è la destrocardia (cuore situato nel torace ma a destra); essa si accompagna spesso a inversione degli altri visceri (*situs viscerum inversus*); dà pochi sintomi, e radiologicamente è in genere facilmente diagnosticabile.

ANOMALIE DI SEPIMENTAZIONE O DI COMPARTIZIONE.

1) Comunicazione inter-atriale o persistenza del foro di Botallo.

Dà pochi sintomi clinici e radiologici, di prognosi benigna e spesso diagnosticata solo al tavolo anatomico.

2) Comunicazione inter-ventricolare o malattia di Roger.

Clinicamente è caratterizzata da un fremito ed un rumore sistolico, udibile al *centrum cordis*, da cianosi e dispnea.

Radiologicamente i due ventricoli si presentano ingranditi in modo che il cuore prende un aspetto a palla (cuore globoso di Vacquez e Bordet).

I ventricoli hanno una pulsazione «a pompa» (Milani) come si ha nei cuori, anche normali, ad azione concitata.

ANOMALIE VASCOLARI. — Poco importanti praticamente sono:

1) La trasposizione delle arterie (l'aorta nasce dal ventricolo destro e la polmonare dal ventricolo sinistro). In genere è incompatibile con la vita.

2) Persistenza del canale di Botallo, che fa comunicare l'aorta con la polmonare. Raramente esiste da sola, in genere si associa ad altre malformazioni che danno il quadro dell'anomalia.

Quando è isolato, radiologicamente si può notare un ingrandimento delle sezioni destre del cuore causato dall'ipertensione del piccolo circolo. In esso, infatti, causa la comunicazione con l'aorta, vi è la stessa pressione.

3) Stenosi congenita dell'aorta.

Se è valvolare, dà sintomi clinici e radiologici identici alla stenosi acquisita.

Se è sopravvalvolare (dell'istmo), sopra l'origine dell'arteria anonima, carotide comune sinistra e succlavia sinistra, queste arterie possono bene irrorare la parte superiore del corpo e pulsare con energia, mentre scarsamente pulsanti sono le arterie del resto del corpo.

Per mezzo di anastomosi (mammarie, epigastriche ecc.) i due sistemi a poco a poco si uniscono.

Radiologicamente l'aorta ascendente appare grossa e dilatata, fino ad assumere l'aspetto aneurismatico, l'arco e la discendente al contrario sono appena visibili.

Il ventricolo sinistro è ingrandito con aspetto aortico.

4) Stenosi della polmonare.

Come abbiamo detto è la malformazione che più frequentemente si trova nell'adolescente, che è riuscito a sopravvivere alla sua anomalia congenita.

Si hanno spiccati i sintomi distrofici e di squilibrio di circolo. (Dita a bacchetta di tamburo, cianosi con pigmentazione e colorazione bluastra dei tegumenti [morbo bleu o morbo ceruleo], affanno, vertigini, lipotimie ecc.).

Radiologicamente non si ha un'immagine caratteristica perchè quasi sempre la stenosi polmonare si accompagna ad altre malformazioni, in genere di sepiementazioni che deviano il sangue del cuore destro nelle cavità sinistre (specialmente apertura del setto inter-ventricolare).

Secondo Vaquez e Bordet ed altri autori nella stenosi polmonare si ha aumento delle sezioni destre del cuore, specie del ventricolo e ingrandimento dell'arco medio di sinistra, nella parte superiore che corrisponde al contorno della polmonare. Questa dilatazione si spiega, secondo Milani, anche senza ammettere una pervietà del dotto di Botallo, come uno sfiancamento delle pareti del vaso, prodotto dal sangue che è passato con forza attraverso la stenotica apertura.

Se la stenosi è forte ed è pura, il ventricolo destro è molto ingrandito ed il cuore prende, secondo Vaquez-Bordet, la forma a « zoccolo » (« en sabot »).

Se vi è apertura del setto inter-ventricolare, il ventricolo sinistro può anche essere ingrandito, fino alla configurazione a palla dei due ventricoli.

Endocardite.

L'endocardite in quanto è semplice infiammazione dell'endocardio non può dare sintomi radiologicamente evidenti.

Se, ledendo le valvole, produce disturbi dell'idraulica cardiaca, si avranno i vari aspetti dei vizi di cuore, oppure se l'infezione sconfinava dall'endocardio, invadendo il miocardio o il pericardio, il cuore presenta aspetti differenti secondo le varie forme e radiologicamente i quadri delle varie alterazioni.

Miocarditi.

Le forme acute, producendo poche alterazioni della configurazione cardiaca, difficilmente danno sintomi radiologicamente apprezzabili.

In scopia si possono osservare i disturbi del ritmo cardiaco (acceleramento, rallentamento, irregolarità).

Le forme croniche, anatomicamente sono caratterizzate da un insieme di sclerosi e dilatazione della muscolatura miocardica, che dà alla forma un aspetto esteriore evidente, essendo le cavità cardiache e specie il ventricolo sinistro ipertrofiche e dilatate.

Radiologicamente si può mettere in evidenza la dilatazione delle cavità cardiache, e seguire nel tempo il grado di dilatazione, derivandone un utile criterio prognostico.

La contrazione sistolica dei ventricoli appare pigra, lenta, « strascicata »; a questo carattere Vaquez e Bordet danno grande importanza.

Nelle proiezioni oblique (O. A. S.) si possono ben studiare le quattro cavità cardiache singolarmente e notare in quale di esse predomina la dilatazione e si può notare se il cuore giace per così dire abbandonato sul diaframma, come avviene quando il cuore è grande per ipotonia e dilatazione da miocardite, oppure se ha relativamente poco contatto col diaframma stesso, mantenendosi tonicamente sollevato, come avviene nei cuori grandi ma ipertrofici e tonici (cuore da sport ecc.).

Questi cuori inoltre si riconoscono facilmente per le pulsazioni valide, ampie e poco frequenti.

Se il cuore con miocardite cronica si sfianca molto e si dilata, acquista un aspetto che radiologicamente è simile all'aspetto della pericardite essudativa. Della diagnosi differenziale tra le due forme parleremo a proposito della pericardite.

Pericardite.

La pericardite secca non è visibile radiologicamente.

La pericardite essudativa invece può essere ben diagnosticabile benchè, spesso, è difficile differenziare a prima vista i quadri radiologici d'una pericardite essudativa e d'uno sfiancamento di cuore da ipotonia (ad esempio il *cor bovinum* da miocardite cronica). Saranno necessarie delle attenzioni, delle prove speciali, delle osservazioni ripetute che potranno chiarire la diagnosi.

L'immagine tipica della distensione del sacco pericardico da raccolta liquida è la seguente. Diametri ingranditi, specie trasversalmente, con forma a triangolo (a brioche, a caraffa, a cappa di camino, secondo i vari autori). L'angolo tra ombra cardiaca e diaframmatica è ottuso.

I contorni già descritti tipici del profilo cardiaco, sono sfumati e scompare la divisione dei vari archi.

Il peduncolo vascolare, se l'essudato è abbondante, viene accorciato, affondando nel pericardio disteso.

Al centro dell'ombra dell'essudato può notarsi un nucleo più opaco, interpretato da alcuni come l'ombra del cuore sospeso nell'essudato, da altri come una opacità maggiore data dal maggiore spessore che l'essudato ha al centro del sacco disteso; probabilmente ambedue le cause si sommano dando l'ombra più intensa.

Alla scopia si noterà, fatto importante, l'indebolimento o l'assenza delle pulsazioni cardiache.

Unico dubbio che può aversi, osservando l'immagine descritta, è che possa trattarsi, come si è detto, di ipotonia con sfiancamento del cuore.

La *pulsazione* non è carattere differenziale decisivo, infatti in queste forme la

pulsazione può essere debolissima, mentre un cuore valido, pur contornato da essudato pericardico può trasmettere al liquido la sua pulsazione e l'ombra apparirà pulsante.

Variatione di posizione. — Possiamo ottenere dei dati importanti per la diagnosi differenziale da radiogrammi presi in varie posizioni del malato. Il liquido dell'essudato pericardico, specie se ben mobile, subirà degli spostamenti evidenti.

Maragliano ha notato clinicamente questo fenomeno (segno di Maragliano) e paragona il sacco pericardico disteso da liquido ad una vescica piena d'acqua, che, se poggiata su di un tavolo, si allarga, e se sospesa si allunga; analogamente il sacco pericardico si allunga a malato in piedi, e si allarga a malato coricato.

Con la *prova dello sforzo*, facendo compiere al malato dei movimenti che leggermente lo affaticano, il cuore sano si impicciolisce, il cuore ipotonico subisce una dilatazione, accompagnata da aumento di frequenza delle pulsazioni ed aritmia, nella pericardite non si ha nessuna modificazione.

Con la *prova del maggior carico*, escludendo il circolo degli arti, il cuore normale subisce una leggera dilatazione, il cuore miocarditico si dilata considerevolmente, l'ombra dell'essudato pericardico non si modifica, non subendo la leggera dilatazione del cuore sano in essa contenuta.

Poco apprezzabili sono le modificazioni dell'ombra con l'*esperimento del Valsalva* (espirazione forzata a glottide chiusa): il cuore miocarditico subisce un leggero appiattimento perchè più facilmente dell'essudato si lascia comprimere dall'aumento di pressione endotoracica.

Importante invece è studiare le *modificazioni dell'ombra nel tempo*.

Un'ombra che in breve aumenta considerevolmente di volume, facendo sempre più scomparire le pulsazioni e accompagnandosi a non gravi perturbazioni dello stato generale e di circolo è difficile poterla riferire ad uno sfiancamento da miocardite, e così pure sarà più facile riferire a pericardite anzichè a sfiancamento miocardico un'ombra che in tempo relativamente breve tende al volume normale e fa apparire una valida pulsazione cardiaca.

Gli altri caratteri clinici e del polso porteranno anche essi il loro contributo alla diagnosi.

Praticare svuotamento del liquido nel pericardio e *iniezione di liquidi opachi ai raggi X* è, se non dannoso, certamente inutile, bastando l'estrazione di liquido a chiarire la diagnosi.

Si potrà piuttosto ottenere una bella immagine radiologica del cuore osservandolo ai raggi nei casi che all'estrazione del liquido il medico voglia far seguire il *pneumo pericardio* terapeutico. In questo caso l'aria introdotta, agendo da mezzo di contrasto, rende ben visibile il cuore, il sacco pericardico e l'eventuale falda liquida rimasta libera nel sacco stesso.

La *pericardite* fibrosa e la *pleuro-pericardite* con aderenze tra pleura e pericardio si rendono evidenti con dentellature e irregolarità del contorno, spostamenti e stiramenti, specie durante le escursioni respiratorie.

Disturbi del ritmo cardiaco.

Per lo studio dei disturbi del ritmo il radiologo usufruisce soprattutto della visione radioscopica, per poter osservare i movimenti di pulsazione del cuore; la registrazione roentgencinematografica dell'attività cardiaca, metodo di grande importanza, finora, per il costo degli apparecchi, è poco diffuso.

I dati che il radiologo può ottenere hanno grande importanza e completano quelli che il clinico ottiene con la lettura dei tracciati dello sfigmogramma, del cardiogramma, del flebogramma e soprattutto dell'elettrocardiogramma.

Groedel prende i roentgencinematogrammi insieme all'elettrocardiogramma ottenendo un complesso che permette uno studio preciso dei movimenti cardiaci.

I movimenti cardiaci sono sistolici o diastolici. Si osservano bene sul ventricolo sinistro e sul peduncolo vascolare, specialmente sull'arco dell'aorta (arco superiore sinistro).

Meno evidenti sono le pulsazioni degli atri.

Il ventricolo destro nascosto nel diaframma compare appena inferiormente all'arco inferiore destro e rende scarsamente evidente la sua pulsazione.

Secondo il tipo la contrazione può essere:

1) Forte, come nella ipertrofia cardiaca, nelle malattie che danno una iper-replezione delle cavità ventricolari (insufficienza aortica) ed in certi casi di ipertensione (rene grinzoso, ecc.).

2) Debole come nei cuori dilatati, con miocardite, ipotensione vasale, fino alla contrazione « strascicata » (Vaquez) che abbiamo notato nelle miocarditi.

3) Normale, difficilmente precisabile, è un tipo di contrazione che sta tra il forte e il debole.

4) Eretistica (contrazioni che si susseguono e si incalzano rapidamente a tipo « sfarfallante » (Milani) come nel morbo di Basedow e nei cuori con tachicardia parossistica, nei cuori dei soggetti molto impressionabili e nervosi.

Quanto all'ampiezza la pulsazione può anche essere misurata su radiogrammi presi con tecnica accurata (diagrafia in serie applicata da Milani e Meldolesi, ecc.).

Le cifre dell'ampiezza delle pulsazioni, varie secondo gli autori, si possono considerare praticamente oscillanti dai 2 ai 6 millimetri secondo le varie regioni del cuore, e dai 3 ai 4 millimetri sull'aorta.

Seguendo lo studio fatto dal Sebastiani divideremo i disturbi del ritmo in:

- 1) Tachicardia e bradicardia semplici. Aritmia sinusale;
- 2) Disturbi di conduzione. Blocco cardiaco;
- 3) Extrasistoli. Tachicardia parossistica;
- 4) Produzione di nuovi centri del ritmo-Flutter Fibrillazione auricolare;
- 5) Polso alternante.

1° TACHICARDIA E BRADICARDIA SEMPLICI. ARITMIE SINUSALI. — Si hanno per azione di una causa qualsiasi sui nervi extracardiaci (vago simpatico) che producono una variazione di ritmo di tutto il cuore (modificazione sinusale).

Possono essere fisiologiche o patologiche, transitorie (esercizio muscolare ecc.) o continue (morbo di Basedow ecc.).

Se varia l'intervallo tra una pulsazione e l'altra si ha l'*aritmia sinusale* che si osserva specialmente nei giovani ed in rapporto agli atti del respiro (aritmia respiratoria giovanile) (Mackenzie).

Radiologicamente di queste forme potremo notare:

- 1) il tipo della pulsazione (forte, debole, eretistica, ecc.);
- 2) la frequenza delle pulsazioni;
- 3) l'intervallo tra le varie pulsazioni (ritmia o aritmia);
- 4) l'ampiezza della pulsazione (in genere maggiore del normale nella bradicardia, minore nella tachicardia);
- 5) la modificazione della forma e del volume del cuore (in genere impiccolimento dell'ombra cardiaca nella tachicardia, aumento nella bradicardia. Bisogna notare però che il cuore in tachicardia continua [morbo di Basedow, ecc.] finisce col diventare ipototonico e col dilatarsi).

2° DISTURBI DI CONDUZIONE - BLOCCO CARDIACO. — Si ha il blocco quando è interrotto in qualche punto il sistema muscolo-nervoso intrinseco che conduce l'eccitazione nelle varie cavità cardiache (nodo seno-auricolare di Keith e Flack, nodo atrio-ventricolare di Tawara, fascio atrio-ventricolare di Paladino-His con le sue due branche per i due ventricoli, nei quali si sfocca mettendosi in rapporto con le cellule della rete di Purkinje).

Il blocco è vario secondo il punto in cui è interrotta la continuità della conduzione (blocco seno-auricolare; blocco atrio-ventricolare; blocco della branca destra o sinistra del fascio di Paladino-His) oppure può essere interrotta l'unione con i nervi extra-cardiaci (blocco extra-cardiaco).

Radiologicamente si osserva bene solo il blocco atrio-ventricolare perchè in questo caso si nota il differente ritmo di pulsazione tra gli atri ed i ventricoli. Il ventricolo pulsa lentamente ed energicamente, l'atrio pulsa più debolmente e più frequentemente.

A causa del blocco non tutte le pulsazioni dell'atrio passano al ventricolo

Quindi con la radiologia si può facilmente chiarire la diagnosi di blocco che clinicamente bisogna sospettare in presenza di un polso raro, tanto più se associata ad attacchi epilettiformi o apoplettiformi (sindrome di Adams-Stokes).

3° EXTRASISTOLI - TACHICARDIA PAROSSISTICA. — L'*extrasistole* è una contrazione prematura del cuore *in toto* o dei ventricoli, causata da un extrastimolo. La contrazione prematura annulla la regolare contrazione che dovrebbe prodursi, disturbando il ritmo; il tempo tra l'*extrasistole* e la prima contrazione regolare è più lungo del regolare intervallo (pausa compensatoria).

Se si contrae il cuore *in toto* (*extrasistole* sinusale, auricolare, atrio-ventricolare, provocata da extrastimolo che agisce sul nodo di Keith e Flack, sull'orecchietta o sul nodo di Tawara) il ventricolo segue normalmente la contrazione dell'atrio e quindi la contrazione ventricolare non è alterata, solo il tempo che trascorre fino alla consecutiva normale contrazione è un po' più lungo del normale, benchè non esattamente compensatorio.

Radiologicamente è difficile notare questa alterazione.

Se invece la *extrasistole* è ventricolare (cioè l'extrastimolo agisce sui ventricoli) la contrazione ventricolare è disturbata e precisamente la sistole consecutiva all'*extrasistole* è più valida ed energica, la pausa più lunga ed esattamente compensatoria.

Radiologicamente si nota bene la sistole forte e la pausa più lunga, ed oltre a ciò si possono studiare le condizioni del cuore per ottenere un criterio sull'origine dell'*extrasistole* (organica o nervosa).

La *tachicardia parossistica* è un ripetersi di *extrasistoli*, che producono un acceleramento dei battiti (120-200) ritmico ed accessionale. Radiologicamente valgono le stesse considerazioni che per l'*extrasistole*.

4° PRODUZIONE DI NUOVI CENTRI DEL RITMO; FLUTTER; FIBRILLAZIONE AURICOLARE. — *Flutter* è una iperfrequenza di pulsazione dell'orecchietta (200-350) con movimenti regolari, cui segue regolare ma meno frequente (130-160) ritmo ventricolare.

La frequenza del ritmo ventricolare in confronto al ritmo atriale varia secondo il grado di blocco (blocco 2:1, 4:1, ecc.).

Radiologicamente si notano le rapidissime contrazioni dell'atrio e le meno rapide e poco ampie contrazioni del ventricolo.

Fibrillazione auricolare o aritmia completa o polso irregolare perpetuo: in questo disturbo l'atrio non ha pulsazioni regolari ma delle ondulazioni di elevata frequenza (450-600) di forma continuamente variabile.

La pulsazione ventricolare si presenta irregolare per ritmo e frequenza (variando la frequenza del polso da 30 a 180 pulsazioni al minuto; in genere però è frequente).

Radiologicamente le ondulazioni dell'atrio, visibili all'elettrocardiogramma (ondulazioni f.) non appaiono e l'atrio appare immobile.

Il ventricolo pulsa con discreta ampiezza ed aritmicamente.

5° POLSO ALTERNANTE. — Si manifesta con una contrazione forte ed una debole. La patogenesi è incerta, la prognosi grave.

Ben visibile allo sfigmogramma, radiologicamente appare poco.

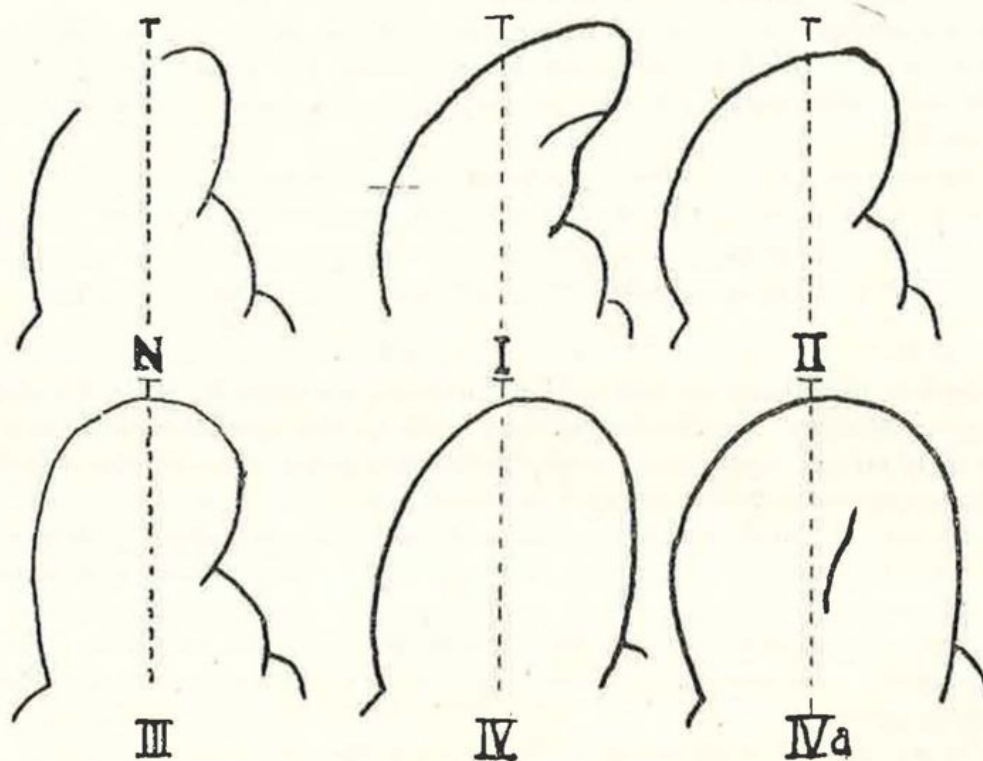


Tavola N°3

N. Normale. — I. Sclerosi dell'aorta. — II. Dilatazione dell'aorta ascendente. — III. Dilatazione dell'arco. — IV. Dilatazione dell'aorta discendente. — IV-a. Dilatazione diffusa.

(ALBAN HÖHLER, *Limiti del normale ed inizi del patologico* in « Röntgendiagnostica »).

FASCIO VASCOLARE — Abbiamo detto che il fascio vascolare è formato dall'aorta e dalla vena cava discendente; non è quindi possibile misurare con esattezza le dimensioni dell'aorta ascendente, anche perchè la trachea ed i grossi bronchi con il loro contenuto aereo sfumano molto l'immagine opaca del fascio, tanto da renderlo spesso poco visibile o di dimensioni irreali. In O. A. D. l'aorta ascendente è isolata tra lo sterno e l'aorta discendente con la colonna vertebrale e si può studiare quando, come si è detto, la sua ombra non è confusa dall'immagine opaca della cava e della trachea, e grossi bronchi.

Normalmente l'ombra del fascio non sporge o sporge poco fuori l'ombra dello sterno; sporge molto se l'aorta è dilatata (aortite, arteriosclerosi, ecc.).

Nella proiezione sagittale, come già si è detto, l'arco superiore di sinistra è formato dall'arco aortico, che è anche ben rilevabile nelle proiezioni trasversale ed obliqua.

In proiezione sagittale l'ombra dell'arco aortico ha dimensioni varie secondo l'età (cm. 4-5-6) e secondo la costituzione e l'ampiezza del torace (è più larga nei toraci corti).

Le misure si prendono come per il cuore abbassando due perpendicolari dai punti più sporgenti del contorno aortico alla linea mediana e sommando i due valori.

Quanto al grado di intensità dell'ombra alcuni autori vogliono dare importanza nella decisione di sclerosi della parete vasale.

Secondo Köhler invece non se ne può ricavare alcun dato utile essendo molto in gioco la proiezione, la riflessione sanguigna, l'espansibilità della parete, la qualità dei raggi impiegati che possono dare contrasti vari.

Le placche di calcificazione della parete dell'arco si notano per l'ombra più intensa di forma svariata, specialmente a « falce di luna » (Köhler), immagine dovuta alla placca presa d'infilata dai raggi.

Molto importante è lo studio della regolarità dei contorni.

Nella aortite il contorno destro è convesso anzichè esser rettilineo, e negli aneurismi si nota la sporgenza verso destra se è della aorta ascendente, verso sinistra se dell'arco, ed inoltre verso lo sterno o verso la colonna vertebrale, od in alto verso il giugulo, secondo la direzione e l'espansione della tumefazione.

In caso di sclerosi dell'aorta il vaso si allunga e il cappuccio aortico diventa più sporgente (vedi tavola III, figura 2) e più alto verso il giugulo.

Quando insorge dilatazione esclusivamente sclerotica l'ombra è uniformemente più grande, senza sporgenze e convessità dei margini; invece nella aortite sifilitica il contorno può presentarsi irregolare e bozzuto in rapporto alla lesione anatomicopatologica differente nelle due forme, lesione aortica localizzata a tratti nella lues ed uniformemente diffusa nella arterio-sclerosi.

È inoltre importante differenziare l'ombra data da un aneurisma dell'aorta da quella data da un tumore del mediastino.

La *pulsazione* dell'aneurisma a carattere espansibile non è un carattere patognomonico potendo mancare per formazione di coaguli o per alterazione delle pareti.

La *regolarità del contorno* della dilatazione aneurismatica, in rapporto alla irregolarità bozzuta dell'ombra del tumore non è neanche un carattere costante, potendo avere la prima un contorno irregolare per alterazione della parete e la seconda un contorno grossolanamente regolare secondo il tipo del tumore.

Secondo la *legge di Thoma-Riembock* l'aneurisma si ha in una aorta non completamente sana negli altri segmenti, quindi le parti vicine dell'aorta presenteranno dilatazione diffusa, alterazione del contorno ecc. mentre l'aorta nei tumori del mediastino può esser perfettamente sana.

Come ultima prova, se l'esame clinico e radiologico non hanno ancora chiarito la diagnosi, si può praticare l'*arteriografia* iniettando nel vaso dei liquidi opachi che riempiranno e opacizzeranno la tumefazione se essa è in rapporto con l'aorta.

Dott. FRANCESCO SANZONE

Specialista in Radiologia.

Disturbi della minzione e valutazione dei rischi in Assicurazione Vita

Dott. P. TROTTARELLI

Ispettore Medico dell' I. N. A.

È importante, per il medico fiduciario, tener presenti i disturbi della minzione nella valutazione di un rischio.

Queste brevi note, che hanno semplicemente il valore di un riassunto sommario delle turbe urinarie, vogliono più che altro ricordare l'importanza della raccomandazione, che le urine debbono essere emesse dagli assicurandi alla presenza del medico.

Ciò in primo luogo per evitare possibili sostituzioni e secondariamente perchè il modo come si compie la minzione può spesso volte essere la spia di lesioni del sistema urinario od anche di altri sistemi.

Infatti molti individui con lesioni iniziali del sistema nervoso (tabe dorsale, sclerosi a placche) presentano disturbi nella minzione, come pure identici disturbi possono presentare isterici e neuroastenici nei quali si può osservare ritardo nella minzione, getto poco valido, a spirale, ad annaffiatoio, ecc., tanto da far sospettare a prima vista fatti stenotici che in realtà non esistono.

Sono questi i così detti « falsi urinari », coloro cioè che presentano alterazioni semplicemente funzionali ossia non legate a lesioni anatomiche del sistema urinario.

Ed in questo gruppo possiamo far rientrare tutte le alterazioni della funzione urinaria che si constatano nei soggetti affetti da lesioni degli organi vicini, come, ad esempio, della prostata e del retto (ragadi anali, emorroidi) o nella donna dell'utero o degli annessi (tumori, voluminose cisti ovariche, ecc.).

* * *

Prima di venire a parlare delle affezioni dell'uretra che comportino alterazioni anatomiche vere e proprie di essa, sarà bene accennare alle malformazioni congenite dell'uretra stessa, come ad esempio alle *ipospadie* che se per lo più sono semplicemente *balaniche*, possono giungere sino a quella forma di *ipospadia scroto-perineale* che spesso volte si confonde con l'ermafroditismo; alle *obliterazioni* dell'uretra più frequenti a carico della porzione terminale e con conseguente *ipospadia* ed agli *sbocchi anomali* di essa (nell'ano, nel perineo).

Importanti a conoscersi sono le *stenosi congenite* che danno una sintomatologia simile a quelle acquisite. La diagnosi differenziale si fa tenendo conto dell'età giovane dei soggetti, dell'anamnesi negativa in rapporto a pregresse infezioni uretrali e della unicità del restringimento, situato di solito nell'uretra anteriore.

Ed da ultimo, fra le malformazioni congenite, sono da ricordare le *dilatazioni diverticolari*, la cui sede è di solito nella porzione terminale dell'uretra, in tutta vicinanza del glande.

Poichè sono in diretta comunicazione con l'uretra, esse si riempiono durante la minzione sino a raggiungere, a volte, il volume di un'arancia: terminata la minzione, il loro volume diminuisce perdurando uno sgocciolio dall'uretra sino al loro svuotamento.

* * *

Accenneremo ora alle stenosi uretrali vere e proprie.

Esse possono seguire o ad infiammazioni acute dell'uretra, o a lesioni traumatiche di essa.

Le uretriti acute, cui quasi costantemente seguono le croniche con la coorte dei fatti stenotici, sono quelle di natura blenorragica, poichè le altre uretriti acute (da stafilococchi, streptococchi, bacterium-coli), oltre a presentare una fenomenologia molto meno intensa, guariscono per lo più senza conseguenze.

Alcune volte si osservano delle uretriti croniche (e ciò è importante per il medico fiduciario) che non sono in diretta conseguenza di una infezione blenorragica, ma che sono invece legate al bacillo di Koch.

Queste uretriti, la cui sede è per lo più nell'uretra posteriore, sono quasi sempre secondarie a lesioni specifiche o del rene, o della vescica, o della prostata, o degli epididimi.

È bene pertanto rammentare la possibilità di detta forma di uretrite, che potrebbe mettere sull'avviso per affezioni ben più gravi riguardo alla prognosi.

* * *

I fatti stenotici uretrali, consecutivi a forme blenorragiche, si stabiliscono *molto tardivamente*: a volte dopo 8-12 anni dal contagio: essi prediligono il bulbo e l'uretra posteriore e sono *raramente unici*.

Nei restringimenti traumatici invece, consecutivi a ferite interessanti le pareti uretrali, a rotture dell'uretra peniena per flessione dorsale dell'asta in erezione (rottura della corda), a cadute a cavalcioni su corpi duri, a quelle secondarie a fratture del bacino, ecc., il restringimento è per lo più *unico*.

Esso, al contrario di quelli che ripetono la loro causa dalla blenorragia, si *stabilisce rapidamente* ed *acquista in breve tempo una durezza sclerotica* difficilmente smontabile durante le manovre esplorative.

Questi restringimenti vanno *precocemente* e *sistematicamente* curati (dilatazione graduale) perchè lasciati a loro stessi, anche per periodi non molto distanziati, possono produrre gravi fatti di ritenzione.

* * *

Sarà ora opportuno riepilogare per sommi capi la sintomatologia dei restringimenti.

Il paziente comincia a notare un certo ritardo nella emissione delle urine specie a vescica ripiena o dopo periodi sedentari di una certa durata.

Il prolungato sforzo per iniziare la minzione, sforzo nel quale entrano in azione tutti i muscoli ausiliari, è continuato dal paziente durante tutta la minzione stessa: ciò in contrapposto di quanto avviene nei prostatici, nei quali di solito basta il solo sforzo iniziale.

Ciò nonostante l'urinazione è lenta, il getto non ha più la potenza primitiva: esso è spiraliforme, a volte biforcuto, interrotto e con caduta perpendicolare di gocce che « bagnano le scarpe ».

Questa sintomatologia iniziale può andare man mano accentuandosi sino a determinare a volte fenomeni di ritenzione acuta.

PROGNOSI DEI RESTRINGIMENTI URETRALI.

In linea generica possiamo dire che la prognosi dei restringimenti uretrali non è grave, ma ad una sola condizione: che cioè essi siano non solo curati, ma soprattutto *convenientemente* curati.

Ad ogni modo di fronte ad un ristretto bisogna sempre chiedersi:

- 1) la natura del restringimento, se cioè flogistico o traumatico;
- 2) il grado del restringimento.

Stabilita la natura e il grado, sarà bene tener presente la maggiore gravità che assumono i restringimenti traumatici in confronto dei flogistici, per la cicatrice sclerosante alla quale danno luogo.

* * *

Da quanto abbiamo sopra sommariamente esposto, il medico fiduciario, assistendo all'emissione delle urine di un assicurando, dovrà rendersi conto:

- 1) se esiste un restringimento;
- 2) qualora esista dovrà in primo luogo accertarsi se esso sia semplicemente funzionale, ed in tal caso sarà opportuno che egli rivolga la propria attenzione all'esame completo del sistema nervoso (tabe dorsale? sclerosi a placche? isterismo? neuroastenia?);
- 3) escluse eventuali lesioni del sistema nervoso centrale o forme funzionali, occorrerà accertarsi sulla natura del restringimento, se cioè flogistico o traumatico;
- 4) poichè, infine, è ovvio che le classi colte danno in questi casi maggior affidamento di cure razionali, il fiduciario dovrà anche tener presente, per la valutazione del rischio, che dette cure saranno più agevoli ai ristretti che vivono in centri cittadini, in confronto di coloro che sono obbligati a risiedere in piccoli villaggi o addirittura nelle campagne.

Dott. TROTTARELLI PIETRO.



Le cause di sopramortalità degli otitici ed il rischio di Assicurazione Vita

Dott. ALBERTO STARNA

del Servizio Sanitario dell'I. N. A.

Il concetto dominante venti anni fa di accettare in assicurazione vita solo gli individui esenti da qualunque infermità è stato nel dopo guerra revisionato e si tende oggi giorno a far beneficiare sempre più un maggior numero di individui della polizza assicurativa.

Anche nelle malattie d'orecchio si è esteso questo trattamento di favore ed attualmente vengono dal nostro Istituto accettati, salvo casi di notevole gravità, gli otitici cronici che prima venivano rifiutati facendoli rientrare, dopo aver studiato il fattore di sopramortalità, nelle forme di assicurazione con soprapremio.

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni è stato anche propenso alla accettazione del rischio per la grande importanza sociale dell'affezione che purtroppo colpisce un gran numero di individui.

I dati di sopramortalità che devono rilevarsi nel campo statistico servono appunto di base per stabilire il soprapremio in parola.

Otiti purulente.

L'otite purulenta (l'unica che a noi interessa) insorge acutamente negli adulti talvolta ma più spesso nei bambini e negli adolescenti sia primitiva sia in occasione di malattie delle altre vie respiratorie. Largo contributo di otitici lo danno anche le malattie esantematiche specie la scarlattina, come pure l'influenza, la broncopneumonia, più raramente la polmonite e il tifo.

Dopo un periodo di acuzie specie se curati in modo incostante e qualche volta non razionale tali malati ritengono di essere guariti con il cessare della secrezione. Ma una causa perfrigerante anche a distanza di anni risveglia la malattia rimasta latente fino allora, e per varii mesi darà nuovi segni di attività per poi tornare a tacere come prima.

È questo il caso più frequente di otite media purulenta cronica con periodi di riacutizzazione che abitualmente ci occorre di osservare in assicurazione. Qualche volta lo stesso individuo che ha sofferto di otite acuta nell'infanzia non dà quasi alcun peso a questa secrezione incostante nè ha alcuna cura per l'orecchio affetto.

Solo l'abitudine alla vecchia affezione può giustificare questa mentalità; una disamina accurata sebbene sintetica delle complicanze mortali otitiche ci dirà subito che tale noncuranza nel pubblico è veramente pericolosa e da combattersi anche dal punto di vista sociale.

Otiti esterne.

Devo però, prima di parlare delle complicanze otitiche, discriminare le affezioni dell'orecchio esterno che con Joel si possono accettare senza soprapremio in assicu-

razione. Tali malattie di carattere benigno infiammatorio sono le esostosi, le iperostosi del condotto, gli eczemi del padiglione, le micosi, e qualche altra affezione purchè sia accertato indenne l'orecchio medio.

Passando all'orecchio medio si possono accettare senza soprapremio gli esiti di otiti acute purulente guarite con membrana cicatriziale di vecchia data e le otiti catarrali di modico grado con lieve ipoacusia perchè non presentano un aumento notevole del rischio ordinario.

Ipoacusie.

A tal proposito rilevo come l'ipoacusia quando è accentuata è una minorazione della capacità di cui si deve tener conto nell'assumere il rischio assicurativo. Basta riflettere ai pericoli maggiori a cui vanno incontro questi individui per tale minorazione sia in occasione di lavoro nelle officine, sia per il rischio di investimenti nelle strade per trovare più che giustificata la richiesta di un soprapremio anche modico.

Naturalmente la sordità deve essere ben netta, ad esempio si possono comprendere in questa categoria tutti coloro che non percepiscono affatto la voce afona o la voce alta oltre i due metri di distanza; tale categoria con termine efficace se non tecnico si potrebbe qualificare dei sordastri.

Il rifiuto di assicurazione a questi individui come proposero Alvera e Balla mi sembra una misura eccessiva e non rispondente alla realtà della vita pratica.

Otite professionale.

Credo utile anche richiamare l'attenzione sopra un altro aspetto del problema del rischio otitico e cioè la facilità con cui vanno incontro a lesioni dell'orecchio medio alcune speciali categorie di operai o professionisti. Infatti se è stata ampiamente discussa dal medico infortunista la sordità in occasione di lavoro, nell'assicurazione vita tali mestieri sono compresi nei soprapremi professionali. Così sono stati presi in considerazione per ragioni auricolari e di pericolosità i palombari, gli operai dei cassoni ad aria compressa e qualche altra categoria di lavoratori in ambiente molto fragoroso.

Nello stabilire i soprapremi professionali otitici, talvolta compresi nel rischio generico o da inalazione, bisognerebbe meglio distinguere, a nostro avviso, due gradi di rischiosità.

Il primo grado comprenderebbe tutte le professioni che per manipolazione di sostanze tossiche e inalazioni di acido determinano processi infiammatori delle prime vie respiratorie e che poi si diffondono alla tromba con conseguente risentimento otitico; allo stesso gruppo si potrebbero ascrivere i lavori molto fragorosi come quello dei minatori, dei calderai, ecc.

Il secondo grado di maggiore entità dovrebbe considerare i palombari e gli operai dei cassoni ad aria compressa; in tali soggetti si possono infatti stabilire lesioni ben più gravi che le comuni otiti catarrali. Il gioco delle differenti pressioni tra l'ambiente e l'orecchio medio può dare a carico della membrana lesioni varie come: ecchimosi circoscritte, soffusioni emorragiche diffuse, bolle emorragiche, rottura traumatica da sopradistensione della membrana e giungere fino alle eventuali complicanze suppurative.

Nè l'orecchio interno resta indenne dopo tali iperpressioni. Poli, nei lavoratori del cassone, senza riscontrare alterazioni della membrana ha trovato ipoacusia doppia rispetto ad operai dei comuni mestieri; evidentemente per lesioni labirintiche di probabile natura embolica. In qualche caso descritto da Dewatripont si è arrivati fino alla sordità.

A questa stessa categoria si potrebbero ascrivere gli aviatori nei quali il fragore si associa alla variazione brusca della pressione barometrica.

* * *

Otite acuta.

Ma accanto a questi rischi professionali otitici all'atto dell'assunzione di assai maggiore importanza per l'assicurazione vita sono le complicanze dell'otite purulenta. Molto opportunamente a tale proposito si ritiene opportuno rinviare di sei mesi l'assicurazione allorchè l'assicurato all'atto della visita risulta affetto da otite acuta. È specie dopo alcuni mesi dall'insorgenza dell'otorrea che compaiono le complicanze intracraniche.

Complicanze dell'otite.

Sono scarsi a tale proposito i dati statistici, però sappiamo d'altra parte che le complicanze mortali dopo quindici-venti anni dall'inizio dell'otite purulenta sono rare. Riporto a tal proposito da una ricca statistica di Robin la conferma sulle complicanze mortali nei primi anni dell'insorgenza dell'otite purulenta.

Epoca d'insorgenza delle complicanze otitiche mortali

Periodo intervallare dell'otite acuta .	fino a 1 anno	1-3 anni	4-5 anni	6-10 anni	11-20 anni	21-30 anni	31-40 anni	Oltre 41 a.
In rapporto % .	44,72	16,26	6,50	11,38	8,94	5,69	4,07	2,44

Dall'esame di questa tabella risulta che poco meno della metà delle complicanze intracraniche avvengono entro il primo anno dall'inizio della malattia, a tal proposito ricordo che a un dipresso tale periodo corrisponde praticamente a quello del rinvio dei nostri assicurandi. Si rileva pure dallo stesso quadro che la maggior parte degli altri casi si riferisce a pazienti affetti da otite da un periodo di due a dieci anni.

Ci dobbiamo ora domandare quali otitici cronici si possono accettare anche se colpiti da complicanza e quali invece dobbiamo rifiutare. Dal punto di vista assicurativo è utile esaminare l'otite m. pur. cr. e le sue complicanze separatamente. Quelle che a noi interessano maggiormente sono le affezioni del temporale particolarmente insidiose e che possono determinare una complicanza mortale intracranica.

Otite m. pur. cronica.

L'otite m. pur. cr. subbiettivamente si riassume in una secrezione intermittente dell'orecchio e in una incostante diminuzione dell'udito, la quale ultima però a differenza di quanto crede il paziente non ha alcun rapporto con la gravità della lesione.

Secrezione.

Obbiettivamente esamineremo per prima cosa i caratteri della secrezione. Questa può essere purulenta, mucopurulenta, più di rado mucosa, vischiosa, talvolta mista a sangue; se è molto abbondante potremmo ritenerla facilmente di origine scarlattinosa o consecutiva a carie della rocca con probabile tendenza alla diffusione nelle cellule periantrali. Se l'odore è fetido, e la secrezione scarsa, densa, verdastra, vischioso e se facendola scorrere tra due polpastrelli dà la sensazione di grani di

sabbia potremmo ritenere probabile una suppurazione grave dell'attico, affezione questa sempre a prognosi riservata.

Per tale ragione, seguendo questo criterio di riferimento grossolano ma utile per il medico pratico non consigliamo l'accettazione dell'otitico cronico con secrezione purulenta fetida senza un esame di uno specialista. Nella carie della rocca la secrezione è più liquida sieropurulenta e rassomiglia all'acqua di lavatura di carne. Talvolta la secrezione purulenta è cessata e sostituita da squame agglomerate che fanno pensare a masse colesteatomatose.

Esame otoscopico.

Dopo aver esaminato la quantità e il carattere della secrezione, che abbiām visto avere tanta importanza per l'orientamento generico, passeremo ad un esame otoscopico accurato. Non è il caso di dilungarci sui vari reperti della otite pur. cr.; ricorderemo solo che abitualmente si trova un'unica perforazione a stampo che occupa il quadrante antero-inferiore o antero-superiore della membrana; talora più vasta, occupa tutta la *pars tensa*; talaltra invece solo la *pars flaccida*.

Esamineremo poi il manico del martello, la sua posizione, la lunghezza, eventuali processi cariosi che l'abbiano colpito e lo stato della piccola apofisi. Passeremo poi all'esame della cassa la cui mucosa può essere di colore rosso carico, giallo roseo o giallo pallido o assumere un aspetto grigiastro tendineo per atrofia avanzata che rende bene evidente il promontorio. Invece può risultare ispessita in modo da riempire tutta la cassa; o essere base d'impianto di un polipo che si affaccia nella perforazione timpanica; oppure può presentare granulazioni facilmente sanguinanti. Dal complesso dei singoli fatti osservati potrà lo specialista farsi un concetto della gravità della lesione ed emettere in conseguenza un giudizio diagnostico.

Difficoltà delle prognosi.

Si deve però a tal proposito avvertire che la prognosi negli otopazienti non è mai di sicurezza ma solo di relatività perchè in ogni suppurazione di orecchio noi non sappiamo mai « come terminerà e a che cosa vorrà condurre l'otite », come già acutamente diceva ai suoi tempi Wilde. Non è certo l'ampiezza della perforazione timpanica o il grado dell'acutezza uditiva che ci possano rassicurare; anzi il più spesso una piccola perforazione alta, ostacolando il deflusso del pus, renderà più facile la diffusione della suppurazione. È più utile, invece, per la prognosi, l'accertare la presenza di granulazioni o di polipi nella cassa o di una carie ostinata dell'attico; così pure una caduta del condotto faranno orientare la prognosi in senso sfavorevole specie se accompagnate a condizioni generali mediocri con antecedenti scrofolosi o luetici.

Anche la natura scarlattinosa e difterica delle otiti rende malfida la prognosi, come qualunque altra causa debilitante costituzionale, il diabete, l'alcoolismo, la coesistenza dell'ozena ecc. Ricordiamo anche che non è prudente accettare il rischio nella carie dell'attico di notevole entità, perchè si tratta di suppurazioni ostinate con ristagno di pus e facile diffusione attraverso gli organi circostanti alla cavità endocranica. Tali casi vanno compresi in una speciale categoria distinta da quella delle otiti croniche a secrezione abitualmente fetida.

Carie delle pareti.

Delle altre complicate dell'otite med. pur. cr. la più frequente è la carie delle pareti dell'orecchio medio; essa consiste in una necrosi parcellare dell'osso che si rammollisce, si fa nerastro e si ricopre di granulazioni grigie o grigio-rosee miste

a masse caseose. È specie il ristagno del pus che favorisce la formazione di un processo carioso che ha dimensioni e sede variabile, invadendo talvolta, specie nella carie necrotica, una parte notevole del temporale, mentre il più spesso si limita a focolai del volume di un grano di miglio. Quanto alla sede, per ordine decrescente di frequenza si passa dall'apofisi mastoide alla parete postero-superiore del condotto, al tegmen timpano, al promontorio e al labirinto.

All'esame otoscopico nelle diverse zone del quadro vediamo dei punti nerastri e delle fungosità, con uno spillo si può toccare l'osso denudato ed eventualmente attraverso una fistola giungere a qualche cellula carinata proximiore. Alcune di queste nel loro interno possono contenere sequestri ossei specie nella mastoide. Anche la caduta della parete, di cui abbiamo già accennato, non è altro che l'osteo-periostite reattiva all'invasione del processo suppurativo degli spazi pneumatici della porzione postero-superiore del condotto.

Paralisi del facciale.

Il medico specialista, di volta in volta, a seconda della diffusione e della sede del processo carioso, darà gli elementi per stabilire se il rischio può essere accettabile o meno. Se il processo ha invaso il canale di Falloppio e determinata la paralisi del facciale il rischio sarà pure da rifiutare perchè la suppurazione dimostra un'andatura fortemente invadente con formazione di masse caseose e granulazioni che hanno già prodotto un processo di nevrite e di perinevrite del facciale. Per il pericolo della diffusione endocranica il giudizio sarà ugualmente riservato anche in casi di focolai circoscritti alla volta della cassa mentre si potrà essere più larghi per le altre sedi.

Si potrebbe obiettare che nell'accettazione rischi ci siamo attenuti ai caratteri della secrezione; ma ciò va inteso in modo relativo e non assoluto; perchè come proponiamo il rifiuto in alcuni casi di otite a secrezione non fetida, così dobbiamo ricordare che esistono casi di otite pur. subacuta con secrezione fedita per scarsa pulizia senza speciale pericolo.

Considerando quanto sopra non credo ci si possa tacciare di eccessivo rigore se proponiamo di rifiutare come e più delle otiti croniche e fetide la paralisi del facciale; la carie dell'attico come anche i casi di granulazioni abbondanti o di polipi della cassa che determinano notevole ristagno della secrezione. Il criterio del carattere della secrezione è più per il medico generico che per lo specialista, questi dovrà seguire un principio più razionale e che credo possa così riassumersi: accettare tutti i casi in cui si consiglierebbe una cura medica, rifiutare tutti quelli in cui sarebbe necessario l'intervento chirurgico.

Colesteatoma.

Altra complicanza non rara della otite med. pur. cr. è il colesteatoma, che dal piccolo volume di un grano di miglio può aumentare fino a raggiungere quello di una noce. Sebbene si discuta ancora sulla natura di esso, se cioè sia un tumore eteroplastico come credeva Virchow o un fatto di ritenzione, praticamente per noi si comporta con la sua tendenza escavativa e compressiva come un tumore maligno. Basta pensare che per tale suo potere talvolta raggiunge la dura madre, o aperto il canale semicircolare esterno può determinare una labirintite; può anche verso l'interno invadere una gran parte della piramide, o verso la mastoide comprimere o invadere il seno laterale; infine può trasformare tutte le cellule di questa regione in una unica cavità purulenta ed essere sede, nei grossi colesteatomi, di cisti emorragiche.

Sebbene il colesteatoma dell'attico sia il più pericoloso per la vita, non è consigliabile accettare il rischio nemmeno di casi in cui l'attico sembra risparmiato; l'esame otoscopico non dà elementi sufficienti in tali pazienti per poter stabilire fin

dove sia giunto il processo; l'anfrattuosità della cavità auricolare e la nota malignità del decorso del colesteatoma ci fanno sistematicamente rifiutare il rischio per tali individui. È vero che sono descritti in letteratura casi di lunghissimo decorso del colesteatoma ed anche di eliminazione spontanea del tumore attraverso la parete posteriore del condotto; ma le eccezioni non fanno che confermare la prognosi grave di tale affezione che con difficoltà guarisce anche in seguito ad intervento dando luogo a facili recidive per la persistenza di un gettone della cosiddetta matrice del colesteatoma. Il colesteatoma può dare anche pericolose complicazioni oltre le già ricordate perchè superando tutta la barriera ossea può portare ad una leptomeningite per usura della volta della cassa, ad ascessi sottodurali della fossa cranica media o posteriore, a tromboflebite del seno laterale, e perfino ad emorragie della carotide per usura della parete arteriosa.

Labirintite.

Molto più rara delle precedenti complicanze è la labirintite di cui a noi interessa qui ricordare, tralasciate le forme acute che per il quadro imponente sintomatico che l'accompagna non sono nemmeno da discutere, solo la forma cronica. Anatomicamente si distinguono le forme sierose dalle purulente, ma la prima può guarire e solo la purulenta lascia alterazioni definitive dell'apparecchio vestibolare e che noi brevemente considereremo. Poichè quasi tutte le labirintiti croniche sono l'esito di una labirintite acuta, dovremo cercare nell'anamnesi di ogni otopaziente il noto quadro vestibolare di vertigini intense, cefalea, nistagmo, febbre per un breve periodo di tempo. La diagnosi facile con la sindrome labirintica in atto, è molto delicata per il medico dell'assicurazione allorchè il quadro acuto è scomparso e l'anamnesi per ragioni ovvie va accettata con cautela. Si suggeriranno allora in casi sospetti le prove funzionali come la lateralizzazione del Weber, la prova della fistola, il nistagmo e all'esame otoscopico si cercherà una eventuale carie nel promontorio e specie in corrispondenza del canale semicircolare esterno. Non mi dilungherò sopra altri elementi indici di lesione labirintica come la prova di rotazione, la prova calorica e la prova galvanica; a noi medici assicuratori interessa poter accertare la labirintite anche circoscritta.

Prognosi della labirintite.

Nonostante la possibilità di guarigioni spontanee di labirintiti per l'azione protettiva di aderenze connettivali endolabirintiche, il più spesso in una percentuale dell'80% tali pazienti finiscono, se non operati a tempo, con meningite sierosa o purulenta. È specialmente attraverso il canale semicircolare esterno o superiore che giunge il pus e di là la piolabirintite si diffonde al sacculo endolinfatico da cui passa alle meningi.

Sebbene statistiche esatte sulle vie seguite dall'infezione della meningite otogena non siano numerose, la labirintica è molto frequente. Alcuni A.A. ritengono che solo il 35% delle leptomeningiti siano dovute a labirintiti; ma tale percentuale è troppo bassa: Zeroni faceva salire tale cifra al 75%, proporzione molto più vicina alla vera e che oggi si deve tenere la più probabile. Anche Lermoyez concorda nello stesso concetto allorchè ammette che il 65% delle meningiti otogene siano a origine labirintica e quando osserva che il rischio di tale complicanza, mentre è solo di 1,60 per mille nelle otiti purulente croniche, tale percentuale sale al 13 per mille quando si complica con una piolabirintite.

Se poi coesiste anche una sordità completa dovremo ammettere una piolabirintite non più circoscritta ma diffusa. La prognosi, quindi, in ogni labirintite purulenta è praticamente sfavorevole anche quando non sono evidenti le prove di inecce-

bilità labirintica ma ben visibile sul promontorio o in corrispondenza del canale semicircolare esterno una fistola. Spesso nell'orificio di questa si rileva un contenuto purulento: in ogni caso anche se la natura da sè provvidenzialmente provvede erigendo una barriera connettivale nel canale semicircolare all'ulteriore progredire dell'infezione, noi dovremo rifiutare ugualmente il rischio. Riassumendo, tutte le labirintiti croniche qualunque sia il grado di esse e nonostante l'apparente quiescenza della malattia, per le complicate su esposte a cui vanno incontro fatalmente tali soggetti, vanno escluse dall'accettazione in assicurazione.

Sono queste che abbiamo elencato le complicate otitiche nelle quali abbiamo distinto quando si possa accettare o quando si debba rifiutare il rischio. A medici generici potrà sembrare eccessivo il nostro rigore di accettazione, ma basta far presente che il rischio è già notevole per i molti casi in cui all'esame otoscopico la diffusione del processo suppurativo nelle cellule intorno alla cassa sfugge per la speciale costituzione anatomica dell'orecchio perchè, si debbano accettare anche pazienti in cui la pericolosità della lesione è evidente.

È per noi inutile discutere ora di quelle forme morbose che vengono abitualmente chiamate anche complicazioni ma che praticamente non rappresentano che l'esito di una delle complicate già descritte. Sappiamo che l'infezione giunta per il sacco endolinfatico o per carie della rocca o lungo il condotto uditivo interno a contatto della dura finirà col diffondersi alla pia dando la leptomeningite, oppure dopo aver seguito gli spazi linfatici perivascolari darà un ascesso cerebrale. Talvolta infine lo ascesso sarà circoscritto soltanto alla zona di arrivo sottodurale.

Tromboflebiti.

La tromboflebite merita di essere ricordata in modo speciale perchè è più frequente nelle otiti croniche che spesso si accettano in assicurazione e nelle quali si è stabilito in modo insidioso un graduale processo carioso della mastoide che finisce col raggiungere la doccia del seno laterale. Spesso la tromboflebite dà una setticemia per diffusione alla corrente circolatoria di batteri (abitualmente streptococchi) attraverso la parete alterata o per embolo distaccatosi dal trombo sinusale infetto.

Merita pure di essere ricordato il fatto importante per il rilievo statistico sulle cause di morte di origine otogena che specie a medici generici può talvolta sfuggire completamente tale origine della tromboflebite; può accadere allora che non avendo il paziente accusato alcun disturbo dolorifico all'orecchio dove covava una vecchia otite dimenticata venga denunciato il caso alla morte come setticemia o setticopiaemia indeterminata. Tanto più che in tali individui i sintomi generali possono occupare completamente il quadro clinico con decorso tifo-simile o con frequenti complicate polmonari.

Sono queste le complicate e gli esiti abituali dell'otite pur. cr.; su complicate più rare come l'emorragia da erosione della carotide, le setticemie senza tromboflebiti, la diffusione degli ascessi di Bezold a flemmoni del collo e del mediastino non è nostro compito dilungarci.

Cause di morte degli otitici.

Le cause più frequenti di morte tra le su esposte sono la meningite e l'ascesso che globalmente rappresentano circa i due terzi dei sinistri otitici come dimostra il seguente quadro statistico percentuale:

	Robin	Gluber	Hessler	Altri AA.
Meningite . . .	43,10	35,50	32,59	35,71
Ascesso cerebrale . .	34,48	22,50	46,32	28,90
Tromboflebite . . .	22,42	42 —	21,09	35,39

Su qualche migliaio di decessi di otitici presi in considerazione solo Gluber trova un'alta percentuale di *obitus* per tromboflebite; gli altri AA. riconoscono nettamente prevalenti le complicanze endocraniche.

* * *

Dati statistici.

Quando dal campo clinico passiamo a quello statistico ci colpisce subito il fatto fondamentale in tema di assicurazione, che in rapporto alla pericolosità dell'otite i morti per complicanze di essa sono in numero relativamente modesto. In Italia nel quattordicennio 1911-1924 sono stati denunciati 7438 decessi per complicanze otitiche, cifra che riportata alla mortalità totale nello stesso periodo corrisponde al 0,07 per cento di media con leggere variazioni scendendo ad un minimo di 0,06 e raggiungendo un massimo di 0,08.

È molto probabile che tale cifra sia inferiore alla realtà perchè alcune setticemie o meningiti otogene possono essere sfuggite alla diagnosi del medico generico; comunque il valore anzidetto deve essere a un di presso esatto. Altro rilievo statistico è che i sinistri otitici hanno raggiunto il massimo nel 1917 in occasione della pandemia influenzale che diede un numero rilevante di otiti purulente.

Età alla morte.

Più interessante è esaminare a quale età insorga la complicanza mortale negli otitici; orbene il maggior numero dei decessi si hanno nei primi decenni. Riporto a tal proposito in percentuale i dati ricavati da varie centinaia di sinistri otitici:

Decessi per otite e sue complicanze

Mortalità percentuale per gruppi di età

E t à	Robin	Korner
0-10	10,68	17,88
11-20	21,16	26,66
21-30	40,25	28,45
31-40	14,47	12,19
41-50	5,66	11,82
51-60	1,89	
61 ed oltre	1,89	

Balza subito agli occhi come la maggior parte dei decessi per gruppi di età colpisce gli individui adolescenti o nella prima giovinezza; dalle statistiche su esposte il 75 % dei sinistri si ha prima dei vent'anni di età. Questo fenomeno è dovuto alle frequenti complicanze che accompagnano l'otite purulenta acuta che predilige di gran lunga, come già abbiamo detto, i ragazzi e i giovani. Non è il caso di esporre le probabili ragioni anatomiche e fisiopatologiche che predispongono i giovani a tale complicanza; interessa soltanto rilevare come questa automatica selezione con l'età fa sì che allorquando giunge l'età assicurativa abituale, cioè verso i 30-35 anni, le complicanze otitiche si fanno nettamente più rare.

Questi rilievi, e cioè l'età dell'assicurato e la norma precauzionale di rinviare l'accettazione degli otitici acuti, riduce i sinistri tra gli assicurati ad una cifra esigua.

In considerazione di ciò potremo accettare in assicurazione con una certa larghezza gli otitici cronici in cui non esiste una evidente complicità di quelle da noi sopra esposte, specie quando l'otite risale a vecchia data.

Con ciò non si può negare la possibilità di complicanze a lunga scadenza: Spiller in un caso l'osservò dopo ben 68 anni dall'otite acuta; ma l'eccezione non ha valore sull'evidenza statistica di probabilità. Nè d'altra parte dobbiamo dimenticare che il rischio che assumiamo è compensato da un sovrappremio corrispondente.

Statistica mortalità singole complicanze.

Se passiamo poi ad un esame analitico delle cause di morte, sempre per gruppi di età, vediamo che il fatto già riscontrato si verifica ugualmente qualunque sia la complicanza in esame come risulta da questo quadro desunto da varie centinaia di decessi.

Complicanze otitiche mortali per le singole affezioni

Espresso in percentuale per gruppi di età

Età	Ascesso cerebrale e cerebellare (Heimann)	Tromboflebite (Hessler)	Meningite (Korner)
0-10	13,28	13,88	2,78
11-20	30,84	33,93	25 —
21-30	31,21	30,59	36,11
31-40	12,52	12,60	11,11
41-50	7,11	6,43	} 25 —
51-60	4,11	2,96	
61 e oltre	0,93	0,51	

Devo avvertire che per la meningite non ho potuto consultare che una statistica di soli 50 casi; comunque anche da essa risulta che il numero dei decessi prima dei trenta anni raggiunge la considerevole cifra del 64 %. Notisi, concordemente alla opinione di varii autori, la rarità della meningite nei primissimi anni di età e la maggior frequenza nell'adolescenza e nella prima giovinezza.

L'esame di tale quadro ci si spiega perchè lo studio di un numero esiguo di assicurati otopazienti cronici ci possa dare una percentuale minima o nulla di mortalità come nel saggio di Romanelli-Trottarelli che sopra 214 otitici rifiutati nel periodo 1913-1928 non ebbero occasione di riscontrare alcun caso di decesso per complicanza otitica. Non è invece eccezionale riscontrare tra gli assicurati sinistri per otite o sue complicanze insorte dopo l'assunzione in assicurazione.

In base alle tabelle esposte prima noi dobbiamo oggi considerare il rischio e, dopo che l'esame di uno specialista ha escluso complicanze gravi, dobbiamo accettare l'otopaziente con un sovrappremio.

Anche altre considerazioni ci orientano in questo senso, la grande frequenza degli otitici e specialmente il fatto dolorosamente constatato che l'assicurando scaltro tace non raramente al medico l'otite sofferta in precedenza. Nell'evenienza poi del sinistro l'otite, per una falsa pietà del medico verso la famiglia, può, sebbene raramente, esser dichiarata di recente insorgenza.

Ma indipendentemente da qualunque questione medico-legale, che esorbita dal nostro compito, molto saggiamente l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni accetta il rischio degli otitici condizionandolo allo stato della lesione.

Giudizi dei consorzi esteri sul rischio.

È utile vedere a tale proposito come si comportino i Consorzi esteri per rischi tarati di fronte agli otitici.

Il Consorzio austriaco di Vienna, considera negli otitici tre gradi di taratura, come risulta da una relazione su quel Consorzio in data Vienna 30 gennaio 1928, con il seguente criterio: se l'otite presenta una piccola perforazione della membrana timpanica senza secrezione ed è curabile con mezzi medici prevede una sopramortalità del 25 %; se invece la perforazione è ampia ed a periodi presenta secrezione applica una sopramortalità del 50 %, ed infine se la secrezione è continua del 75 %. Il Consorzio stesso prevede anche un aggravamento per eredità, costituzione, e professione da considerare singolarmente ed espresso in anni.

Una tale classifica se è di facile applicazione non persuade lo specialista che conosce come la pericolosità dell'otite non è basata soltanto sulla quantità della secrezione.

La « Munchener » in un individuo di ventinove anni che presentava secrezione fetida auricolare sinistra e probabile carie del timpano consigliava uno scaglionamento in cinque anni del capitale assicurato e l'applicazione di un soprapremio corrispondente ad una sopramortalità del 75 %.

A proposito di colesteatoma ricordo come anche in questa malattia i pareri dei Consorzi siano molto disparati. Così in un soggetto di 28 a. affetto da abbondante secrezione fetida sinistra con vasta perforazione timpanica e colesteatoma mentre il Consorzio italiano, la Comp. Svizzera e la « Varma » erano per il rifiuto, il Consorzio Cecoslovacco era per il rinvio di un anno e mezzo, quello austriaco per un rinvio di sei mesi soltanto; avrebbero invece accettato l'assicurazione per un periodo di venti anni le seguenti Compagnie: « Duna », « Worske-Folk » e la « Sverige » con notevole aumento di premio.

Porto questi esempi per dimostrare la necessità di perequare in base ad esatte tabelle di sopramortalità le condizioni di assicurazione nei tarati con criterio possibilmente unico internazionale.

Ritengo che si debba tenere in gran conto, nello stabilire la prognosi, della durata della malattia perchè come abbiamo visto sopra le complicanze mortali dopo quindici anni dall'insorgenza si fanno più rare e sarebbe forse conveniente ed equo nei casi di otite cronica non complicata applicare una taratura decrescente. Si adotterà invece una taratura a sopramortalità crescente in casi di sospetta complicanza che col tempo potrebbe aggravarsi come le carie dell'attico e per il sospetto di colesteatoma; rimarrà invece fermo il rifiuto in casi di forme conclamate di queste lesioni.

Statistica otitici assicurati dall' I. N. A.

Non possiamo oggi, data la breve antidurata assicurativa, avere delle statistiche di mortalità, ma solo di morbidità dei nostri assicurati otitici e brevemente ora li esamineremo. Avvertiamo però che tale cifra con tutta probabilità deve considerarsi inferiore al vero per la più o meno involontaria dimenticanza del soggetto. Nè tale dimenticanza può essere corretta dall'esame obbiettivo fatto abitualmente da un medico generico; solo nei casi in cui l'assicurato ha dichiarato l'affezione auricolare lo specialista ha proceduto ad un esame completo dell'orecchio.

Sopra un totale di 155.999 assicurati presso l' I. N. A. nel triennio 1928-1930 hanno dichiarato di essere affetti da otite 663 individui cioè circa il 4 ‰ degli assicurati; di tale cifra ben 624 appartiene a uomini otitici e solo 39 a donne. Questa differenza è dovuta a due elementi, il primo è dovuto al fatto che l'assicurazione intesa come previdenza di famiglia è praticata oggigiorno in Italia da un numero

fortemente preponderante di uomini, il secondo è un elemento statistico medico come risulta anche da statistiche cliniche dovuto alla reale minor frequenza della morbidità otitica nelle donne. Questo fatto si spiega non già per ragioni anatomiche ma perchè le donne sono esposte molto di meno degli uomini a cause perfrigeranti nella vita quotidiana e nell'esplicazione delle loro mansioni. A proposito dell'occupazione lavorativa offre un certo interesse dal punto di vista medico-sociale la classifica degli otitici distinti per professione come risulta dal seguente prospetto:

Classe	Gruppi professionali degli otitici accettati in assicurazione nel triennio 1928-1930	Cifre assolute	Cifre percentuali
1	Agricoltori e simili	27	4,05
2	Industriali, commercianti, padroni e direttori di industrie .	146	22 —
3	Venditori in genere, esercenti, rappresentanti.	54	8,15
4	Operai addetti a mestieri pericolosi o meno pericolosi . .	34	5,15
5	Personale speciale delle ferrovie o addetto in genere ai servizi di trasporto	11	1,65
6	Personale di fatica e di servizio	8	1,20
7	Personale subalterno dello Stato e di altri Enti Pubblici .	11	1,65
8	Aereonautici, militari e di altri Enti Pubblici	11	1,65
9	Ufficiali, impiegati, pensionati	159	24 —
10	Liberi professionisti, artisti e addetti al culto	55	8,30
11	Proprietari	21	3,20
12	Condizione non professionale	133	20,05
	TOTALE	663	100 —

Per una esatta interpretazione di questi dati devo avvertire che le alte cifre della categoria degli ufficiali e impiegati e di quella dei commercianti ed industriali se vera in senso assoluto non lo è in senso relativo e ciò si spiega per la forte prevalenza di tali gruppi professionali nei tipi di assicurazione che ho preso in considerazione, tutti accettati con visita medica. Disgraziatamente gli artigiani e gli operai che lavorano in luoghi umidi o in ambiente ricco di gas irritanti delle prime vie respiratorie e quindi più soggetti ad otite sono per la maggior parte compresi nei tipi di assicurazione senza visita medica come la forma popolare che non possiamo però prendere in esame. In ogni modo risulta dal quadro suddetto che anche tra impiegati, ufficiali, industriali e commercianti la percentuale di otitici deve essere rilevante forse come esiti di malattie infantili.

Se consideriamo gli otitici accettati nel triennio stesso vediamo disporsi il massimo numero di questi nel quindicennio 25-40 anni.

Gruppi di età all'ingresso										Cifre assolute	Cifre percentuali
da 0 a 19 anni	.	.	.	.	.	.	.	.	.	12	1,80
» 20 » 24 »	.	.	.	.	.	.	.	.	.	41	6,20
» 25 » 29 »	.	.	.	.	.	.	.	.	.	113	17,05
» 30 » 34 »	.	.	.	.	.	.	.	.	.	155	23,40
» 35 » 39 »	.	.	.	.	.	.	.	.	.	135	20,35
» 40 » 44 »	.	.	.	.	.	.	.	.	.	101	15,25
» 45 » 49 »	.	.	.	.	.	.	.	.	.	64	9,65
» 50 » 54 »	.	.	.	.	.	.	.	.	.	30	4,50
» 55 » 59 »	.	.	.	.	.	.	.	.	.	11	1,65
Oltre 60 »	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0,15
TOTALE . . .										663	100 —

Anche per questo quadro mi richiamo a quanto ho detto prima come cioè tale disposizione per i gruppi di età sia dovuta alla frequenza di assicurazione e non all'epoca di insorgenza dell'otite.

Infine per dimostrare come anche il portafoglio degli Istituti di assicurazione si avvantaggi dall'accettazione degli otitici che prima venivano sistematicamente rifiutati riporto un prospetto degli stessi malati considerati per gruppi di tagli di capitale.

Taglio del capitale										Numero dei contratti	
Fino a Lire 5.000	.	.	.	.	.	.	.	.	.	27	
da 5.000 » 10.000	.	.	.	.	.	.	.	.	.	162	
» 10.000 » 15.000	.	.	.	.	.	.	.	.	.	48	
» 15.000 » 20.000	.	.	.	.	.	.	.	.	.	121	
» 20.000 » 30.000	.	.	.	.	.	.	.	.	.	86	
» 30.000 » 50.000	.	.	.	.	.	.	.	.	.	127	
» 50.000 » 100.000	.	.	.	.	.	.	.	.	.	67	
» 100.000 » 250.000	.	.	.	.	.	.	.	.	.	17	
» 250.000 » 500.000	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	
TOTALE . . .										663	

Come si vede tali tagli non sono indifferenti raggiungendo anche una notevole percentuale per capitali di una media entità come 30-50 mila lire.

*
*
***Mortalità otitici.**

Dopo avere esaminato le complicanze mortali negli otitici, i dati statistici degli otitici cronici assicurati presso l'I. N., A., ci si deve domandare quale sia l'aumento del rischio di mortalità in tali individui di fronte ad altri sani. La risposta non è certo facile: abbiamo visto che gli autori danno cifre variabili non esistendo statistiche complete ed aggiornate; la cifra del 2-3‰ avanzata da qualcuno è con tutta probabilità troppo alta. Come vedremo nei dati che sotto esponiamo oggi essa sembra vada diminuendo notevolmente poichè s'interviene largamente e molto prima che sopraggiungano complicanze mortali.

È però doloroso constatare, dal punto di vista sociale, che le otiti purulente croniche semplici o complicate da carie dell'attico o polipi rappresentano sempre un alto numero rispetto alle acute e ciò depone per la scarsa conoscenza presso il pubblico del rischio otitico. A conferma di ciò riporto una tabella recente dell'Ambulatorio della R. Clinica Otolitrica di Roma.

Otopazienti visitati nella R. Clinica Otolitrica di Roma nel triennio 1930-1932

A n n o	Totale visite (orecchio)	O t i t i p u r u l e n t e			
		Acute	Subacute	Croniche sempl.	Complic. con polipi o carie attico
1930	6.265	424	192	772	289
1931	6.601	552	173	789	321
1932	5.711	769	—	775	248
TOTALE	18.577	1.745	365	2.336	858
				Totale otitici cronici 3.194	

Frequenze delle otiti croniche.

Da questo quadro risulta che rispetto a 1745 otiti acute (le subacute non sono considerate, ma con molta probabilità in gran parte passeranno alle croniche) sono state visitate ben 3194 croniche equivalenti ad un egual numero di pazienti. Dalle seguenti percentuali risulta pure, ed è il dato più interessante per noi, quanto sia notevole il numero delle otiti croniche complicate che rappresentano il vero maggior rischio per un istituto di assicurazione.

Otitici visitati nella R. Clinica Otolitrica di Roma nel triennio 1930-1932

Rapporto ‰	{	Otiti pur. acute	35,33	‰	{	Ot. pur. cr. sempl.	73,14
		Otiti pur. croniche	64,67			Ot. pur. cr. compl.	26,86
		‰	{	altri otopazienti	82,81		
			{	Ot. cr. pur.	17,19		

Anche in rapporto al numero totale dei visitati gli otitici cr sono con il 17,19 % un'alta percentuale quando si rifletta che le altre cause non elencate non sono tutte vere affezioni dell'orecchio ma spesso eczemi, corpi estranei, tamponi ceruminosi ecc.

Miglioramento della mortalità.

Di fronte a questi dati statistici che ci dicono l'alto numero di otiti purulente croniche semplici e di otiti purulente croniche complicate, elementi più rassicuranti li abbiamo sul decorso e sugli esiti degli operati specie in questi ultimi anni. Prendendo sempre come esempio il rendiconto clinico della Clinica Otoiatria del solito triennio rispetto a quella del reparto specializzato degli Ospedali Riuniti di Roma nel triennio 1908-1910 risulta che si è scesi ad una mortalità negli operati di mastoidomia e radicale di Schawarze del 2,57 % mentre risultava del 4,21 % venti anni fa. Evidentemente in tanti anni l'educazione igienica del nostro popolo ha progredito e sono più rari i casi in cui gli otitici si presentano al chirurgo a complicanza fatale conclamata.

Vogliamo sperare che ciò sia di buon augurio e, col progredire dell'educazione profilattica e terapeutica che nel campo otoiatrico sociale ha importanza fondamentale si migliorino sempre più tali risultati fino a ridurre a cifra insignificante i decessi per otite. Sarà qualche cosa di guadagnato per gli istituti di assicurazione, ma molto di più per tante vite giovanili perdute inutilmente per negligenza mentre potrebbero essere conservate al lavoro e alla patria.

CONCLUSIONI

Per poter ben giudicare il rischio che presenta un assicurando affetto da otite purulenta è necessaria la visita di uno specialista.

Le otiti acute è bene siano rinviate.

Le otopatie croniche che si possono accettare in assicurazione sono le seguenti:

a) Esiti di otite pur. cr. con perforazione timpanica senza altre lesioni e senza secrezione;

b) otite pur. cr. con scarsa secrezione non fetida;

c) otite pur. cr. con secrezione fetida senza carie dell'attico;

d) otite pur. cr. con granulazioni della cassa;

e) otite pur. cr. con sospetto di carie dell'attico e di colesteatoma.

Il soprapremio da applicare alle singole forme sarà proporzionato direttamente alla gravità delle lesioni, inversamente alla durata della malattia ed aumenterà dalla b) alla c). Le categorie d) ed e) possono essere accettate con notevoli restrizioni tenendo conto che rappresentano rischi a sovramortalità crescente, mentre per la cat. b) potrà essere a sovramortalità decrescente.

Si rifiuteranno invece le seguenti complicanze:

f) Colesteatoma e carie dell'attico conclamati, paralisi del facciale otogene e le piolabirintiti anche circoscritte.

RIASSUNTO

L'A. passa in rassegna il rischio otitico dapprima dal punto di vista professionale e nelle forti ipoacusie; successivamente per le complicanze dell'otite purulenta cronica che presentano un reale aggravamento del rischio. Riporta poi statistiche sulla mortalità delle principali complicanze ed esamina la pericolosità anche in riferimento all'epoca di insorgenza della complicanza mortale dall'inizio dell'otite.

Passa poi a rilevare come all'epoca assicurativa, cioè verso i 30-35 anni di età, oltre i due terzi delle complicanze otitiche abbiano già dato l'esito e quindi in considerazione di ciò è favorevole all'accettazione anche di sospette lesioni dell'attico.

Quanto al criterio per stabilire il soprapremio è necessario l'esame completo dello specialista e in base a questo si passerà a determinare una taratura a seconda della gravità della lesione riscontrata ed eventualmente a taratura crescente.

Gli elementi statistici nel campo otitico devono ancora essere arricchiti ed aggiornati per potere giungere alla compilazione di una sicura tabella di sopra-mortalità. Frattanto per lo studio della morbidità auricolare l'A. esamina gli otitici accettati dall'I. N. A. nell'ultimo triennio sotto il triplice punto di vista professionale, dell'età all'ingresso e del taglio di capitali assicurati.

L'A. conclude, riferendosi anche a recenti statistiche, per un miglioramento prognostico circa la mortalità otitica in un prossimo domani; miglioramento che seguirà certamente alla sempre crescente diffusione della profilassi e dell'igiene sociale.

Dott. A. STARNA

Roma, novembre 1933-XII E. F.

LA PAGINA DEL MEDICO FIDUCIARIO

Inesattezze in alcuni rapporti medici

Ci è occorso più volte di osservare che in alcune relazioni di visita medica vengono classificate normali le condizioni dell'apparato circolatorio sebbene si segnalino limiti del cuore più o meno lontani da quelli fisiologici.

Probabilmente talora ciò è dovuto al fatto che il medico fiduciario trascrive i dati rilevati per l'ottusità assoluta del cuore, mentre noi domandiamo quelli dell'ottusità relativa; in questo caso l'equivoco è facilmente rilevabile.

Ma altre volte i limiti segnalati si allontanano da quelli di ambedue le aie di ottusità e ciò intralcia notevolmente il lavoro di revisione e di classificazione dei rischi.

Ci permettiamo, pertanto, richiamare alla memoria dei nostri medici i limiti fisiologici dell'aia di ottusità relativa del cuore.

Itto della punta: V spazio intercostale S. all'interno della linea emiclavare.

Limite superiore: III spazio intercostale S. o margine inferiore della III costola.

Limite destro: non oltrepassa la marginale D. dello sterno.

I. F.

Visite mediche agli assicurandi affetti da tare organiche

Alcuni fiduciari ci hanno comunicato di essersi rifiutati di visitare assicurandi, che essi conoscevano per via indiretta, affetti da tare organiche.

Tale linea di condotta non è consona all'interesse dell'Ente assicuratore, nè a quello dell'assicurando.

Il medico ha il compito di visitare tutti coloro per i quali ha ricevuto l'invito dall'Agente.

Egli deve per tutti raccogliere un'anamnesi accurata e descrivere nel rapporto un preciso esame obiettivo.

Nella parte del modulo di visita medica destinata alle informazioni riservate di cui il medico sia venuto a conoscenza, egli può inserire tutte le notizie che ritiene di dover comunicare perchè utili all'Ente assicuratore.

Spetta alla Direzione Generale dare il parere definitivo circa l'accettazione del rischio. Il Servizio Sanitario centrale studia la possibilità di allargare sempre di più la cerchia di coloro che possano beneficiare del contratto di assicurazione sulla vita.

Sono specialmente gli affetti da una tara organica che sentono maggiormente il bisogno dell'assicurazione.

Pertanto, i nostri fiduciari dovranno visitare sempre tutti gli assicurandi redigendo per tutti il rapporto di visita medica, ma segnaleranno tutti i precedenti anamnestici, tutti i dati obiettivi, tutto quanto in una parola possa servire a mettere in giusta luce, presso i medici della Direzione, il rischio proposto.

In tal modo i fiduciari, mentre compiranno il loro dovere verso l'Ente che ha riposto in essi la propria fiducia permetteranno di poter estendere il beneficio della previdenza a individui, che sino a qualche tempo addietro da detto beneficio venivano inesorabilmente esclusi.

P. T.

L'opera degli ispettori medici

Il rapporto di un medico fiduciario dava le seguenti misure somatiche: Altezza cm. 174, peso Kg. 90, collo cm. 41, torace cm. 109-104, addome cm. 112.

L'Ispettore medico trovandosi per altre ragioni in quella zona visitò l'assicurando e constatò invece che le misure somatiche erano le seguenti: Altezza cm. 166, peso Kg. 113, collo cm. 48, torace cm. 114-110, addome cm. 128.

I dati delle due misurazioni portano i medici della Direzione ad una classifica del rischio assolutamente diversa.

Insistiamo pertanto presso i nostri fiduciari perchè prendano sempre esattamente le misure somatiche le quali hanno una grande importanza per la classificazione dei rischi.

M. C. B.

Le disattenzioni di un fiduciario

Per un assicurando cieco viene redatto da un medico il prescritto rapporto di visita sanitaria.

Il fiduciario trascrive, nella parte del modulo che riporta le risposte circa le pregresse malattie dell'assicurando, che questi è cieco completamente ad ambo gli occhi.

Viceversa, nella parte che riporta il risultato dell'esame obiettivo, lo stesso medico scrive che l'assicurando ha organi dei sensi normali con occhi in perfetto stato fisiologico con pupille regolari per forma, simmetria e reazione alla luce e all'accomodazione e stato di refrazione emmetropica.

Senza commenti!

F. M.

I compiti del medico nella selezione dei rischi nell'assicurazione vita.

(Dal *Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung* - ottobre-dicembre 1933).

(Dalla Conferenza tenuta dal dott. Arndts, Medico di direzione della Compagnia assicuratrice « Lipsia »).

L'oratore, premesso che l'imponente edificio della assicurazione vita è sostenuto dalle quattro colonne costituite dalle scienze economiche, dalla matematica, dalla giurisprudenza e dalla medicina, passa senz'altro a discutere i compiti molteplici ed interessanti che spettano al medico dell'assicurazione nella selezione dei rischi. Il medico nel campo assicurativo deve tener conto dell'anti-selezione da parte di alcuni assicurandi, poichè essendo l'assicurazione facoltativa, capita spesso che molti assicurandi, consci dei vantaggi di una assicurazione, i cui premi sono basati su una vita media normale, sono inclini all'assicurazione, spinti dalla sensazione reale o immaginaria di essere minorati fisicamente. Altri invece, sentendosi perfettamente sani, non pensano per nulla ad assicurarsi.

Di fronte a questa anti-selezione da parte del pubblico che lederebbe gravemente gli interessi delle Compagnie assicuratrici, queste si premuniscono sottoponendo l'assicurando alla visita medica e a tale scopo esse dispongono:

a) *di medici fiduciari*. Questi hanno il compito:

di redigere scrupolosamente la anamnesi dell'assicurando, spiegandogli chiaramente le domande contenute nel modulo e registrandone esattamente tutte le risposte;

di eseguire prontamente e consciamente gli esami obbiettivi e altre ricerche, segnati in una parte apposita del modulo;

e infine di dare il loro giudizio complessivo sullo stato di salute del contraente.

In caso che necessitino ricerche di specialità essi avvertiranno la Compagnia, la quale penserà a provvedere.

I medici fiduciari nell'espletamento del loro compito incontrano certamente degli ostacoli, e anzitutto nell'assicurando stesso.

Questi, contrariamente alla maniera leale, aperta e spontanea con cui si comporterebbe di fronte al medico curante, di fronte invece al medico fiduciario difficilmente riferirà di propria volontà, non domandato, le malattie sofferte, i risultati di precedenti visite mediche, che metterebbero sulla strada l'esaminatore a ricercare accuratamente determinati dati obbiettivi.

E ciò non deve fare meraviglia se si consideri come molti disonestamente considerano oggi i contratti assicurativi alla stessa stregua che i contributi fiscali; e molti assicurandi, pur conoscendo l'importanza e la gravità dei loro precedenti disturbi, li riferiscono invece al medico fiduciario come bagattelle o come semplici disturbi nervosi di nessuna importanza.

Il medico fiduciario farà quindi bene a stare sempre in guardia, redigerà scrupolosamente l'anamnesi, e registrerà minuziosamente i dati obbiettivi,

anche se apparentemente di poca importanza: questi dati alle volte completati da altre informazioni e da ulteriori ricerche guidano alla diagnosi di qualche affezione.

Per tali ragioni le Compagnie ricorrono anche:

b) *ai medici curanti*, i quali sono sciolti dal segreto professionale, per esplicita dichiarazione sottoscritta dall'assicurando all'atto del contratto. In genere si ricorre ad essi nei casi in cui l'esame del medico fiduciario dovesse ingenerare dei dubbi, e in casi di assicurazioni per forti somme.

Praticamente però le Società assicuratrici non trovano sempre ben disposti i medici curanti a rilasciare i certificati richiesti, perchè essi temono di rendersi malvisti ai loro clienti privati per averne difficoltà il contratto assicurativo, con le loro dichiarazioni sfavorevoli, sebbene veritiere. Per tali ragioni le Compagnie assicuratrici debbono spesso limitarsi a tener più da conto i certificati dei loro medici fiduciari.

Infine le Compagnie assicuratrici per il definitivo giudizio di accettazione o rifiuto di contratti dispongono dei:

c) *medici di direzione delle compagnie*.

Questi non esaminano l'assicurando. Il loro compito consiste nell'esaminare i certificati redatti dal medico fiduciario; e tutti gli altri documenti annessi alla pratica; in base al concetto che essi si formano sullo stato di salute dell'assicurando, emettono il giudizio medico del rischio.

Se sorgono dei dubbi sullo stato di salute dell'assicurando, essi richiedono informazioni ai medici curanti e sollecitano anche esami da parte di medici specialisti. Essi infine consigliano la Società se e sotto quali condizioni si può accettare il rischio.

In principio il loro compito era semplice, limitandosi ad accettare le persone perfettamente sane e che non avessero sofferto malattie degne di nota,

come sifilide e tubercolosi, non fossero dedite all'alcool, nè occupate in mestieri nocivi alla salute o pericolosi, nè presentassero tare ereditarie di malattie costituzionali. Rifiutavano tutte le altre persone non perfettamente sane.

Però quando l'assicurazione coi progressi della medicina e delle osservazioni statistiche sulla mortalità di persone con tare, estese i suoi benefici assicurativi, oltre che ai rischi normali, ai rischi tarati gravandoli di adeguato soprapremio, allora il compito del medico di direzione divenne più difficile per poter stabilire i confini tra i rischi tarati accettabili anche con soprapremi ed i rischi tarati da rifiutare assolutamente.

In questo campo apportarono un grande aiuto le ricerche del Dott. Florschütz e Karup della Banca assicurativa Gotha, e poscia altre ricerche da parte degli americani Rogers e Hunter della New-York Life Insurance Company.

Queste ricerche erano indirizzate principalmente a stabilire, mediante dati statistici, la vita media in individui con sovrappeso, sottopeso, tara familiare con tubercolosi, tubercolosi precedentemente sofferta, vizi valvolari, pressione sanguigna elevata, malattie renali etc. e, per i buoni risultati conseguiti, si va sempre più allargando la cerchia dei rischi assicurabili.

In questo modo oggi vengono assicurate persone, che pochi anni fa erano definitivamente respinte, liberandole così dall'incubo della preoccupazione per l'avvenire delle loro famiglie.

Dai successi ottenuti nutriamo piena fiducia di rendere ancora più accessibile la protezione assicuratrice ad altri gruppi di persone fisicamente deboli.

Da quanto è stato detto il medico di direzione, oltre a tenersi aggiornato del progresso della medicina clinica, deve pure conoscere la statistica di mortalità nelle varie affezioni in modo

da poter poi ben giudicare il rischio in base ai certificati dei medici fiduciari e dei medici curanti e prevederne la sopramortalità.

Non si richiede con ciò che il medico di direzione precisi fino a quale epoca, più o meno, possa vivere l'assicurando: ciò non sarebbe umanamente possibile; solo si richiede che egli stabilisca con maggiore esattezza a quale gruppo di rischi l'assicurando possa essere assegnato, e decidere cioè se sia da assegnare a rischi che presentano una mortalità normale, o a rischi con sopramortalità, determinando questa con cifre. In questo modo il medico di direzione può dare all'attuario della assicurazione un appoggio numerico relativo all'altezza della sopramortalità rispondente all'aspettativa di vita del singolo caso e metterlo così in grado di calcolare i premi da far pagare al contraente per pareggiare il rischio elevato, accettato dalla Compagnia.

Se l'altezza della sopramortalità sorpassa un limite massimo, che è diverso nelle varie Compagnie, o la gravità del male non consente un'idea numerica di sopramortalità, per mancanza di osservazioni statistiche, allora il contratto sarà regolarmente rifiutato.

Emerge quindi ben chiaro che il giudizio in questi quesiti vari può essere solo pronunziato dal medico di direzione, che possiede la necessaria pratica assicurativa e conoscenze speciali risultantigli da esperienze espletate dalle varie Compagnie, in gran parte non pubblicate.

Riesce quindi inconcepibile come mai i Tribunali in processi di medicina assicurativa non chieggano il giudizio competente che solo il medico di direzione può dare su tali argomenti; e si affidano invece solo al giudizio di illustri medici legali o professori universitari, o specialisti in questa o in quella branca della medicina, ma non di medicina assicurativa.

Sul.

Importanza delle ultime conquiste cliniche per la medicina assicurativa

(Dr. FRANZ RUNCK della Compagnia Assicuratrice Gotha).

(Dal *Blätter für Vertrauensärzte*)

La suddivisione della medicina nelle sue varie specialità ha reso possibili fini ricerche e speciali metodi di esami, i quali utili per il giudizio dello stato dei singoli organi, assumono valore maggiore per il giudizio complessivo dell'intero organismo.

Così per la medicina assicurativa mentre fino a qualche anno fa il medico fiduciario limitava il suo compito all'esame generale, all'esame delle urine, alla misura e peso del corpo, adesso essendosi estesa l'assicurazione a persone fisicamente compromesse, si rendono pure necessarie speciali ricerche ed esami. Con tali ricerche si è riusciti a svelare malattie all'inizio, a diagnosticarle e a darne il giudizio prognostico.

Però con ciò non hanno perduto alcun valore nè la raccolta dell'anamnesi precisa, nè l'esame obbiettivo: poichè il parere del medico fiduciario scaturito dall'esame dell'assicurando, come pure il risultato di ricerche speciali, i dati altrettanto importanti dell'ereditarietà e di una anamnesi particolareggiata mettono in grado il medico della compagnia di pronunciare un giudizio esatto sullo stato di salute, sulla durata della vita, in breve sulla costituzione generale dell'assicurando.

Inoltre le nuove ricerche speciali ci forniscono dati attendibili e sicuri, molto utili per la statistica delle prognosi dei varii gruppi di infermità.

Il medico assicuratore, nell'impiego dei nuovi procedimenti, deve saper scegliere quali sono quelli che possono impiegarsi nella pratica assicurativa senza riuscire di soverchio incomodo

all'assicurando, il quale certamente non può sottomettersi a lunghe, minuziose e fastidiose ricerche, che possono eseguirsi in Ospedali in caso di malattia.

Della numerosa serie di ricerche cliniche l'autore consiglia per la medicina assicurativa, quelle che per la loro semplicità e praticità danno risultati attendibili; esse sono:

- 1) la reazione di Wassermann;
- 2) l'esame radiologico nelle affezioni dello stomaco e dell'intestino;
- 3) la ricerca dello zucchero nelle urine, e in caso di sospetto diabete la glicemia a digiuno;
- 4) la prova di Volhard per provare la capacità di diluizione e di concentrazione del rene (per formarci un giudizio approssimativo sufficiente per l'assicurazione, e in modo da non recare noia all'assicurando, basteranno tre campioni soltanto);
- 5) la pressione sanguigna: determinando la pressione massima ed anche la minima;
- 6) l'elettrocardiogramma: secondo provetti cardiologi vi sono poche malattie del cuore in cui è superfluo l'esame elettrocardiografico.

SUL.

POSTA DEL MEDICO FIDUCIARIO

Pubblicheremo in questa rubrica le risposte ai quesiti che i nostri medici fiduciari ci invieranno per lettera.

Dott. G. A. (Catauzaro). — Tranne che per le malattie contagiose a denuncia obbligatoria non esistono dati ufficiali sulla morbosità della popolazione generale ma solo per alcune categorie come ferrovieri, militari e pochi altri.

In ogni modo ella potrà trovare qualcosa nel volume: « *Malattie Sociali* » di De Bernardinis nel « *Trattato elementare di Statistica* » - Editore Giuffrè, Milano.

come sifilide e tubercolosi, non fossero dedite all'alcool, nè occupate in mestieri nocivi alla salute o pericolosi, nè presentassero tare ereditarie di malattie costituzionali. Rifiutavano tutte le altre persone non perfettamente sane.

Però quando l'assicurazione coi progressi della medicina e delle osservazioni statistiche sulla mortalità di persone con tare, estese i suoi benefici assicurativi, oltre che ai rischi normali, ai rischi tarati gravandoli di adeguato soprapremio, allora il compito del medico di direzione divenne più difficile per poter stabilire i confini tra i rischi tarati accettabili anche con soprapremi ed i rischi tarati da rifiutare assolutamente.

In questo campo apportarono un grande aiuto le ricerche del Dott. Florschütz e Karup della Banca assicurativa Gotha, e poscia altre ricerche da parte degli americani Rogers e Hunter della New-York Life Insurance Company.

Queste ricerche erano indirizzate principalmente a stabilire, mediante dati statistici, la vita media in individui con sovrappeso, sottopeso, tara familiare con tubercolosi, tubercolosi precedentemente sofferta, vizi valvolari, pressione sanguigna elevata, malattie renali etc. e, per i buoni risultati conseguiti, si va sempre più allargando la cerchia dei rischi assicurabili.

In questo modo oggi vengono assicurate persone, che pochi anni fa erano definitivamente respinte, liberandole così dall'incubo della preoccupazione per l'avvenire delle loro famiglie.

Dai successi ottenuti nutriamo piena fiducia di rendere ancora più accessibile la protezione assicuratrice ad altri gruppi di persone fisicamente deboli.

Da quanto è stato detto il medico di direzione, oltre a tenersi aggiornato del progresso della medicina clinica, deve pure conoscere la statistica di mortalità nelle varie affezioni in modo

da poter poi ben giudicare il rischio in base ai certificati dei medici fiduciari e dei medici curanti e prevederne la sopramortalità.

Non si richiede con ciò che il medico di direzione precisi fino a quale epoca, più o meno, possa vivere l'assicurando: ciò non sarebbe umanamente possibile; solo si richiede che egli stabilisca con maggiore esattezza a quale gruppo di rischi l'assicurando possa essere assegnato, e decidere cioè se sia da assegnare a rischi che presentano una mortalità normale, o a rischi con sopramortalità, determinando questa con cifre. In questo modo il medico di direzione può dare all'attuario della assicurazione un appoggio numerico relativo all'altezza della sopramortalità rispondente all'aspettativa di vita del singolo caso e metterlo così in grado di calcolare i premi da far pagare al contraente per pareggiare il rischio elevato, accettato dalla Compagnia.

Se l'altezza della sopramortalità sorpassa un limite massimo, che è diverso nelle varie Compagnie, o la gravità del male non consente un'idea numerica di sopramortalità, per mancanza di osservazioni statistiche, allora il contratto sarà regolarmente rifiutato.

Emerge quindi ben chiaro che il giudizio in questi quesiti vari può essere solo pronunziato dal medico di direzione, che possiede la necessaria pratica assicurativa e conoscenze speciali risultantigli da esperienze espletate dalle varie Compagnie, in gran parte non pubblicate.

Riesce quindi inconcepibile come mai i Tribunali in processi di medicina assicurativa non chieggano il giudizio competente che solo il medico di direzione può dare su tali argomenti; e si affidano invece solo al giudizio di illustri medici legali o professori universitari, o specialisti in questa o in quella branca della medicina, ma non di medicina assicurativa.

Sul.

Importanza delle ultime conquiste cliniche per la medicina assicurativa

(Dr. FRANZ RUNCK della Compagnia Assicuratrice Gotha).

(Dal *Blätter für Vertrauensärzte*)

La suddivisione della medicina nelle sue varie specialità ha reso possibili fini ricerche e speciali metodi di esami, i quali utili per il giudizio dello stato dei singoli organi, assumono valore maggiore per il giudizio complessivo dell'intero organismo.

Così per la medicina assicurativa mentre fino a qualche anno fa il medico fiduciario limitava il suo compito all'esame generale, all'esame delle urine, alla misura e peso del corpo, adesso essendosi estesa l'assicurazione a persone fisicamente compromesse, si rendono pure necessarie speciali ricerche ed esami. Con tali ricerche si è riusciti a svelare malattie all'inizio, a diagnosticarle e a darne il giudizio prognostico.

Però con ciò non hanno perduto alcun valore nè la raccolta dell'anamnesi precisa, nè l'esame obbiettivo: poichè il parere del medico fiduciario scaturito dall'esame dell'assicurando, come pure il risultato di ricerche speciali, i dati altrettanto importanti dell'ereditarietà e di una anamnesi particolareggiata mettono in grado il medico della compagnia di pronunciare un giudizio esatto sullo stato di salute, sulla durata della vita, in breve sulla costituzione generale dell'assicurando.

Inoltre le nuove ricerche speciali ci forniscono dati attendibili e sicuri, molto utili per la statistica delle prognosi dei vari gruppi di infermità.

Il medico assicuratore, nell'impiego dei nuovi procedimenti, deve saper scegliere quali sono quelli che possono impiegarsi nella pratica assicurativa senza riuscire di soverchio incomodo

all'assicurando, il quale certamente non può sottomettersi a lunghe, minuziose e fastidiose ricerche, che possono eseguirsi in Ospedali in caso di malattia.

Della numerosa serie di ricerche cliniche l'autore consiglia per la medicina assicurativa, quelle che per la loro semplicità e praticità danno risultati attendibili; esse sono:

- 1) la reazione di Wassermann;
- 2) l'esame radiologico nelle affezioni dello stomaco e dell'intestino;
- 3) la ricerca dello zucchero nelle urine, e in caso di sospetto diabete la glicemia a digiuno;
- 4) la prova di Volhard per provare la capacità di diluizione e di concentrazione del rene (per formarci un giudizio approssimativo sufficiente per l'assicurazione, e in modo da non recare noia all'assicurando, basteranno tre campioni soltanto);
- 5) la pressione sanguigna: determinando la pressione massima ed anche la minima;
- 6) l'elettrocardiogramma: secondo provetti cardiologi vi sono poche malattie del cuore in cui è superfluo l'esame elettrocardiografico.

SUL.

POSTA DEL MEDICO FIDUCIARIO

Pubblicheremo in questa rubrica le risposte ai quesiti che i nostri medici fiduciari ci invieranno per lettera.

Dott. G. A. (Catanzaro). — Tranne che per le malattie contagiose a denuncia obbligatoria non esistono dati ufficiali sulla morbosità della popolazione generale ma solo per alcune categorie come ferrovieri, militari e pochi altri.

In ogni modo ella potrà trovare qualcosa nel volume: « Malattie Sociali » di De Bernardinis nel « Trattato elementare di Statistica » - Editore Giuffrè, Milano.

NOTIZIARIO

Bernardino Ramazzini



È ricorso nel mese del corrente ottobre il III Centenario della nascita di Ramazzini, genio italico che, precorrendo i tempi, all'inizio del sec. XVIII gettò le basi della medicina del lavoro nell'aureo libro « De morbis artificum diatriba ».

Nato a Carpi il 4 ottobre 1633. laureatosi a Parma nel 1659, nel '67 fu chiamato, per la vasta rinomanza che aveva già raggiunto, alla cattedra di medicina teoretica di Modena da Francesco II duca d'Este.

Dopo oltre 30 anni d'insegnamento, durante il qual periodo compilò l'opera a cui è legato il suo nome, nel 1700 passò all'Università di Venezia, ove al termine di una lezione, nel 1714, venne colpito da apoplezia mortale mentre era assistito da due grandi che onorano non meno la medicina italiana: Morgagni e Vallisnieri.

Ancor oggi a distanza di tanto tempo le norme igieniche e profilattiche dettate dal Ramazzini mantengono intatto il

loro valore; tanto egli, superato il fetichismo dell'antichità ancora imperante, riuscì ad essere osservatore acuto ed obbiettivo. Nel suo trattato sono passate in rassegna tutte le professioni dai minatori, ai vetrai, ai conciatori, scalpellini, atleti, cantanti e sono esaminate per la debilità funzionale che consegue all'eccessivo lavoro.

Il 4 ottobre scorso con l'intervento dei rappresentanti di tutti i principali Stati di Europa a Milano il Prof. Devoto presiedette le onoranze al grande italiano mentre contemporaneamente in America il Prof. Haybrut teneva uguale commemorazione alla università di Columbia.

Ramazzini cultore della medicina sociale quando andava tra gli artigiani, e proclamava il diritto al riposo dopo il lavoro, la protezione della donna e dei bambini, era veramente il precursore del fascismo e delle grandi opere di assistenza sociale.

STARNA.

Concorso per due pubblicazioni di igiene bandito dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

Il Consiglio di Amministrazione dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha approvato nella sua ultima tornata le conclusioni della Commissione giudicatrice dei lavori per il Concorso bandito dall'Istituto nell'ottobre 1931-IX per due pubblicazioni di igiene, di cui una destinata agli assicurati in forma ordinaria (cui aderiscono per lo più professionisti, industriali, impiegati, commercianti), dotata

del premio di lire 20.000, e l'altra agli assicurati in forma popolare dotata del premio di L. 10.000.

La Commissione costituita dai Signori: Sen. Prof. Ettore Marchiafava, Presidente; S. E. Prof. Dante De Blasi, Accademico d'Italia; Prof. Dott. Silvestro Baglioni; Prof. Dott. Arcangelo Ilvento, Vice Direttore della Sanità Pubblica, ed il Capo del Servizio Sanitario dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, ha giudicato che i lavori più adatti e meglio rispondenti al Bando di Concorso sono: per gli assicurati in forma ordinaria quello di cui risultò autore il Dott. Eschilo [della Seta] e per gli assicurati in forma popolare quello presentato dal Dott. Oreste Belucci.

I due lavori che illustrano le « norme di igiene atte a prolungare la vita umana nelle migliori condizioni di salute » saranno largamente diffusi dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni il quale dal 1930 ha iniziato tutto un programma di assistenza sanitaria agli assicurati.

Di tale programma fa parte anche la diffusione di norme di igiene per il prolungamento della vita.

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha anche il merito di avere, col Bando di Concorso emanato nell'ottobre 1931-IX, richiamata l'attenzione degli studiosi su questo argomento, sul quale parecchi lavori sono stati pubblicati recentemente.

Il Presidente dell'Istituto per il prolungamento della vita umana di New York in visita all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha ricevuto la visita del Sig. Harold A. Ley, Presidente dell'Istituto per il prolungamento della vita umana, con sede a New York. Scopo della visita è stato quello di conoscere quali fossero i provvedimenti adottati dal nostro Istituto per agevolare gli assicu-

rati in tutto quanto possa riuscire utile alla conservazione della loro salute, e quindi, della loro esistenza.

Il Capo del Servizio Sanitario dell'Istituto ha illustrato dettagliatamente tutte le provvidenze adottate a tal fine, mettendo particolarmente in rilievo quelle che si riferiscono ai prestiti senza interesse per fronteggiare le spese di operazioni chirurgiche, alle visite, alle analisi periodiche completamente gratuite, alle notevoli riduzioni per le cure termali e per gli onorari ai medici specialisti, le agevolazioni da parte di Ospedali, Case di cura, Sanatori e Convalescenziari. Sono stati poi fatti visitare al Sig. Ley i vari gabinetti per le visite e per le analisi e le sale di radiografia e radioscopia, mostrandogli anche le macchine per i lavori di statistica medica in rapporto alle assicurazioni sulla vita.

Il Sig. Ley si è vivamente compiaciuto per i provvedimenti escogitati dall'Istituto nell'interesse dei suoi assicurati, dichiarando che si proponeva di introdurre alcuni dei nostri sistemi fino ad ora non adottati in America.

Profilassi dell'anchilostomiasi

Richiamiamo l'attenzione di tutti i colleghi sopra un'importante Circolare del Ministero dell'Interno riguardanti le norme profilattiche dell'anchilostomiasi recentemente proposta (n. 20300 30 settembre 1933) per la lotta contro tale malattia e che brevemente riassumiamo.

Ricorda anzitutto la Circolare che recenti ricerche hanno dimostrato come l'anchilostoma già frequente fra i minatori, i lavoratori in galleria e i fornaciai vada molto diminuendo in tali ambienti dacchè sono entrati in vigore le molteplici forme di assistenza stabilite dalle vigenti disposizioni sanitarie. Però si è dovuto constatare che l'anchilostomiasi trova facile attecchimento e sviluppo anche in ambienti rurali assumendo in alcune zone la

forma di malattia endemica sia circoscritta sia con caratteri di diffusione epidemica.

È stato perciò indispensabile estendere l'obbligo della denuncia (Decreto Min. 22 maggio 1933) anche ai casi di semplice sospetto di anchilostomiasi e in qualunque località venga riscontrata dovendo ormai per i caratteri suddetti considerare questa malattia alla stregua delle altre malattie infettive e largamente diffusiva.

Sebbene i casi denunciati annualmente non superino il migliaio si ricorda come spesso tale malattia sia misconosciuta e come rappresenti un grave danno sociale in quanto riduce o abolisce la capacità lavorativa per un notevole periodo di tempo. Le ricerche andranno estese specialmente a contadini che maneggiano concimi umani ai giardinieri, agli ortolani, agli spazzini e agli operai addetti al vuotamento dei pozzi neri.

I Sigg. Prefetti dovranno perciò fare osservare dai sanitari i seguenti mezzi per la lotta contro l'anchilostomiasi:

1) Pronta conoscenza della malattia richiamando l'attenzione dei sanitari per un esame più frequente delle feci in casi di anemia di natura ignota e richiedere sempre la denuncia in casi ovunque accertati.

2) Misure preventive migliorando i servizi di nettezza urbana, le fognature, le latrine domestiche e facendo adottare in campagna pozzi neri a perfetta tenuta.

3) Misure repressive curando sistematicamente gli infetti ed impedire la diffusione con la disinfestazione delle feci parassitizzare estendendo le ricerche in tali zone anche ai portatori latenti.

4) Propaganda igienica diffondendo tra le masse rurali nozioni di pulizia personale e notizie sulla gravità della malattia.

St.

DAI LIBRI E DALLE RIVISTE

Longevi e centenari.

L'ultimo numero del notiziario demografico (10 novembre 1933, n. 11) dell'Istituto Centrale di Statistica, riporta i quadri dei longevi e centenari viventi in Italia nel 1931 e tali quadri vengono paragonati ad altri del 1921. Da tali prospetti risulta che in Italia il 21 aprile 1931 vivevano 10.522 individui che raggiungevano o superavano 90 anni di età, mentre il 1° dicembre 1921 ne esistevano 15.320.

Vi è dunque una diminuzione di circa un terzo dei longevi in Italia nel breve periodo di un decennio. Se si analizza la statistica per gruppi di età di cinque anni si rileva come tale diminu-

zione sia dovuta per circa 3400 unità al periodo 90-94 anni; e per circa 1350 al periodo 95-99 anni. Invece è aumentato il totale dei centenari che da n. 49 sale a n. 63.

Certamente una diminuzione dei longevi esiste ma minore di quanto appare. Va infatti ricordato che nei censimenti precedenti a quelli del 1931 non si controllava l'età e spesso nei vecchi v'è la tendenza a fare una denuncia superiore alla reale, inoltre la statistica del 1931 potrà aumentare ancora per ricerche in corso non essendo i dati riportati definitivi ma provvisori.

La divergenza del comportamento statistico tra i longevi che superano i 90 anni e quelli che superano o hanno

i 100 non permettono deduzioni sicure perchè le cifre in esame sono relativamente esigue. Comunque se si volesse concludere qualche cosa da queste potremmo dire che mentre l'igiene e la profilassi terapeutica ha permesso nell'ultimo trentennio ancora un miglioramento nel coefficiente di mortalità dell'infanzia, della giovinezza e della media età c'è ancora molto da fare per poter ottenere i risultati ugualmente lusinghieri per l'età senile.

Tutto però lascia sperare come ormai si cominci a comprendere l'importanza sociale della lotta ingaggiata contro il cancro e l'arteriosclerosi. Il successo non potrà mancare in un prossimo domani. Frattanto bisogna richiamare l'attenzione sopra un fatto modesto di per sè, ma che merita di essere ponderato prima di lasciarsi portare ad un facile ottimismo sulle tabelle di mortalità. In base alle tavole di mortalità 1921-1922 compilate da Gini e Galvani per i longevi la sopravvivenza effettiva al 1931 è stata inferiore di circa 1/10 a quella calcolata.

Alla medicina sociale risolvere il problema del prolungamento della vita.

St.

Il problema sociale delle cardiopatie

Mentre è in pieno svolgimento la lotta contro la t. b. c. e contro la malaria, ed ha dato già in un volger di pochi anni risultati davvero lusinghieri, la medicina sociale, sembra disinteressarsi completamente delle cardiopatie intese come problema sociale. Su tale problema richiama l'attenzione Pampana in un recentissimo lavoro (*Annali di Igiene*, 1933, n. 10) che merita di essere segnalato per le considerazioni e le proposte che l'A. avanza.

È molto doloroso dover constatare che nel 1928, ultimo anno pubblicato dall'Istit. Centrale di Statistica sulle cause di morte, le malattie del cuore, del pericardio, e le sincopi registrino

ben 71.854 decessi e l'angina pectoris 2211; cifre notevolissime che raggiungono il 20,7 % della mortalità totale dell'anno se vi si aggiungono le emorragie e le trombosi cerebrali. Nessuna malattia, tranne l'enterite che colpisce prevalentemente i bambini ai primi mesi di età, può vantare il triste privilegio che detengono le cardiopatie da sole localizzate al cuore, al pericardio, e comprese le sincopi. La t. b. c. in genere è a notevole distanza.

L'A. giustamente rileva come oggi ci si debba imporre il problema delle cardiopatie che dalle statistiche che riporta dal 1887 al 1928 con l'angina pectoris, le gangrene senili, le emorragie cerebrali ha dato una mortalità in continuo aumento. A tale proposito però devo far rilevare come mi sembra eccessiva la cifra dell'aumento dell'angina pectoris che sarebbe più che triplicata dal 1887 al 1928 passando per ogni milione di abitanti da 17 a 54. Non dobbiamo però dimenticare che talvolta (e i certificati di alcuni sinistrati qualificati anginosi che giungono al nostro Istituto lo fanno sospettare), il medico in mancanza di tutti gli elementi indispensabili per tale affezione qualifica egualmente il caso per angina pectoris. Forse spesso si tratta d'insufficienza del cuore sin. che dà dolori anginosi retrosternali, comunque sarà interessante seguire nei prossimi anni la mortalità denunciata per angina.

Proseguendo nella interessante disamina, Pampana rileva che nella mortalità per cardiopatia l'Italia occupa il 6° posto sui 24 principali Stati del Mondo e tende in questi ultimi anni ad aumentare ancora; ed inoltre l'aumento assoluto di tali decessi non è proporzionale all'aumento medio della vita ma risulta notevolmente maggiore.

L'A. in base a statistiche estere presume che i cardiopazienti in Italia debbano essere 750.000: anche da ciò l'importanza sociale dell'argomento. Si deve però subito riconoscere che una profilassi dell'arteriosclerosi, finchè la

etiologia sarà oscura come fino ad oggi, e basata su norme generiche di igiene, ha possibilità solo gradualmente di successo, come ad un dipresso viene a trovarsi la lotta contro il cancro.

Per le cardiopatie è però sperabile che dei tre fattori etiologici, reumatismo, lue, arteriosclerosi, i primi due possano in un prossimo domani ridurre di molto il loro contributo mortale. Quanto all'arteriosclerosi credo che la vita febbrile d'oggiogiorno l'abbia accentuata. Questa ipotesi potrebbe essere confortata dalla statistica della mortalità per cardiopatie ove risultano in testa gli Stati Uniti e l'Inghilterra, popoli a vita intensa; quasi che l'uomo bruciando le tappe per arrivare presto consumi anche se stesso. Ecco un lato importante del problema del quale non viene fatto cenno.

Passando al programma di ricerche medico-statistiche, l'A. propone di iniziare un'inchiesta nazionale sulle cardiopatie nelle cliniche e negli ospedali con la compilazione di schede che dovrebbero essere restituite ad un comitato centrale per le statistiche in rapporto alle condizioni di vita di lavoro e di abitazione dei cardiopazienti.

Quanto alle misure assistenziali propone di istituire classi speciali per i bambini cardiopazienti per i quali si richiederebbe poi un orientamento professionale compatibile con la loro malattia. Nei cardiopatici adulti invece dopo il periodo acuto dello scompenso si dovrebbe provvedere ad una rieducazione professionale rispondente alle ridotte possibilità fisiche del soggetto. Per tutti i cardiopatici poi potrebbero funzionare i dispensari cardiaci equivalenti ai dispensari venerei e tubercolari ad azione profilattica e curativa.

In Italia si deve soprattutto a L. Ferranini, direttore della Clinica Medica di Bari, l'aver bandito la campagna sociale per le cardiopatie; all'estero, specie in America, la lotta per i cardiopazienti è in pieno sviluppo, in Germania l'Istituto Kerckhoff si occupa di

ricerche e studi sulle malattie di cuore ed infine in Francia Vaquez è il banditore della nobile crociata.

St.

Il « Bollettino mensile di statistica per la Grecia », nel mese di settembre, segnala per il mese di maggio del corrente anno:

Ad Atene:

Decessi totali	687
Febbre tifoidea	2
Tubercolosi	208
Malaria	3

Al Pireo:

Decessi totali	286
Febbre tifoidea	2
Tubercolosi	41
Malaria	1

A Salonicco:

Decessi totali	341
Febbre tifoidea	1
Tubercolosi	72
Malaria	3

Prof. BASILIADES.

Il controllo periodico della salute

Il Prof. Ranelletti nella « *Rassegna di medicina applicata al lavoro industriale* » (1933, n. 4) espone la grande importanza per la medicina sociale e professionale di prevenire le malattie anziché attendere il manifestarsi dei segni per curarle. Se oggi la mortalità in Italia è scesa al 15 ‰ per la forte diminuzione dei decessi per malattie infettive, un'ulteriore diminuzione potrà aversi solo se cercheremo di prevenire alcune malattie che danno un tributo ancora troppo alto alla mortalità totale come le malattie polmonari e dell'apparato cardio-vascolare.

L'istituzione del controllo periodico della salute sarebbe di molta utilità per gli Enti assicurativi e per gli assicurati stessi come risulta da statistiche recenti degli Stati Uniti. Il Regime Fascista, alla avanguardia di ogni progresso sociale, ha recentemente reso obbligatorio il controllo periodico per i lavoratori delle industrie tossiche o infettanti.

L'autore propende a far fruire di tale beneficio un numero sempre maggiore di operai per estenderlo poi in futuro a tutta la popolazione.

Chiude l'interessante lavoro una breve relazione sulle visite periodiche fatte al Policlinico del lavoro di Roma nella sezione di medicina del lavoro diretta con intelletto e passione dallo stesso Prof. Ranelletti.

St.

È uscita in questi giorni la seconda edizione dell' « **Esame degli organi del petto e dell'addome** » (Edit. Cremonesi, L. 25), del chiar.mo prof. GIUDICEANDREA nostro collaboratore.

Questo lavoro, che incontrò tanto favore presso gli studenti e i medici alla prima edizione, ha ora migliorato i suoi pregi arricchendosi di molte nuove notizie e di interi capitoli, come quello dell'esame generale. Ampliato e revisionato è pure il capitolo della pressione arteriosa. È merito dell'autore aver mantenuto intatto il valore principale dell'opera, che è quello di condurre il medico e lo studente all'esame del malato per un'esatta e completa ricerca semeiotica, senza diffondersi in disquisizioni teoriche.

Siamo sicuri che questo libro incontrerà lo stesso successo che ebbe vari anni fa e lo consigliamo volentieri ai nostri fiduciari, per l'utilità innegabile che ne trarranno nell'esercizio quotidiano della professione.

St.

DALLE RIVISTE

Rassegna di articoli di igiene pratica.

La Salute e l'Igiene nella famiglia - Roma, 1° novembre 1933.

Dott. MONTELUCCI - *Elogio della vita rurale.*

MARESCALCHI ARTURO - *I funghi.*

Prof. G. B. ALLARIA - *La salute dei bambini.*

Dal *Gesundheitsdienst* - Berlino, novembre 1933.

Biologia ereditaria.

La misurazione della pressione sanguigna, indice di salute.

Dove comincia la temperatura anormale?

Tossi di poco conto e tossi cattive.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

Dott. Cardini Massimiliano. — *L'anchilostomiasi.*

Dott. Martini Enrico. — *Dall'assistenza alla solidarietà.*

Dott. Antognoli Arturo. — *Colica epatica simulante pseudo-occlusione intestinale.*

— *Su alcuni casi di febbre ghiandolare di origine influenzale (?)*.

— *Differenze fra le forme nervose organiche e funzionali.*

Dott. Di Giacomo Guido. — *A proposito della gonocchia genitale « d'embée » nell'uomo.*

— *Su un nuovo mezzo di terapia delle ulcere contagiose, mediante la fucsina di Ziehl.*

— *Il massaggio prostatico e i suoi pretesi danni nella terapia delle prostatiti.*

— *Sull'azione dello joduro potassico sullo ossicianuro di mercurio con riguardo alla diagnosi e cura delle uretriti croniche.*

— *A proposito della patria di un celebre chirurgo: Gaspare Tagliacozzo.*

Prof. P. M. Franco. — *Aorta senile; sclerosi aortica precoce.*

— *Aortite addominale.*

— *Gli effetti della epato-terapia.*

— *Sul meccanismo della epato-terapia.*

— *Modificazioni isto-patologiche di organi sotto l'azione dell'insulina.*

— *Contributo allo studio dei fattori neuro-ormonici del diabete mellito.*

— *Il significato ed il valore clinico dell'elettrocardiogramma nella insufficienza cardiaca.*

Prof. Torretta Achille. — *Per vivere sani e a lungo.*

PROVVIDENZE SANITARIE IN VIGORE

A) Visite mediche periodiche gratuite - Analisi mediche gratuite - Prestiti senza interessi per operazioni chirurgiche — B) Facilitazioni per cure termali — C) Facilitazioni presso ospedali e case di cura — D) Facilitazioni per sanatori, convalescenziari e consultori materni — E) Facilitazioni per cure odontoiatriche — F) Facilitazioni per cure oculistiche — G) Facilitazioni per cure otorinolaringoiatriche.

A) Visite mediche periodiche gratuite - Analisi mediche gratuite - Prestiti senza interessi per operazioni chirurgiche.

1. Concessione di un buono di visita medica gratuita ogni due anni, agli assicurati in regola con i pagamenti che siano possessori di polizze di assicurazione in forma ordinaria con visita medica per un capitale superiore alle L. 20.000. Gli assicurati hanno facoltà di scegliere il medico, e questi è tenuto al segreto professionale anche verso l'Istituto.

2. Agli assicurati per somme superiori alle L. 20.000 in regola coi pagamenti, la Direzione dell'Istituto concede gratuitamente ogni due anni presso il proprio laboratorio centrale in Roma, via Sallustiana, 51:

a) un esame completo chimico e microscopico delle urine;

b) un esame del sangue: per la ricerca della glicemia;

c) un esame del sangue: per la ricerca della azotemia;

d) un esame del sangue: per la reazione di Kahn;

e) la misurazione della pressione arteriosa.

Si rammenta che agli assicurati impossibilitati a muoversi dalla loro residenza, è consentito beneficiare ugualmente di detta concessione, inviando ai Laboratori del Servizio

Sanitario della Direzione Generale col mezzo più celere, campioni:

per l'azotemia 5-10 cc. di sangue con l'aggiunta di qualche granellino di citrato di sodio;

per la glicemia 1-2 cc. di sangue preparato con fluoruro di sodio;

per la Reazione di Kahn 5-10 cc. di sangue o meglio 1-2 cc. di siero possibilmente già centrifugato.

Il prelevamento va fatto detergendo la cute con etere, senza adoperare alcool, oppure lasciando evaporare questo completamente prima di pungere la vena.

3. Concessione di prestiti senza interessi, qualora l'assicurato debba sottoporsi ad operazione di alta chirurgia, per la somma occorrente a pagare le relative spese debitamente comprovate.

B) Facilitazioni presso Stabilimenti Termali.

C) Facilitazioni presso Ospedali e Case di Cura.

D) Facilitazioni presso Sanatori, Convalescenziari e Consultori materni.

(Elenco per ordine alfabetico di Provincia).

ANCONA

1. *Convalescenziario in Loreto*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previ-

denza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

BARI

1. *Clinica privata del prof. Florenzo d'Erchia*, via M. Signorile, n. 2, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 %, sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica, Röntgen diagnostica Röntgen radium terapia che verranno praticate nella clinica.

BERGAMO

1. *Stabilimenti termali di S. Pellegrino*, a tutti gli assicurati: Riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per l'ammissione che per tutte le cure che ivi si praticano.

2. *Consultorio materno in Bergamo*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

BOLOGNA

1. *Ospedale « Benito Mussolini »* della Cassa Nazionale Infortuni, agli assicurati con polizze ordinaria e collettiva che facessero ricorso a quell'Ospedale per cure chirurgiche, ortopediche ed oculistiche, oppure per applicazioni sia ambulatorie che in degenza, di terapia fisica, Raggi X e Radium, riduzione del 20 % se usufruiranno della 1^a e 2^a classe, e del 10 % se usufruiranno della 3^a classe, sia per le rette che per gli onorari medici.

2. *Casa di salute « Policlinica »*, Piazza Umberto I, n. 9 a tutti gli assicurati, — « Villa Verde », Via Mamolo, n. 45 — « Villa Rosa », Via Castiglione, n. 103, agli assicurati con polizza ordinaria e collettiva riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali e per applicazione di terapia fisica, raggi X e radium.

3. *Consultorio materno in Bologna*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 ogni volta.

BRESCIA

1. *Stabilimento termale in Sirmione sul Garda*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, per tutti gli assicurati: forfait di L. 300 per ogni turno di giorni 15.

2. *Consultori materni di Brescia, Garzardo, Palazzolo sull'Oglio e Villanova*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

CAGLIARI

1. *Stabilimenti termali di Sardara*, a tutti gli assicurati: riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore sia per l'ammissione alle cure che per tutte le cure che ivi si praticano.

2. *Casa di cura Prof. Gino Baggio - Piazza S. Benedetto*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazione di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

CATANIA

1. *Istituto Medico del Lavoro - Via De Felice, 37*: gli assicurati con polizze popolari potranno usufruire una volta l'anno di una visita completa ivi compresi gli esami clinici e di laboratorio, pagando un onorario di L. 10. Potranno inoltre usufruire in ogni tempo delle varie prestazioni dell'Istituto Medico mediante la corresponsione di un onorario di L. 5 per ogni volta.

2. *Convalescenziario di S. Pietro in Caltagirone*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

CATANZARO

1. *Istituto Clinico Diagnostico e Fisioterapico del Dott. Giuseppe Mazza*, Via Duomo, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore per la diagnostica radiologica e per cure Röntgen, elettriche e terapia fisica, che verranno praticate nell'Istituto Clinico.

COMO

1. *Sanatorio in Camerlata* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

2. *Convalescenziario di Asso* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

3. *Consultori materni di Como e Fanegrò*, dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

COSENZA

1. *Casa di salute Catalani « Villa Amelia »*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen radium terapia che verranno praticate nella Casa di salute.

FIRENZE

1. *Casa di salute « Villa Savoia »*, Via Andrea del Castagno, n. 6, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per interventi operatori di qualsiasi natura ed importanza, per le applicazioni di terapia fisica, raggi X e radium, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, Röntgen diagnostica, che verranno praticate nella clinica.

2. *Convalescenziario « Regina Margherita » in Firenze*, dell'Istituto Naz. Fa-

scista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

3. *Consultorio materno in Firenze* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

FIUME

1. *Casa di Cura dott. Howat in Abbazia*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sull'importo delle rette in vigore, e del 50 % sulle tariffe in vigore sia per le competenze professionali, che per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, elettrica e di idroterapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

FOGGIA

1. *Clinica Troiano in Sansevero*, Viale della Stazione, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgen diagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Clinica.

GENOVA

1. *Casa di Salute per operazioni chirurgiche prof. Catterina*, Via Borgoratti, 84, a tutti gli assicurati: riduzione del 50 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica Röntgen diagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Salute.

2. *Policlinico del Lavoro - Via Benedetto XV*, gli assicurati con polizze popolari potranno usufruire una volta l'anno di una visita completa, ivi compresi gli esami clinici e di laboratorio, pagando un onorario di lire 10. Potranno inoltre usufruire in ogni tempo delle

varie prestazioni del Policlinico del Lavoro mediante corresponsione di un onorario di L. 5 per ogni volta.

LECCE

1. *Stabilimenti termali di S. Cesarea* (Lecce), agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore, sia per l'ammissione che per tutte le cure che ivi si praticano.

2. *Consultorio materno in Lecce* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

LIVORNO

1. *Consultorio materno in Livorno* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

MILANO

1. *Casa di salute « Villa Porpora »*, Via Eugenio Carpi, n. 30, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 30 % sulla tariffa in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per interventi operatori di qualsiasi natura ed importanza, per applicazioni di terapia fisica, raggi X e radium, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, come pure sulle tariffe in vigore per le consultazioni cliniche che verranno praticate sia nello studio clinico di via Verzieri, 23, Milano — sia nella clinica stessa.

2. *Istituto Cardiologico per la diagnosi e la cura delle malattie della circolazione, del prof. Giovanni Galli, in Milano*, Foro Bonaparte, 51, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le competenze professionali che per tutte le cure che ivi si praticano.

3. *Sanatorio in Vialba* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

4. *Consultori materni in Milano e Ponte Nuovo di Magenta*, dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

MODENA

1. *Casa di Cura chirurgica prof. Marchetti*, Via Giardini, 20, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

NAPOLI

1. *Stabilimenti termali di Agnano — Napoli*, a tutti gli assicurati: riduzione del 50 % sull'importo del diritto di ammissione, e del 25 % sull'importo degli abbonamenti alle cure Termali (bagni, stufe e fanghi).

2. *Centro di accertamento diagnostico per il cancro*: prestazione gratuita della propria opera a tutti gli assicurati che si presentano all'ambulatorio di detto Centro. Le ricerche di clinica e di laboratorio e radiologiche da quei sanitari ritenute necessarie, saranno eseguite gratuitamente. Gli assicurati che avessero bisogno di essere ivi ricoverati o per accertamenti diagnostici, o per subire atti operativi, pagheranno la sola diaria e saranno esenti da qualsiasi altra spesa.

3. *Casa di salute Grimaldi & Principe*, Piazza Gesù e Maria, n. 24, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi, e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen radium-terapia, che verranno praticate nella Casa di salute.

NOVARA

1. *Casa di Cura per malattie polmonari « Eremo » in Miazzina*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

2. *Consultorio Materno in Novara*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate potranno essere ricoverate pagando una diaria di L. 20.

PADOVA

1. *Stabilimento Hôtel Trieste & Vittoria di Abano*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 50 % sull'importo della visita medica per l'inizio della cura; riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano; riduzione del 20 % sull'importo della pensione giornaliera, escluso servizio e tassa soggiorno.

2. *Uniche Premiate Terme Preistoriche di S. Pietro in Montagnon*, a tutti gli assicurati: riduzione del 20 % sull'importo della pensione di 1^a e 2^a classe; riduzione del 15 % sull'importo della pensione di 3^a classe. Nella pensione oltre all'alloggio, vitto (vino compreso), servizio, è compresa anche la cura (fango o grotta sudorifera). Per la visita medica di ammissione alle cure gli assicurati pagheranno lire 10 per la 1^a e 2^a classe e lire 5 per la 3^a classe. La tassa di soggiorno sarà corrisposta dagli assicurati nella misura di lire 10 per la 1^a e 2^a classe e lire 5 per la 3^a classe.

3. *Stabilimento termale di Battaglia Terme*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, per tutti gli assicurati: forfait di L. 300 per ogni turno di giorni 15.

4. *Casa di cura « La Salutare »* (Località Altichiero), a tutti gli assicurati: riduzione del 20 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per ricerche diagnostiche e per tutte le cure che ivi si praticano. Nella retta è compresa l'assistenza sanitaria completa e cioè: medico, medicine comuni, cure fisiche e idroterapiche ed eventualmente la visita del consulente.

5. *Sanatorio di Galliera Veneta*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati pagheranno una diaria di L. 28.

PALERMO

1. *Clinica Candela*, Via Villareale, 30, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Clinica.

2. *Consultorio Materno in Palermo* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

PARMA

1. *Stabilimenti termali di Salsomaggiore*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 20 % sulla tariffa generale in vigore sia per l'ammissione alle cure che per qualsiasi cura ivi si pratici. Inoltre gli alberghi « Porro » e « Valentini » di Salsomaggiore praticeranno lo stesso trattamento per vitto ed alloggio che quegli alberghi praticano ai funzionari dello Stato, agli appartenenti al R. Esercito, alla M.V.S.N. ed ai Corpi Armati dello Stato.

2. *Stabilimento termale* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza in Salsomaggiore, per tutti gli assicurati: forfait di L. 300 per ogni turno di giorni 15.

3. *Casa di cura di Ramiola* in Ramiola, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per applicazioni di terapia fisica, raggi X, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, e Röntgen-diagnostica che verranno praticate nella Casa di cura.

PAVIA

1. *Casa di cura prof. Eugenio Morelli*, Piazza 24 Maggio, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica, Röntgen diagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di cura.

2. *Casa di Cura chirurgica prof. Masnata in Stradella*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

3. *Ospedale Policlinico S. Matteo di Pavia*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sia per le cure ambulatorie che per le rette di qualsiasi genere. La riduzione del 30 % sarà pure applicata sulle tariffe in vigore per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate in detto Ospedale.

4. *Ospedale Infermi di Vigevano*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi, ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Ra-

dium Terapia che verranno praticate nell'Ospedale.

PISA

1. *Stabilimenti termali di S. Giuliano*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 40 % sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano, e del 30 % sulle tariffe-pensioni praticate dal Grande Albergo delle Terme; e agli assicurati con polizze popolari: riduzione nella medesima percentuale praticata agli assicurati dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale (già Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali), e cioè L. 18 giornaliera per la pensione completa, comprensiva di vitto, alloggio, cura e assistenza sanitaria, servizio, ecc.

2. *Stabilimento termale* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale in *S. Giuliano Bagni*, per tutti gli assicurati: forfait di L. 300 per ogni turno di giorni 15.

REGGIO CALABRIA

1. *Ospedali Riuniti* « Giuseppe Melacrino » e « Francesco Bianchi », a tutti gli assicurati: riduzione del 20 % per gli ammessi alle corsie comuni (retta di terza classe), e del 30 % sia per le cure ambulatorie che per gli ammessi alle rette di prima e seconda classe. La riduzione 30 % sarà pure applicata sulle tariffe in vigore per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di Terapia fisica, Röntgen diagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate in detti ospedali.

ROMA

1. *Istituti Fisioterapici Ospedalieri* (Istituto Dermosifilopatico Ospedaliero di Santa Maria e San Gallicano — Istituto Regina Elena per la ricerca e la cura del cancro), tutti gli assicurati otterranno gratuitamente oltre le visite

e le cure ambulatorie, ivi comprese le cure di Röntgen-terapia, anche tutte le ricerche di clinica e di laboratorio e radiologiche. Gli assicurati che a giudizio dei medici di detti Istituti avessero bisogno di essere ricoverati o per accertamenti diagnostici o per subire atti operativi o per altre cure, pagheranno solo la diaria di degenza. Attualmente la diaria è di L. 35,— per l'Istituto Regina Elena e di L. 30,50 per l'Istituto Dermosifilopatico di S. Galliano. Oltre la diaria gli assicurati sono esenti da qualsiasi altra spesa (operazioni chirurgiche, medicazioni, applicazioni di radium e Röntgenterapia, ecc. ecc.). Se gli assicurati desiderassero essere ricoverati nelle stanze per uno solo o per due infermi, pagheranno l'intera retta corrispondente, ed il 50 % dell'onorario per l'atto operativo e per applicazioni di radium e Röntgen-terapia, secondo le tariffe del Sindacato Medico di Roma, qualora le tariffe degli Istituti Fisioterapici non fossero inferiori a quelle. In quest'ultimo caso la riduzione del 50 % va applicata alla tariffa più bassa.

2. *Policlinico del Lavoro*, via Ripetta, 180, gli assicurati con polizze popolari che si presenteranno al Policlinico del Lavoro dal 1° gennaio 1933 al 31 dicembre 1934 potranno usufruire gratuitamente, per una volta nell'anno, di una visita completa, ivi compresi tutti gli esami clinici e di laboratorio che dai medici saranno ritenuti opportuni; potranno inoltre usufruire gratuitamente in ogni tempo, durante il periodo suddetto delle varie prestazioni del Policlinico del Lavoro.

3. *Clinica Odontoiatrica della R. Università di Roma*, gli assicurati con polizze popolari che si recheranno per la cura e la protesi dentaria presso l'ambulatorio di detta Clinica, usufruiranno di una riduzione del venti per cento sui prezzi stabiliti per i meno abbienti.

4. *Istituto « Benito Mussolini » in Roma* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicu-

rati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

SIENA

1. *Stabilimenti termali di S. Casciano (Siena)*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore per la prima classe e del 50 % per la seconda classe, per le cure di bagni e fanghi. Inoltre è concessa gratuitamente la cura della bibita per le malattie di fegato. La tassa di visita e ammissione alle cure è stabilita in L. 25.

SONDRIO

1. *Primo Sanatorio italiano « A. Zucchini » in Pineta di Sortenna*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riserva fino a dieci posti, e concede:

riduzione del 10 % sulla pensione compreso il servizio sanitario ordinario;

riduzione del 10 % sul prezzo della camera fino a L. 15;

riduzione del 20 % sul prezzo della camera oltre L. 15;

riduzione del 30 % sulle prestazioni sanitarie straordinarie (interventi chirurgici, pneumo-torace, ecc.).

2. *Sanatorio di Abetina di Sondalo* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando un onorario di L. 28.

TERNI

1. *Consultorio Materno in Terni* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

TORINO

1. *Istituto di medicina preventiva*, Via Principe Amedeo, n. 16, a tutti gli assicurati: riduzione del 40 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per interventi operatori di qualsiasi natura ed importanza, per applicazioni di terapia fisica,

raggi X e radium, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia e Röntgendiagnostica che verranno praticate nella clinica, come pure per le consultazioni cliniche.

2. *Clinica delle malattie professionali della R. Università*: gli assicurati con polizze popolari potranno usufruire una volta l'anno di una visita completa ivi compresi gli esami clinici e di laboratorio pagando un onorario di L. 11; potranno inoltre usufruire in ogni tempo delle varie prestazioni della Clinica, mediante corresponsione di un onorario di L. 5,50 per ogni volta.

3. *Convalescenziario in Orio Canavese*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

4. *Consultorio materno in Torino*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

TRENTO

1. *Stabilimenti termali di Levico Vetrìolo*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore delle cure.

TREVISO

1. *Casa di cura prof. Piero Brisotto*, Ponte Garibaldi, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Röntgen diagnostica e Röntgen terapia che verranno praticate nella Casa di cura.

2. *Casa di cure chirurgiche « Villa Bianca »*, Prof. Dr. A. Grollo, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica. Röntgendiagnostica e Röntgen Ra-

dium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cure chirurgiche.

VARESE

1. *Clinica privata « La Quiete »*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica, Röntgen diagnostica e Röntgen radium terapia che verranno praticate nella clinica.

2. *Consultorio materno in Varese*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

VENEZIA

1. *Ospedale al Mare (Lido)*, accetta gli assicurati con polizze popolari sia nella Sezione profilattica che in quella curativa facendo loro lo stesso trattamento economico che vien praticato agli assicurati dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale.

VERCELLI

1. *Sanatorio di Bioglio* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

2. *Consultorio materno di Biella* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno un onorario di L. 5 per ogni volta.

VICENZA

1. *Stabilimenti termali di Recoaro*, a tutti gli assicurati: riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore delle cure.

E) *Facilitazioni per cure odontoiatriche.*

F) *Facilitazioni per cure oculistiche.*

G) Facilitazioni per cure otorinolaringoiatriche.

Gli assicurati con polizze ordinarie e collettive potranno usufruire della riduzione del 30 % praticata dai Medici Specialisti scelti dall'assicurato nell'elenco fornito dal Sindacato Medico Fascista.

N.B. - Per ottenere le facilitazioni predette gli assicurati dovranno presentare l'ultima quietanza di premio pagato per dimostrare che sono in regola con i pagamenti, ed un documento di identità personale.

Per essere accolti nei Centri sanatoriali, nei Convalescenziari e negli Stabilimenti termali dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, gli assicurati dovranno rivolgere domanda alla Direzione Generale del-

l'Istituto predetto in Roma, Corso Umberto n. 239, corredata dei seguenti documenti:

1. *Certificato medico che attesti la malattia del soggetto in tutti i suoi elementi e la indicazione del tipo di Istituto di cura più conveniente al soggetto stesso. Tale certificato dovrà contenere anche la dichiarazione che l'assicurato è esente da malattie infettive, o comunque trasmissibili, e da sindromi nervose, ed in grado di provvedere personalmente alle esigenze della vita di un Istituto di cura, senza speciale e personale assistenza.*

2. *L'ultima quietanza dell'I.N.A. attestante la situazione corrente nel pagamento dei premi.*

All'atto dell'ingresso l'assicurato, per proprio conto, provvederà a corrispondere all'Amministrazione dello Stabilimento di cura, cui verrà assegnato, l'importo della retta o diaria stabilita.

Possono ritrarre giovamento frequentando le terme che hanno convenzioni con l'I. N. A. gli assicurati affetti da:

a) ipercloridia - atonia gastrica - gastroenteriti croniche.

Stazioni crenoterapiche idropiniche di: S. Pellegrino (Bergamo) — Sardara (Cagliari);

b) stitichezza - epatopatie croniche - colicistiti.

Agnano (fonti idropiniche) — S. Giuliano (Pisa) Acqua del Pozzetto — S. Casciano Bagni (Siena) Acqua della Ficoncella;

c) artrismo cronico - tubercolosi ossea - eczemi - nevriti - reumatismi cronici e secondari - malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc.

Salsomaggiore (acqua per bagni e fanghi) — S. Giuliano di Pisa (bagni) — Sirmione sul Garda (bagni) — Agnano di Napoli (bagni e fanghi) — Battaglia (Padova) (bagni e fanghi) — Abano e S. Pietro in Montagnon di Padova (bagni e fanghi) — S. Casciano Bagni (Siena) (fanghi e bagni) — Santa Cesarea di Lecce (bagni e fanghi);

d) anemie cloroadinamie - linfatismo.

Levico (Trento) — Recoaro (Vicenza);

e) malattie del fegato.

S. Casciano Bagni (cure idropiche, bagni e lutoterapica specializzata).

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

Roma, 1933-XII — Società Tipografica Castaldi — Piazza S. Croce in Gerusalemme, 49



Corporate Heritage
& Historical Archive

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni per il popolo lavoratore

Obbedendo al comando del Duce di «andare verso il popolo», l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni sta svolgendo un intenso programma per educare gli operai italiani ai salutarî principi della previdenza assicurativa.

LA POLIZZA OPERAIA

creata dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni in quest'ultimo anno prevede tutte le esigenze dei lavoratori dell'industria, e va incontro ad esse con modernità di vedute e liberalità di condizioni.

La Polizza operaia è infatti caratterizzata da importanti agevolazioni, fra cui l'esclusione della visita medica, il pagamento dei premi in quote mensili di 5, 10, 15 e più lire, il riconoscimento dei casi: di morte per infortunio (esclusa ogni concausa) con pagamento di una somma doppia di quella assicurata, di invalidità totale, con cessazione del pagamento dei premi, di servizio militare e di disoccupazione, con cessazione del pagamento dei premi fino a due anni.

Gli assicurati con Polizza operaia godono inoltre dell'esonero totale dal pagamento dei premi quando vengano ad avere sei figli nati viventi dopo l'entrata in vigore della polizza.

La «Polizza operaia» è emessa in tre tipi differenti per renderla, a seconda dei casi, più aderente agli interessi dei lavoratori e alle possibilità delle Aziende:

A) «**POLIZZA DEL DECENNALE**» deriva da una speciale convenzione stipulata fra l'Istituto e la **SOCIETÀ S. N. I. A. VISCOSA** a favore di tutte le maestranze di quest'ultima, convenzione sottoposta recentemente a S. E. il Capo del Governo, che l'ha vivamente approvata.

La S. N. I. A., anche per il largo contributo da parte sua nel pagamento dei premi, ha dato un magnifico esempio di solidarietà sociale.

B) «**POLIZZA DOPOLAVORO**» che emana da una speciale convenzione stipulata fra l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e l'Opera Nazionale Dopolavoro. Numerosissime Ditte vi hanno già aderito.

C) «**POLIZZA FIAT**» che ha preso il nome della grande Società Torinese, perchè furono i dirigenti di essa ad adottare per primi la polizza accennata a favore dei propri operai. La qual polizza può anche godere di valori di riscatto più elevati, semprechè i datori di lavoro si impegnino a fare assicurare almeno il 50 % dei propri dipendenti e ad effettuare sulle paghe di essi la trattenuta dei premi. Altre Ditte hanno seguito l'encoraggiabile esempio.

Gli assicurati con Polizze operaie partecipano agli utili dell'Istituto e godono di numerose provvidenze sanitarie.

Tutte le Agenzie Generali dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni forniscono, a richiesta, chiarimenti e preventivi.

*Società collegate con l'Istituto
Nazionale delle Assicurazioni*

LE ASSICURAZIONI D'ITALIA

SOCIETÀ ANONIMA PER AZIONI

ASSICURAZIONI

**CONTRO I DANNI DELL'INCENDIO - DELLE DISGRAZIE ACCIDENTALI
DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE - DELLA GRANDINE - DEI TRASPORTI
DEI FURTI - DELL'AVIAZIONE**

Capitale sociale interamente versato L. 15.000.000

Monte Premi, al 31 Dicembre 1931-X L. 225.000.000

Riserve totali, al 31 Dicembre 1931-X L. 26.000.000

DIREZIONE GENERALE - ROMA - Via S. Basilio N. 14

Agenzie Generali: In tutte le Città e Capoluoghi di Provincia

Agenzie Locali: In tutti i Comuni del Regno

Società Anonima di Assicurazioni e Riassicurazioni "FIUME,,

Sede e Direzione Generale in FIUME - Corso Vitt. Eman., 39

RAMI ESERCITI:

**Incendio - Furti - Disgrazie accidentali - Responsabilità civile,
terzi e operai - Tutti i Rischi - Aeronautica - Trasporti.**

AGENZIE GENERALI, in tutti i capoluoghi di Provincia. **AGENZIE PRINCIPALI,**
in tutti i capoluoghi di Mandamento.

RAPPRESENTANZE ALL'ESTERO. — *Albania:* Sede della rappresentanza a Tirana,
Via Dibra, 90. — *Austria:* Sede della rappresentanza a Vienna, 1, Kärntnerstrasse, 51.
— *Grecia:* Sede della rappresentanza in Atene, Rue de l'Université, 53. — In
Ungheria la « Fiume » lavora attraverso la propria Società « Astra » S. A. di
Assicurazioni, Sede a Budapest, IV Eskü út 6.

Società Anonima Riassicurazioni e Capitalizzazioni "Praevidentia,,

Sede e Direzione Generale - ROMA - Via Nazionale, 230

Capitale sociale L. 15.000.000 — Versato L. 7.500.000

La *Praevidentia* si propone come scopo fondamentale l'esercizio e la diffusione delle forme di capitalizzazione, largamente sviluppate in parecchie Nazioni estere e finora poco note in Italia. La Società si impegna contro versamento di un premio unico, o di una successione di premi annuali, di pagare a scadenza somme prestabilite che rappresentano appunto la capitalizzazione (montante) del premio o dei premi al convenuto tasso di interesse.



Corporate Heritage
& Historical Archive