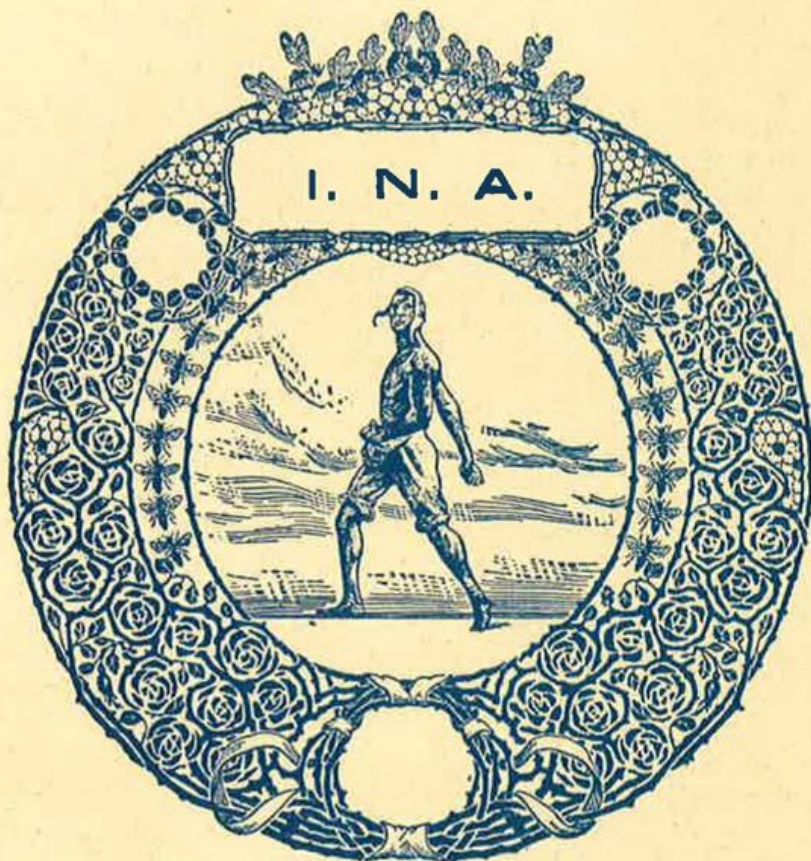


L'ASSISTENZA

SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno V
Numero 5
15 ottobre
1936 - XIV

Spedizione in abbonamento postale - Perugia

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE
DELLE ASSICURAZIONI - VIA SALLUSTIANA, 51 - ROMA



Corporate Heritage
& Historical Archive

SOMMARIO

- | | |
|--|--|
| <p>1. Provvidenze Sanitarie a favore degli assicurati . . . pag. I-XXIV</p> <p>2. Consigli agli assicurati:</p> <p>a) Dr. A. STARNA, L'insonnia pag. 277</p> <p>b) Rassegna articoli di igiene . 282</p> <p>c) Dr. A. STARNA, A proposito di cure dimagranti . . . 283</p> <p>d) Dr. S. FIANCADA, Sull'uso delle bevande alcooliche . . . 284</p> <p>3. Notiziario 288</p> <p>4. Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita:</p> <p>a) Dr. A. SULTANO, Le glicosurie e l'assicurazione vita . . . 294</p> <p>b) Dr. M. BIASIOTTI, Su di un nuovo metodo rapido e preciso per il dosaggio del glucosio nell'urina 308</p> <p>c) Dr. HÖRNIG, Tubercolosi e medicina dell'Assicurazione Vita 317</p> <p>5. Medicina legale delle Assicurazioni-vita:</p> <p>Dr. B. GIORDANO, Considerazioni su la «Malattia di Ménière» e su «l'angina pectoris» . 322</p> <p>6. Indagini di statistica medica:</p> <p>Dr. F. VICENTINI, Le cause di</p> | <p>morte di un gruppo di assicurati sulla vita di sesso femminile con particolare riguardo riguardo al loro stato civile 324</p> <p>7. Varie:</p> <p>a) Prof. I. ROMANELLI, Attività e programma dell'I. N. A. nel campo della prevenzione . 332</p> <p>b) Dr. A. LAMBERTI-BOCCONI, L'assicurazione vita dei rischi tarati nei congressi e conferenze internazionali 334</p> <p>c) Dr. BASILIADES, Natalità e mortalità della popolazione Greca nel quinquennio 1929-33 . 341</p> <p>d) Prof. BASILIADES, Attività dell'assemblea medica Panellenica 343</p> <p>8. La pagina del medico fiduciario:</p> <p>a) Dr. A. STARNA, La prova funzionale cardiaca da sforzo . 344</p> <p>b) Dr. BIASOTTI, Le sostanze riducenti, aggiunte alle urine per conservarle, causa di errore nella ricerca del glucosio 345</p> <p>9. Dai Libri e dai Periodici . . 346</p> <p>10. Pubblicazioni ricevute . . . 354</p> <p>11. Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari 356</p> |
|--|--|

NORME PER GLI AUTORI

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

Debbono quindi trattare argomenti di medicina preventiva ovvero di diagnostica e prognostica medica, con speciale riguardo alla durata della vita umana, o altri problemi di medicina delle Assicurazioni vita.

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 di lavori originali si concedono gratuitamente cinquanta estratti. — Gli originali non si restituiscono.



L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

REDAZIONE ED AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

ROMA — Via Sallustiana, 51 — ROMA

PARTE UFFICIALE

NUOVE PROVVIDENZE SANITARIE

a favore degli ASSICURATI dell'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

Nuovi Consulitori:

ASTI presso l'Agenzia Generale - Piazza Medici, 16

PALERMO presso l'Agenzia Generale - Via Maqueda, 200

TRIESTE presso l'Agenzia Generale - Via Carducci, 2 (Pal. I.N.A.)

- a) *Consultorio di Igiene*
- b) *Consultorio per il collaudo della salute degli assicurati*
- c) *Visite consultive per la idoneità alla vita coloniale*
- d) *Informazioni circa le provvidenze sanitarie a favore degli assicurati*

Di prossima istituzione:

Centri Sanitari a **Bolzano, Milano e Cagliari.**

Consultori a **Viterbo e Catania.**

PROVVIDENZE SANITARIE IN VIGORE

- A) *Visite mediche periodiche gratuite.* — B) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale.* — C) *Ricerche cliniche ed esami di laboratorio gratuiti.* D) *Consultorio per il collaudo dell'organo della vista.* — E) *Consultazioni gratuite di Igiene.* — F) *Gabinetto per le cure odontoiatriche.* — G) *Prestiti senza interessi per operazioni chirurgiche.* — H) *Facilitazioni per cure termali.* — I) *Facilitazioni presso ospedali e case di cura.* — L) *Facilitazioni presso sanatori, convalescenziari e consultori materni.* — M) *Facilitazioni per cure odontoiatriche.* — N) *Facilitazioni per cure oculistiche.* — O) *Facilitazioni per cure otorinolaringoiatriche.* — P) *Pubblicazioni di medicina preventiva.*

A) Visite mediche periodiche gratuite.

a) 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.

I buoni di visita medica gratuita (Modulo Servizio Sanitario n. 80), vengono distribuiti dalle Agenzie presso le quali gli assicurati pagano il premio.

b) Gli assicurati che non hanno diritto al buono di cui sopra, possono usufruire del **Consultorio medico gratuito per il collaudo della salute**, istituito presso i Centri di Assistenza Sanitaria per gli Assicurati in **Alessandria** (Corso Roma,

n. 14); **Asti** (Piazza Medici, 16); **Frosinone** (Via XX Settembre, 19); **Messina** (Via Colombo); **Padova** (Piazza Spalato); **Palermo** (Via Maqueda, n. 200); **Reggio Calabria** (Corso Garibaldi); **Roma** (Via Tritone, n. 142); **Terni** (Corso Tacito, 2); **Torino** (Via Maria Vittoria 1); **Trieste** (Via Carducci, 2); **Venezia** (Calle Goldoni - S. Luca, 4535).

c) Per la diagnosi precoce dei tumori tutti gli assicurati possono ottenere gratuitamente le visite negli ambulatori dell'Istituto Regina Elena per la diagnosi e la cura dei tumori, in ROMA Viale Regina Margherita n. 291.

B) **Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita Coloniale** a tutti comunque assicurati presso i Centri Sanitari ed i Consultori dell'I. N. A.; **Alessandria** (Corso Roma, 14); **Asti** (Piazza Medici, 16); **Frosinone** (Via XX Settembre, 19); **Messina** (Via Colombo); **Padova**

(Piazza Spalato); **Palermo** (Via Maqueda, 200); **Reggio Calabria** (Corso Garibaldi); **Roma** (Via Tritone, 142); **Terni** (Corso Tacito, 2); **Torino** (Via Maria Vittoria, 1); **Trieste** (Via Carducci, 2); **Venezia** (Calle Goldoni).

C) Ricerche cliniche ed esami di laboratorio gratuiti.

Concessione gratuita presso i Laboratori del Servizio Sanitario della Direzione Generale dell'I.N.A. in **Roma**, Via Sallustiana n. 51, e presso i Centri di Assistenza Sanitaria in **Torino**, Via Maria Vittoria n. 1; in **Padova** (Piazza Spalato); in **Messina** (Via Colombo), di:

a) esame completo chimico e microscopico delle **urine** (compresa la prova della concentrazione);

b) esame dell'**espettorato**;

c) esame del sangue: per il dosaggio della **glicemia** (compresa la prova di carico e la curva glicemica);

d) esame del sangue: per il dosaggio della **azotemia**;

e) esame del sangue: per il dosaggio della **uricemia**;

f) esame del sangue: per la **reazione di Kahn**;

g) esame del sangue: per la **reazione di Wassermann** (solo presso i Laboratori del Servizio Sanitario della Direzione Generale dell'I.N.A. in Roma, Via Sallustiana n. 51);

h) esame del sangue: per la **reazione di Meinicke**;

i) misurazione della **pressione arteriosa**;

l) **elettrocardiogramma**;

m) **teleradiografia del torace**;

n) controllo del **peso** e dell'**altezza**.

OGNI DUE ANNI

agli assicurati in forma ordinaria

con visita medica per un capitale superiore a L. 20.000.

OGNI TRE ANNI

a) agli assicurati in forma ordinaria e collettiva con visita medica per un capitale fino a L. 20.000 comprese;

b) agli assicurati in forma ordinaria e collettiva senza visita medica, per qualsiasi forma e capitale;

c) agli assicurati con polizze popolari di qualsiasi forma e capitale;

d) agli assicurati con polizza di rendita vitalizia.

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 in Roma od ai Centri di Assistenza Sanitaria in Torino, Padova e Messina col mezzo più celere, campioni:

per *l'esame delle urine*: 60-70 cc. di urine aggiuntevi qualche granellino di canfora;

per *l'esame dell'espettorato*: 10-15 cc. di espettorato in un vasetto di vetro o porcellana a collo largo;

per *l'azotemia*: 10-15 cc. di sangue prelevato a digiuno;

per *la glicemia*: 1-2 cc. di sangue prelevato a digiuno, con l'aggiunta di alcuni granellini di fluoruro di sodio, allo scopo di renderlo incoagulabile;

per *l'uricemia*: 10-15 cc. di sangue prelevato a digiuno;

per *la reazione di Kahn*: 5-10 cc. di sangue o meglio 1-2 cc. di siero possibilmente già centrifugato;

per *la reazione di Wassermann*: 5-10 cc. di sangue o meglio 1-2 cc. di siero possibilmente già centrifugato (solo ai Laboratori del Servi-

zio Sanitario della Direzione Generale dell'I. N. A. in Roma, Via Sallustiana n. 51).

per la reazione di *Meinicke*: 4-5 cc. di sangue o negli 1-2 cc. di siero già centrifugato.

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

I buoni per esami di Laboratorio (Modulo Servizio Sanitario n. 79) vengono distribuiti dalle Agenzie presso le quali gli assicurati pagano il premio.

D) Consultorio per il Collaudo dell'Organo della Vista. Visite gratuite a tutti comunque assicurati presso il Consultorio per il Collaudo dell'Organo della vista, in **Torino** (Via Maria Vittoria, 1).

E) Consultazioni gratuite di igiene: igiene personale, igiene della casa, igiene del lavoro, consigli per la prevenzione delle malattie, specie infettive, presso il Consultorio di Igiene istituito presso i Centri di Assistenza Sanitaria per gli assicurati ed i Consultori dell'I.N.A.: **Alessandria** (Corso Roma, 14); **Asti** (Piazza Medici, 16); **Frosinone** (Via XX Settembre, 19); **Messina** (Via Colombo); **Padova** (Piazza Spalato); **Palermo** (Via Maqueda, 200); **Reggio Calabria** (Corso Garibaldi); **Roma** (Via del Tritone, 142); **Terni** (Corso Tacito, 2); **Torino**, (Via Maria Vittoria, 1); **Trieste** (Via Carducci, 2); **Venezia** (Calle Goldoni - S. Luca, 4535^A).

F) Gabinetto per le cure odontoiatriche, compresa la protesi, a condizioni assolutamente speciali, presso la Direzione Generale dell'Istituto (Roma, Via Sallustiana, 51).

Tutti gli assicurati possono usufruirne, pagando un onorario minimo. La prima visita consultiva è gratuita.

G) Concessione di prestiti senza interessi agli assicurati con polizze ordinarie e collettive che debbano sottoporsi ad operazioni di alta chirurgia, per la somma occorrente a pagare le relative spese, debitamente comprovate.

H) Facilitazioni presso Stabilimenti Termali (*Vedi elenco seguente per provincia*).

I) Facilitazioni presso Ospedali e Case di Cura (*Vedi elenco seguente per provincia*).

L) Facilitazioni presso Sanatori, Convalescenziari e Consultori materni (*Vedi elenco seguente per provincia*).

M) Facilitazioni per cure odontoiatriche (*Vedi elenco seguente per provincia*).

N) Facilitazioni per cure oculistiche (*Vedi elenco seguente per provincia*).

O) Facilitazioni per cure otorinolaringoiatriche (*Vedi elenco seguente per provincia*).

I sanitari delle specialità di cui alle lettere *M) N) O)* concedono agli assicurati con polizze ordinarie e collettive, la riduzione del 30 %, sugli onorari minimi, fissati dal Sindacato Provinciale Fascista dei Medici.

P) Pubblicazioni di medicina preventiva dell'I.N.A.:

Dott. ESCHILO DELLA SETA, *Vivere sani*, edito dall'I.N.A.

Prof. Dr. ORESTE BELLUCCI, *Salute, tesoro della vita*, edito dall'I.N.A.

Rivolgersi alla Direzione Generale dell'I. N. A.

ELENCO PER PROVINCIA

AGRIGENTO

Odontoiatri:

AGRIGENTO - Dr. CUCURULLO Antonio.
CANICATTI - Dr. CASSARO Gaetano, Piazza Palma.

ALESSANDRIA

1. Presso l'agenzia Generale, Corso Roma, 14.

A) *Consultorio medico per il collaudo della salute* per tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica gratuita.

B) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale.*

C) *Consultorio di igiene* per tutti comunque assicurati, per consultazione circa l'igiene personale, l'igiene della casa, l'igiene del lavoro, per la prevenzione delle malattie, specialmente infettive.

D) *Informazioni circa le previdenze sanitarie a favore degli assicurati.*

E) *Misurazione della pressione arteriosa.*

F) *Controllo del peso e dell'altezza.*

Odontoiatri:

ALESSANDRIA - Dr. MOTTA Luigi, Piazzetta della Lega, 7.

Dr. OSIMO Guido, Via Mazzini, 1.

Dr. PICCINI Alessandro, Via Umberto, 25.

Dr. PICCIONE Antonio Giovanni, Via Venezia, 3.

CASALE MONFERRATO - Dr. GAUDINA Umberto.

Dr. PINOLINI Giovanni.

Dr. REDOGLIA Agostino.

NOVI LIGURE - Dr. BELLONE Mario Luigi.

TORTONA - Dr. TORTI Carlo.

Oculisti:

ALESSANDRIA - Dr. ALTARA Eugenio, Via Milano, 19.

Prof. Dr. BIANCHI Benigno, Via Faà di Bruno, 12.

Dr. DURANDO Francesco, Via Legnano, 11.

CASALE MONFERRATO - Dr. GUASCHINO Angelo.

Otorinolaringoiatri:

ALESSANDRIA - Dr. BADINO Francesco, Via Veschieri, 3.

Dr. BORTOLOTTI Lorenzo, Via S. Giacomo della Vittoria, 25.

Dr. AJMONE Modesto, Via Faà di Bruno, 24.

CASALE MONFERRATO - Dr. GUASCHINO Giovanni.

ANCONA

1. *Convalescenziario in Loreto*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale; tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

AOSTA

Odontoiatri:

AOSTA - Dr. CHIAMPO Arnaldo.

Dr. SPIRITO Tito.

IVREA - Dr. MAUTINO Giuseppe.

Dr. PUGLIESE Giuseppe.

Oculisti:

IVREA - Dr. GARZINO Mario Casimiro, Ospedale Civile.

Otorinolaringoiatri:

IVREA - Dr. MAGGIOROTTI Ugo.

AQUILA

Odontoiatri:

Dr. DE ANGELIS Giovanni Battista.

Otorinolaringoiatri:

Dr. CIPOLLONI Silvio, Via S. Marciano, 31.

AREZZO

1. *Istituto Sanatoriale «A. Garbasso»* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale; tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

Odontoiatri:

Dr. MICHELINI Mario, Via Francesco Crispi, 2.

Oculisti: Prof. Dr. ALIQUÒ MAZZEI Alessandro.

ASCOLI PICENO

Odontoiatri:

ASCOLI PICENO - Dr. MONDOZZI Andrea, Via Benedetto Cairoli.

Dr. PENNESI Luigi, Via Trivio.

Dr. TASSONI Adolfo.

Otorinolaringoiatri:

FERMO - Dr. LODOVICI Amilcare, Via Sapienza, 4.

ASTI

1. Presso l'agenzia Generale, Piazza Medici, 16.

A) *Consultorio medico per il collaudo della salute* per tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica gratuita.

B) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale.*



C) *Consultorio di igiene* per tutti comunque assicurati, per consultazione circa l'igiene personale, l'igiene della casa, l'igiene del lavoro, per la prevenzione delle malattie, specialmente infettive.

D) *Controllo del peso e dell'altezza.*

E) *Misurazione della pressione arteriosa.*

F) *Informazioni circa le previdenze sanitarie a favore degli assicurati.*

Odontoiatri:

Dott. DEGAN Attilio.

Dr. MAIOLO Giacomo.

Dr. MALAGOLI Lelio.

BARI

1. *Clinica privata del prof. Florenzo d'Erchia per le Malattie Ginecologiche*, Via M. Signorile, n. 2, a tutti gli assicurati: riduzione del 80%, sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopica, per le applicazioni di terapia fisica, Roentgen-diagnostica Roentgen-radium-terapia che verranno praticate nella clinica.

Odontoiatri:

ANDRIA - Dr. SARDANO Francesco.

BERGAMO

1. *Stabilimenti termali di S. Pellegrino*: a tutti gli assicurati: riduzione del 25% su tutte tariffe in vigore.

2. *Stabilimenti termali di Trescore Balneario*: a tutti gli assicurati saranno praticate le seguenti facilitazioni: riduzione del 25% sull'importo della pensione di 1^a e 2^a classe (nella pensione, oltre alloggio, vitto — vino compreso — e servizio, è compresa anche la cura ordinaria e cure straordinarie supplementari). Inoltre gli assicurati pagheranno per le tasse di ammissione il 50% in meno. La Società esercente le Terme si riserva la facoltà — qualora gli alberghi annessi alle Terme fossero completi — di poter sistemare gli assicurati in altri alberghi consociati, della medesima categoria, facendo loro usufruire dello stesso trattamento dei primi.

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

4. *Casa di Regime Dr. Merino Quarenghi - S. Pellegrino Termale*; a tutti gli assicurati: riduzione del 20% sulle tariffe in vigore per le rette di pensione, e del 25% sulle tariffe in vigore per le competenze professionali per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Roentgendagnostica e Roentgen-radium-terapia che verranno praticate nella Casa di Regime.

Odontoiatri:

BERGAMO - Dr. AVETTA ENZO.

Dr. BRAUN Giorgio, Viale Roma, 12.

Dr. CALDEROLI Guido.

CAV. Dr. CASTELLI Carlo.

Prof. Dr. CAVAZZENI Giovanni.

Dr. DAL LAGO Vittorio.

Dr. GATTI Giovanni.

Oculisti:

BERGAMO - Prof. Dr. BUSACCA Annibale Via Tasso, 4.

Prof. Dr. SEGUINI Arminio.

Dr. ZONCA Giovanni.

Otorinolaringoiatri:

BERGAMO - Dr. CALDEROLI Innocente.

Dr. PALVIS Giuseppe.

BOLOGNA

1. *Stabilimenti termali di Porretta*, agli assicurati in forma ordinaria e collettiva: riduzione del 50% sull'importo dell'abbonamento ordinario di ingresso agli Stabilimenti, e del 25% sull'importo dell'abbonamento ordinario alle cure idrominerali.

2. *Ospedale «Benito Mussolini»* dell'I.N.F.A.I.L. agli assicurati che abbiano bisogno di 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. Sono escluse dalla riduzione solo la spesa per il riscaldamento e quella per i bagni di pulizia.

3. *Casa di salute «Policlinica»*, Piazza Umberto I, n. 9, a tutti gli assicurati — «Villa Verde», Via Mamolo, n. 45 — «Villa Rosa», Via Castiglione, n. 108, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali e per applicazioni di terapia fisica, raggi X e radium.

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

5. *Ospedale Sanatoriale di Montecatone - Imola*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

Odontoiatri:

BOLOGNA - Dr. BIGNARDI Ferdinando, Via Saffi, 2.

Dr. CAPUZZI Giuseppe, Piazza dei Marchi, 6.

Dr. CARAMITTI Aldo, Via Innerio, 17.

Dr. DI MENTO Spiro, Via Zamboli, 8.

Dr. FRANCESCONI Alberto, Via Saffi, 2.

Dr. GIANNOTTI Manfredo, Via Saffi, 2.

Dr. PIVA Giuseppe, Via Indipendenza, 22.

Oculisti:

BOLOGNA - Dr. CAPRA Leonida, Via Indipendenza, 2.

Dr. MABIOTTI Cesare, Via Castiglioni, 5.

Dr. NARDI Giorgio, Via Frassinago, 21.

Dr. PALMIERI Domiziano, Via Righi, 84.

Prof. Dr. RICCHI Gino, Via S. Stefano, 43.
Prof. Dr. NAPOLEONE Xilo, Via Guerrazzi, 29.

Otorinolaringoiatri:

BOLOGNA - Prof. Dr. CANEPELE Adelson, Viale XII Giugno, 12.
Dr. FACCHINI G. Battista, Via Cartoleria, 16.
Prof. Dr. VIGI Ferruccio, Via d'Azeglio, 21.

BOLZANO

Odontoiatri:

BOLZANO - Dr. GRONES Ernesto, Piazza Erbe, 12.
MERANO - Dr. DE BOSIO Giuseppe.
Dr. KONIG Alfredo, Corso Goethe, 6.
Dr. SINGER Federico, Via Dante, 88.

Oculisti:

BOLZANO - Prof. Dr. MENESTRINA Gino, Ospedale Civile.
Dr. ROSSLER Federico, Via Regina Elena.
BRESSANONE - Dr. NIEDEREGGER Enghelberto.
MERANO - Dr. BAR Carlo, Corso Principe Umberto, 32.
KEISER Giulio, Corso Principe Umberto, 84.

Otorinolaringoiatri:

BOLZANO - Dr. BRIANI Alfredo, Via Duca d'Aosta, 2.
Dr. SCHNABL Adolfo, Piazza Grano, 2.
MERANO - Dr. DIEBACHER Matteo, Corso Principe Umberto, 20.
Dr. NUSSBAUMER Giorgio, Corso Goethe, 11.

BRESCIA

1. *Poliambulanza delle specialità medico chirurgiche, Casa di Cura in Brescia, Piazzale Garibaldi;* a tutti gli assicurati saranno praticate le seguenti facilitazioni: riduzione del 30% sulle tariffe minime fissate dall'Ordine dei Medici, per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Roentgendiagnostica e Roentgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura; riduzione del 25% sulle rette di degenza per la 1ª classe, riduzione del 20% sulle tariffe di degenza per la 2ª e 3ª classe.

2. *Consullorio materno di Brescia,* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

Odontoiatri:

BRESCIA - Dr. BERTOLI Oreste.
Dr. CASTELLI Ettore, Via Dante, 42.
Dr. JORI Mario, Corso Vittorio Emanuele, 58.
Dr. RIETTI Giov. Battista, Via Mazzini.
Dr. RIETTI Giulio, Via Mazzini.
Dr. SALVAGNI Dino, Viale Stazione.
Dr. SOACHERI Domenico, Corso Palestro.
GARDONE RIVIERA - Dr. GORO Giuseppe.
SALO - Dr. SIMONI Guido Giuseppe.

CAGLIARI

1. *Stabilimenti termali di Sàrdara,* 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 80% 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, Roentgendiagnostica e Roentgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

3. *Casa di cura «B. Salvatore»,* per malattie ostetrico-ginecologiche, ortopedia e traumatologia e chirurgia in genere, a tutti gli assicurati: riduzione del 90% (trenta per cento) sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica clinica e microscopica, per applicazioni di Terapia fisica e Röntgen-diagnostica e Röntgenradiumterapia e per tutte le cure che ivi verranno praticate.

3. *Ospedale Sanatoriale Monte Urpino* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati pagheranno una diaria di L. 28.

CALTANISSETTA

1. *Ospedale Sanatoriale* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati pagheranno una diaria di L. 28.

2. *Casa di Cura del Dr. Ballati di Caltanissetta;* 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, Roentgen-diagnostica e Roentgen Radium terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.



CALTANISSETTA - Casa di Cura Dr. Ballati

Oculisti:

Prof. Dr. CAVALLARO Erminio.
Prof. Dr. NICOLETTI Gaspare.

Otorinolaringoiatri:

Dr. RESTIVO Pietro.

CAMPOBASSO

Odontoiatri:

CAMPOBASSO - Dr. MARTINO Angelo.
Dr. SANTORO Manfredi.

Oculisti:

CAMPOBASSO - Dr. BARBATO Nunzio.
Comm. Dr. GRIMALDI Eugenio.
AGNONE - Dr. SAVASTANO Silvio.

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, che dai medici saranno ritenuti opportuni 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 Callagirone*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

Odontoiatri:

CATANIA - Dr. DI GRAZIA Mario, Via Garibaldi, 9.
Dr. GRECO Salvatore, Via Umberto, 8.
Dr. MILONE Giuseppe, Via Umberto, 41.
Dr. MUSUMECI Grassi Raimondo, Via Vittorio Emanuele, 215.
Dr. POLITI Francesco, Via Etnea, 208.

Oculisti:

CATANIA - Prof. Dr. DE CRISTOFARO Michelangelo, Via Plebiscito, 280.
Prof. Dr. FAVALORO Giuseppe, Via S. Maddalena, 59.

Odontoiatri:

CATANIA - Prof. Dr. LIOTTA Agatino, Via Mancini, 6.

CATANZARO

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

CHIETI

Odontoiatri:

Dr. Cav. MASTROPASQUA Edoardo, Via S. Gaetano, 7.

Oculisti:

Prof. Dr. COZZOLI Giulio, Corso Marruccino, 104.

COMO

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

2. *Istituto Cardiologico per la diagnosi e la cura delle malattie della circolazione*, del Prof. Giovanni Galli, in Como, Via Volta 46, 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. *Convalescenziario di Asso* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

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

Odontoiatri:

COMO - Dr. GORIN Vittorio, Via Garibaldi, 19.
Dr. PADERI Antonio.
Dr. TORI Luigi.
LECCO - Dr. HEUMANN Martino, Via Stoppani, 28.

Oculisti:

COMO - Prof. Dr. GASPARIINI Giulio, Via Volta, 30.

Otorinolaringoiatri:

COMO - Dr. BECCHERLE Ferdinando, Via Volta, 33.
Dr. TORLASCHI Giovanni, Via Rezzonico, 7.

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, Roentgendiagnostica e Roentgen-radium-terapia che verranno praticate nella Casa di salute

Odontoiatri:

Dr. ANDREASSI Giuseppe.
Dr. CERBELLI Oreste.
Dr. CHIMENTI Achille.
Dr. LOFFREDO Ferdinando.

CREMONA

1. *Casa di cura S. Camillo, Via P. Cristoforo* - a tutti gli assicurati: riduzione del 25% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le analisi e ricerche di chimica clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Roentgendiagnostica e Roentgen-radium-terapia.

Inoltre il Prof. Rodolfo Grignani pratica la riduzione del 35% sulle tariffe minime del Sindacato Medico degli onorari per atti operativi eseguiti presso la predetta Casa di cura.

2. *Ospedale Sanatoriale* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

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

Odontoiatri:

CREMONA - Dr. BERTOLOTTI Luigi, Via Beltrame, 4.
Dr. IRITZ Giuseppe.
Dr. REBIZZI Ernesto, Piazza Roma, 17.
Dr. ZANNINI Roberto.
CASALMAGGIORE - Dr. BOLES Oreste.

Oculisti:

CREMONA - Dr. COSSÙ Alberto, Via Damiano Chiesa, 9.
Prof. Dr. MARGOTTA Giuseppe, Corso Stradivari, 8.

Otorinolaringoiatri:

CREMONA - Dr. BOCCHI Ferruccio, Via G. Tibaldi, 8.

CUNEO

1. *Ospedale Sanatoriale* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

Odontoiatri:

CUNEO - Dr. MANFREDI FRANCESCO.

Oculisti:

ALBA - Dr. VARALDI Giovanni.

Otorinolaringoiatri:

CUNEO - Prof. Dr. DONADEI Giovanni, Via Gallo, 5.
SALUZZO - Dr. RACCA Ugo, Via Gualtieri, 5.

FERRARA

Odontoiatri:

Dr. BARUFFALDI Tommaso, Via Terranova, 9.
Dr. CAVALLARI Augusto, Largo Castello.
Dr. FINI Giuseppe, Corso Giovacca, 8.
Dr. MORI Davide, Via Cortevicchia, 3.
Dr. TESI Alfredo, Via Palestro, 21.
Dr. TESI Gastone, Via Palestro, 21.

Otorinolaringoiatri:

Dr. MANFREDI Angelo, Via Borgoleoni, 122.
Dr. MURATORI ENZO, Via Palestro, 62.

Oculisti:

Dr. CRCCOLI Stefano, Vicolo del Teatro, 2.
Dr. VERZELLA Mario, Corso Porta Mare, 11.

FIRENZE

1. *Casa di Salute « Villa Savoia »*, Via Andrea del Castagno, n. 6, a tutti gli assicurati: riduzione del 80% 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 mi-

croscopia, Roentgen-diagnostica, che verranno praticate nella clinica.

2. *Convalescenziario « Regina Margherita »* in Firenze, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

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

Odontoiatri:

Dr. ARNONE Vincenzo, Via Pandolfini, 26.
Dr. CITELLI Alessandro, Lung'Arno Acciaiuoli, 22.
Dr. PUTTI Giorgio, Via dei Servi, 6.
Dr. RAMONINO Camillo, Via Vecchietti, 9.
Dr. CALAMARI Stefano, Via della Pergola, 14-bis.
Dr. CODECÀ Marcello, Via de' Pecori, 1.

FIUME

1. *Casa di Cura Dr. Horwat 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, Roentgenodiagnostica e Roentgen-Radium-Terapia che verranno praticate nella Clinica.

Odontoiatri:

FOGGIA - Dr. ARBORE Giulio.
Dr. DI MAIO ENZO.
MANFREDONIA - Dr. MELUCCO Pasquale.
S. SEVERO - Dr. RECCA Pietro.

Oculisti:

FOGGIA - Dr. ALTAMURA Alfredo.
CARLANTINO - Dr. DE SIMONE Nicola.
S. SEVERO - Dr. COLIO Giovanni.

Otorinolaringoiatri:

FOGGIA - Dr. GALLO Antonio.
S. SEVERO - Dr. GERVASIO Arnaldo.

FORLÌ

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

Odontoiatri:

FORLÌ - Dr. VESPIGNANI Guido, Corso Garibaldi,

Dr. MOLNAR GESA, Via M. Missirini.
 Dr. BRIGANTI Antonio, Capitano 2° Fanteria.
 Dr. CASALI ALVARO, Corso Garibaldi.
 RIMINI - Dr. LAZZAROTTO Eugenio.
 Dr. PEDRAZZI Luigi.
 Dr. PELOSI ROMANO.

Oculisti:

FORLÌ - Dr. MARCHINI PAOLO, Corso A. Diaz.
 Dr. SANTONOCETO Ottavio, Via Giovanni dalle
 Bande Nere.

Otorinolaringoiatri:

FORLÌ - Dr. SEGANTI Filippo, Via Madenti.

FROSINONE

1. Presso l'Agenzia Generale, Via XX
 Settembre, 19.

A) *Consultorio medico per il collaudo della salute* per tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica gratuita.

B) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale.*

C) *Consultorio di igiene* per tutti comunque assicurati, per consultazioni circa l'igiene personale, l'igiene della casa, l'igiene del lavoro, per la prevenzione delle malattie, specialmente infettive.

D) *Controllo del peso e dell'altezza.*

E) *Misurazione della pressione arteriosa.*

F) *Informazioni circa le provvidenze sanitarie a favore degli assicurati.*

Stabilimenti termali di Fiuggi, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% su tutte le tariffe in vigore.

A Fiuggi è stato istituito un ufficio di rappresentanza e propaganda che ha la sua sede presso lo stabilimento della Fonte Vecchia e dove gli assicurati dell'I. N. A. potranno rivolgersi per informazioni e assistenza necessaria.

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, Roentgendiagnostica e Roentgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Salute.

2. *Istituto Medico per inalazioni del dott. Bruno Ozilia*, Via XX Settembre 1/2, a tutti gli assicu-

rati riduzione del 30% (trenta per cento) sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano).

3. *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, che dai medici saranno ritenuti opportuni, pagando un onorario di L. 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.

Odontoiatri:

GENOVA - Dr. MORIANI Giuseppe, Via Milano, 18A.
 CORNIGLIANO - Dr. TRAVAGLINI Guido, Via Garibaldi, 18.

GORIZIA

1. *Ospedale Sanatoriale dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale*: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

Odontoiatri:

GORIZIA - Dr. NETZBANDT Paolo Ugo.

Otorinolaringoiatri:

GORIZIA - Dr. COMEL Giuseppe.

Dr. RUZZATI Sandro.

GROSSETO**Odontoiatri:**

GROSSETO - Dr. ANGELINI Armando.

IMPERIA

1. *Ospedale Sanatoriale e Istituto Elioterapico di S. Lorenzo al Mare dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale*: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

Odontoiatri:

IMPERIA - Dr. AMORETTI Raffaele, Via Alfieri, 8.
 Dr. DE VECCHI Oscar, Via del Monte.
 Dr. LATRONICO Attilio, Via Berio, 5bis.
 Dr. MURA Carmelo, Corso Dante, 2.
 Dr. NATTA Antonio, Via Gandolfo, 1.

BORDIGHERA - Dr. BUFFA Ermanno, Via S. Antonio.

Dr. DEL BOCA Isidoro, Via Vitt. Emanuele.

SANREMO - Dr. GERBOLINI Andrea, Via Vittorio Emanuele, 15.

Dr. GERBOLINI Giuseppe, Via Vitt. Emanuele, 17.

Dr. GISMONDI Emanuele, Via Vitt. Emanuele, 11.

Dr. ELENA Giovanni, Via Carli, 1.

VENTIMIGLIA - Dr. BUONSIGNORE Giuseppe, Via Roma, 7.

Dr. UGOLINI Federico, Via Cavour, 51.

Oculisti:

IMPERIA - Dr. ODISIO Mario, Via G. Berio, 9.
 ONEGLIA - Dr. GRIVA Giuseppe.
 SANREMO - Dr. GRIVA Giuseppe, Via Vittorio Emanuele, 18.
 Dr. ODDISIO Mario, Via Vittorio Emanuele, 8.

Otorinolaringoiatri:

IMPERIA - Dr. DURAND Gaspare, Via Giardini.
 BORDIGHERA - Dr. VERDUN Eugenio, Via Vittorio Emanuele, 8.
 SANREMO - Dr. DE MARCHI Marco, Via Vittorio Emanuele, 17.
 Dr. VERDUN Eugenio, Via Vitt. Emanuele, 18.
 VENTIMIGLIA - Dr. VERDUN Eugenio, Corso Principe Amedeo, 1.

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. *Ospedale Sanatoriale dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale*: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

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

LIVORNO

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

Odontoiatri:

LIVORNO - Dr. CAPITANI Icilio, Scali Ugo Botti, 2.
 Dr. CASAGNI Odoardo, Via Magenta, 8.
 Dr. QUABANTORSI Cleomene, Via Enrico Mayer, 18.
 PORTOFERRAIO - Dr. LAGHI Augusto.

Oculisti:

LIVORNO - Prof. Dr. BAQUIS Elia, Via Marradi, 85.
 Dr. PARDUCCI Mario, Via del Fante, 3.

Otorinolaringoiatri:

SUVERETO DI LIVORNO - Dr. CHIERICI Luigi.

LUCCA

Odontoiatri:

ALTOPASCIO - Dr. PIEGAIA Giovanni Leo.

MANTOVA

Odontoiatri:

MANTOVA - Dr. CONSOLO Giuseppe.
 Dr. LASAGNA Romolo, Via Marangoni, 4.
 Dr. MAZZEI Carlo, Via Massari, 5.

Dr. PONGILUPPI Ermondo, Via D. Fernelli, 3.
 Dr. PREDARI Maria.
 Dr. VENERI Loris, Via Oberdan, 19.
 Dr. ZAGNI Giuseppe, Via B. Grazioli, 32.

Oculisti:

MANTOVA - Prof. Dr. FERRI Dante, Via Grazioli, 5.
 Prof. Dr. PREVEDI Guido, Via Cesare Battisti, 14.

Otorinolaringoiatri:

MANTOVA - Dr. FINZI Giuseppe, Via Accademia, 4.
 Dr. FUCCI Francesco, Via Carlo Poma, 15.
 Dr. ZAPPAROLI Luigi, Corso Vitt. Emanuele, 108.

MASSA-CARRARA

Odontoiatri:

CARRARA - Dr. LODOVICI G. Battista, Via Lunnense.

MATERA

Odontoiatri:

MATERA - Dr. MABINARO Domenico.

Oculisti:

MATERA - Dr. LO RUSSO Stefano.

MESSINA

1. **Centro di Assistenza Sanitaria gratuita per gli Assicurati della Sicilia e Calabria**, Via Colombo (Palazzo I.N.A.)

A) *Esami periodici gratuiti di laboratorio* per tutti comunque assicurati:

1. **Esame chimico e microscopico delle urine** (compresa la prova della concentrazione).
2. **Esame dell'espettorato.**
3. **Dosaggio della glicemia** (compresa la prova di carico e la curva glicemia).
4. **Dosaggio della azotemia.**
5. **Dosaggio della uricemia.**
6. **Reazione di Kahn.**
7. **Misurazione della pressione arteriosa.**
8. **Teleradiografia del torace.**
9. **Controllo del peso e della altezza.**

B) *Consultorio medico per il collaudo della salute* per tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica gratuita.

C) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale* per tutti comunque assicurati.

D) *Consultorio di igiene* per tutti comunque assicurati, per consultazioni circa l'igiene personale, l'igiene della casa, l'i-

giene del lavoro, per la prevenzione delle malattie, specialmente infettive.

E) Informazioni circa le provvidenze sanitarie a favore degli assicurati.

2. *Istituto di Terapia Fisica del prof. dott. Giuseppe Spagnolio.* Piazza Stazione, a tutti gli assicurati riduzione del 30% (30 per cento) sulle tariffe e 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 nell'Istituto di Terapia Fisica, nonché per eventuale degenza in casa di cura.

Odontoiatri:

Dr. TODARO Francesco - Via dei Verdi.

Oculisti:

Dr. LA ROSA VINCENZO - Via Pavia.

Prof. Dr. SCULLICA Francesco - Via Oratorio della Pace.

Otorinolaringoiatri:

Dr. CAMINITI CARMELO ALCIDE - Via Verdi, 57.

Prof. Dr. SALVADORI Giuseppe - Via Colombo, 40.

Dr. VALSECCI Virginio - Via Ugo Bassi, 120.

MILANO

1. *Casa di salute « Villa Porpora »*, Via Eugenio Carpi, n. 80, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore per la radiologia, terapia fisica, radium terapia per le rette e le competenze professionali per interventi operatori di qualsiasi natura ed importanza, per analisi e ricerche di chimica e microscopia, nonché sulle tariffe in vigore per le consultazioni cliniche che verranno praticate sia nello Studio Clinico di Via S. Damiano 40, Milano, che alle dirette dipendenze di detta Clinica, sia nella Clinica stessa.

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

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

Oculisti:

MILANO - Prof. Dr. BUSACCA Annibale, Via Porpora, 108.

Odontoiatri:

MILANO - Dr. BIAGINI Giovanni, Via Aversa, 17.

MONZA - Dr. BONSAGLIO Elia - Via Vittorio Emanuele, 1.

Dr. CAMPANARI Antonio, Via Italia, 13.

Dr. SAVIO Piero, Via B. Luini, 1.

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, Roentgendiagnostica e Roentgen Radium-Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

Otorinolaringoiatri:

MODENA - Gr. Uff. Dr. SILLINGARDI Gino, Piazza Muratori, 31.

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. *Casa di salute Grimaldi e 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, Roentgendiagnostica e Roentgen-Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di salute.

3. *Sanatorio C. Forlanini di Napoli*, S. Rocco di Capodimonte, 82; a tutti gli assicurati: diaria ridotta di L. 20 per gli ammalati comuni, comprensiva, oltre che del trattamento dietetico appropriato, di tutte le eventuali competenze professionali; per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Roentgendiagnostica e Roentgen-Radium-Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura, interventi operativi ecc. Gli ammalati invece che intendono usufruire di un alloggio riservato, godranno di una riduzione del 30% sulle rette stabilite.

4. *Stabilimento Termale di Castellamare di Stabia* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, per tutti gli assicurati: forfait di L. 300 per ogni turno di 15 giorni.

5. *Terme dello Scrajo di Vico Equense (Napoli)*; a tutti gli assicurati le seguenti riduzioni sui prezzi base della tariffa vigente: a) riduzione del 25% (venticinque per cento) sulle tariffe dell'abbonamento per quindici bagni, per le classi distinta e di prima; b) riduzione del 20% (venti per cento) sulle tariffe dell'abbonamento per dieci bagni, per le classi distinta e di prima; c) riduzione del 15% (quindici per cento) sulle tariffe dell'abbonamento per dieci bagni, per la seconda classe.

6. *Consultorio Materno in Napoli*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 ogni volta.

7. *Ospedale Sanatoriale L. Armani* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati pagheranno una diaria di L. 28.

Odontoiatri:

NAPOLI - Dr. Goppola Antonio, Via Cesario Console, 3.

Dr. DE NOTARIS Ferdinando, Via Cappella Vecchia, 6.

Dr. DONATO Carlo, Via R. De Cesare, 7.

Dr. GIUFFRÈ Vincenzo, Via Santa Brigida, 76.

Dr. IZZO Giuseppe, Via S. Arcangelo a Baiano.

Dr. LIPPO P., Via S. Lucia, 15.

Dr. MASUCCI Enrico, Piazza Torretta, 36.

Dr. SANSONE Angelo, via S. Spirito di Palazzo, 9

Dr. SANTANIELLO Fortunato, Corso Vitt. Emanuele, 400.

Dr. VIOLLET Giovanni, Via Capodimonte, 31.

Prof. Dr. ZONA Alberico, Piazza Bellini, 68.

META DI SORRENTO - Cav. Uff. Dr. RUSSO Valerio, Corso Littorio. 118.

SPARANISE - Dr. GRANDE Francesco.

Otorinolaringoiatri:

Prof. Dr. DI LAURO Espedito, Riviera di Chiaia, 84.

Prof. Dr. JANNUZZI Silvio, Via S. Spirito di Palazzo, 31.

NOVARA

1. *Stabilimenti Termali di Bognanco (Domodossola)*; a tutti gli assicurati: riduzione del 50% sull'importo degli abbonamenti stagionali alle cure.

2. *Casa di cura per malattie polmonari - Eremita in Miazzina*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore per il reparto agiati, sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Roentgenodiagnostica e Ruentgen-Radium-Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

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

Odontoiatri:

NOVARA - Dr. BORRINI Francesco.

Dr. SCENDRATI Daniele.

Oculisti:

NOVARA - Dr. Prof. LADDONI Giovanni, Ospedale Maggiore.

PADOVA

1. **Centro di Assistenza Sanitaria gratuita per gli Assicurati delle Venezie**, Piazza Spalato (Palazzo I. N. A.).

A) *Esami periodici gratuiti di laboratorio* per tutti comunque assicurati:

1. **Esame chimico e microscopico delle urine** (compresa la prova della concentrazione)
2. **Esame dell'espettorato.**
3. **Dosaggio della glicemia** (compresa la prova di carico e la curva glicemica).
4. **Dosaggio della azotemia.**
5. **Dosaggio della uricemia.**

6. **Reazione di Kahn.**

7. **Misurazione della pressione arteriosa.**

8. **Teleradiografia del torace.**

9. **Controllo del peso e della altezza.**

B) *Consultorio medico per il collaudo della salute* per tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica gratuita.

C) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale.*

D) *Consultorio di igiene* per tutti comunque assicurati, per consultazioni circa l'igiene personale, l'igiene della casa, l'igiene del lavoro, per la prevenzione delle malattie, specialmente infettive.

E) *Informazioni circa le provvidenze sanitarie a favore degli assicurati.*

2. *Stabilimento Hotel Trieste e Vittoria di Abano*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 20% sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano: riduzione del 10% sull'importo della pensione giornaliera, sempre che l'ammontare, meno lo sconto non sia inferiore a L. 32 escluso servizio e tassa soggiorno.

3. *Stabilimento Termale di Battaglia Terme*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, per tutti gli assicurati: forfait di L. 800 per ogni turno di giorni 15.

4. *Casa di cura «La Salutare»* (Località Altichiero), a tutti gli assicurati: riduzione del 20% per tutte e due le classi 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. *Ospedale Sanatoriale* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

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

7. *Uniche Premiate Terme Preistoriche di Montegrotto* (Padova), 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 (fanghi o grotta sudorifera). Per la visita medica di ammissione alle cure gli assicurati pagheranno L. 10 per la 1^a e 2^a classe e L. 5 per la 3^a classe. La tassa di soggiorno sarà corrisposta dagli assicurati nella misura di L. 10 per la 1^a e 2^a classe e L. 5 per la 3^a classe.



PALERMO

1. Presso l'Agenzia Generale, Via Maqueda, 200.

A) *Consultorio medico per il collaudo della salute* per tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica gratuita.

B) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale.*

C) *Consultorio di igiene* per tutti comunque assicurati, per consultazione circa l'igiene personale, l'igiene della casa, l'igiene del lavoro, per la prevenzione delle malattie infettive.

D) *Controllo del peso e dell'altezza.*

E) *Misurazione della pressione arteriosa.*

F) *Informazioni circa le previdenze sanitarie a favore degli assicurati.*

2. *Casa di Cura Prof. Gioacchino Arnone*, Via Ugdulena 2, 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, roentgenodiagnostica e roentgen radiumterapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

3. *Ospedale Sanatoriale dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale*: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

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

Odontoiatri:

- Dr. AVELLONE Pietro, Via XII Gennaio, 15.
 Dr. CIMINO Giuseppe, Via Villafermosa, 6.
 Dr. DI CARLO Giovanni, Via Roma.
 Dr. GARLO Paolo, Largo Santa Sofia, 1.
 Dr. MILAZZO Carmelo, Piazza G. Verdi, 22.
 Dr. NICOSIA Antonio, Piazza Aragona, 4.
 Dr. PEZZOLI Renato, Piazza Castelnuovo, 11.
 Dr. PIAZZA GARGANO Giovanni, Piazza S. Domenico, 23.
 Dr. PIZZUTO Francesco, Via Villareale, 32.
 Dr. RIBOLLA Achille, Via Rosolino Pilo, 12.
 Dr. TEMPESTINI Elho, Via Maqueda, 200.

Oculisti:

- PALERMO - Dr. BELLINA Gregorio, Via Celso, 14
 Prof. Dr. CUCCO Alfredo, Via Villafranca, 20.
 Prof. Dr. DE BONO F. Paolo, Via Stabile, 120.
 Dr. LA PLACA Gaetano, Via Stabile, 155.
 Prof. Dr. LONGO Salvatore, Corso Scinà, 941.
 Prof. Dr. STELLA Pietro, Piazza Castelnuovo, 4.

Otorinolaringoiatri:

- PALERMO - Prof. Dr. ALAGNA Gaspare, Via Roma, 471.
 Dr. CAMPO Francesco, Via Stabile, 109.
 Dr. FERRUZZA Gaetano, Via Lincoln, 96.
 Prof. Dr. ZANOLA Aurelio, Via Rodi, 1.

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.

A Salsomaggiore (Piazza Roma) funziona un ufficio speciale diretto dal Cav. Uff. Giberto Giberti al quale gli assicurati dell'I.N.A. potranno rivolgersi per informazioni e l'assistenza necessaria.

Odontoiatri:

PARMA - Dr. ALBERTI Silvio, Via Farini, 52.

Oculisti:

PARMA - Prof. Dr. CANDIAN Ferruccio, Viale Umberto I.

Prof. Dr. CARMÌ Alberto, Via San Biagio, 1.

Otorinolaringoiatri:

PARMA - Prof. Dr. LABAGNA Francesco, Piazzale Cervi, 17.

Prof. Dr. TASSI Umberto, Via 22 luglio, 15.

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, Roentgen-diagnostica e Roentgen 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 microscopica, per applicazioni di terapia fisica, Roentgen-diagnostica e Roentgen-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 classe. 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, Roentgen-diagnostica e Roentgen-Radium-Terapia che verranno praticate in detto Ospedale.

PERUGIA

1. *Ospedale Sanatoriale* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

Odontoiatri:

PERUGIA - Prof. Dr. BRAJO FUSO, Corso Vannucci.

Oculisti:

PERUGIA - Prof. Dr. GIANNANTONI Camillo, Corso Vannucci, 9.

Otorinolaringoiatri:

PERUGIA - Dr. BAROLA Angelo, Via Fani, 2.

PESCARA

1. *Stabilimenti Termali di Caramanico*: agli assicurati in forma ordinaria e collettiva: riduzione del 25% sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano, e del 25% sulla pensione completa (esclusa percentuale di servizio e tassa di soggiorno);

agli assicurati in forma popolare: riduzione del 20% sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano e del 20% sulla pensione completa (esclusa percentuale di servizio e tassa di soggiorno).

PIACENZA

Odontoiatri:

PIACENZA - Dr. CAVANNA GORBI Ettore, Via San Marco, 5.

Dr. MISTRALETTI Umberto, Via Chiapponi.

CASTELSANGIOVANNI - Dr. PATRIOLI Giuseppe.

PISA

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

Odontoiatri:

PISA - Prof. Dr. CABRENAS Roberto, Via San Lorenzo, 19.

Dr. DELLE SEDIE Francesco, Piazza S. Frediano, 5.

Dr. PAOLI Gaetano, Borgo Stretto, 5.

Dr. SERRI Scipione, Via Vitt. Emanuele, 4.

BIENTINA - Dr. MARCHIANI Pilade.

PISTOIA

1. *Stabilimenti delle Regie Terme di Montecatini*, a tutti gli assicurati sarà praticata, nel periodo Aprile-Luglio e Ottobre-Novembre, una riduzione del 10% sul prezzo degli ingressi alle bibite e delle cure complementari. La riduzione suddetta verrà applicata solo agli abbonamenti all'ingresso negli

stabilimenti ed alle serie di cure non inferiori a sei. I biglietti isolati sono esclusi dalla riduzione. Le riduzioni debbono essere richieste all'atto dell'acquisto dell'abbonamento all'ingresso o serie di cure, e per nessuna ragione la riduzione sarà praticata dopo che l'assicurato abbia acquistato l'abbonamento all'ingresso o serie di cure a tariffa intera. L'acquisto dell'abbonamento all'ingresso o serie di cure deve essere fatto unicamente presso la biglietteria annessa alla Direzione delle Regie Terme, e non alle biglietterie dei singoli stabilimenti,

2. *Grotta Giusti* ed annessi *Stabilimenti Termali di Monsummano*: a tutti gli assicurati riduzione del 20% sulle tariffe in vigore per tutte le cure che ivi si praticano.

Otorinolaringoiatri:

PISTOIA - Dr. CASANUOVA Mario Augusto, Via della Madonna, 9.

POLA

1. *Ospedale Sanatoriale di Ancarano D'Istria*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

Odontoiatri:

POLA - Dr. STOCO Francesco.

Oculisti:

POLA - Dr. DE PIERA Mauro.

Otorinolaringoiatri:

POLA - Dr. MAZZARO Elvino.

RAGUSA

1. *Ospedale Sanatoriale* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

REGGIO CALABRIA

1. Presso l'*Agenzia Generale*, Corso Garibaldi:

A) *Consultorio medico per il collaudo della salute* della salute per tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica gratuita.

B) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale per tutti comunque assicurati.*

C) *Consultorio di igiene* per tutti comunque assicurati, per consultazioni circa l'igiene personale, l'igiene della casa, l'igiene del lavoro, per la prevenzione delle malattie, specialmente infettive.

D) *Controllo del peso e dell'altezza.*

E) *Misurazione della pressione arteriosa.*

F) *Controllo del peso e dell'altezza.*

2. *Ospedali Riuniti - Giuseppe Melacrino - e - Francesco Bianchi*, a tutti gli assicurati: riduzione del 20% per gli ammessi alle corsie comuni (diretta terza classe), e del 30% sia per le cure ambulatorie che per gli ammessi alle rette di prima e seconda classe. La riduzione del 80% 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, Roentgen-diagnostica e Roentgen-Radium-Terapia che verranno praticate in detti ospedali.

Odontoiatri:

REGGIO CALABRIA - Dr. RETEZ Romeo Stefano, Corso Vittorio Emanuele.

Oculisti:

REGGIO CALABRIA - Dr. DE LOGU Antonio.
Dr. Prof. LAGANÀ Domenico.
Dr. STILO Antonio.

Otorinolaringoiatri:

REGGIO CALABRIA - Prof. Dr. SALVADORI G.,
Via Lazio, 9.

REGGIO EMILIA

1. *Casa di Cura - Villa Ida - del Prof. Dr. Giuseppe Zironi*, 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, Roentgendiagnostica e Roentgen-radium terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

ROMA

1. **Servizio Sanitario della Direzione Generale** (Roma, Via Sallustiana n. 51).

Esami periodici gratuiti di laboratorio per tutti comunque assicurati:

1. **Esame chimico e microscopico delle urine** (compresa la prova della concentrazione).

2. **Esame dell'espettorato.**

3. **Dosaggio della glicemia** (compresa la prova di carico e la curva glicemica).

4. **Dosaggio della azotemia.**

5. **Dosaggio della uricemia.**

6. **Reazione di Kahn.**

7. **Reazione di Wassermann.**

8. **Misurazione della pressione arteriosa.**

9. **Elettrocardiogramma.**

10. **Teleradiografia del torace.**

11. **Controllo del peso e della altezza.**

B) *Gabinetto per le cure odontoiatriche*, compresa la protesi, a condizioni assolutamente speciali. La prima visita consultiva è gratuita.

C) *Informazioni circa le provvidenze sanitarie a favore degli assicurati.*

2. **Presso l'Agenzia Generale**, Via del Tritone, 142.

A) *Consultorio medico per il collaudo della salute* per tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica gratuita.

B) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale.*

C) *Consultorio di igiene* per tutti comunque assicurati, per consultazioni circa l'igiene personale, l'igiene della casa, l'igiene del lavoro, per la prevenzione delle malattie, specialmente infettive.

D) *Informazioni circa le provvidenze sanitarie a favore degli assicurati.*

E) *Misurazione della pressione arteriosa.*

F) *Controllo del peso e dell'altezza.*

3. *Istituti Fisioterapici Ospedalieri* (Istituto Dermosifilopatico Ospedaliero di Santa Maria e San Gallicano — Istituto Regina Elena per la diagnosi e la cura dei tumori, tutti gli assicurati otterranno gratuitamente oltre le visite e le cure ambulatorie, ivi comprese le cure di Roentgen-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. 80,50 per l'Istituto Dermosifilopatico di S. Gallicano. Oltre la diaria gli assicurati sono esenti da qualsiasi altra spesa (operazioni chirurgiche, medicazioni, applicazioni di radium e roentgenterapia, ecc.). Se gli assicurati desiderassero essere ricoverati nelle stanze per uno o per due infermi, pagheranno l'intera retta corrispondente, ed il 50% dell'onorario per l'atto operativo e per applicazioni di radium e roentgen-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.

4. *Policlinico del Lavoro*, via Ripetta, 180, gli assicurati con polizze popolari che si presenteranno

no al Policlinico del Lavoro dal 1° gennaio al 31 dicembre 1936, 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.

5. *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 20% sui prezzi stabiliti per i meno abbienti.

6. *Ospedali Sanatoriali «C. Forlanini» e «B. Ramazzini»* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

7. *Casa di cura per malattia orecchio, naso e gola* già del Prof. TOMMASO MANCIOLI, Via Ferruccio, n. 7, concede:

riduzione del 50% agli assicurati con polizza scolastica popolare e del 30% a tutti gli assicurati, in qualunque forma, e loro figli, sugli onorari sia per la diagnosi e la cura dell'adenoidismo che per quella delle affezioni otorinolaringoiatriche, la terapia inalatoria e per tutti gli esami e cure di radiologia, elettro e fototerapia che ivi si praticano.

Odontoiatri:

ROMA - Dr. BENAGIANO Andrea, Via Salaria, 44.
Prof. Dr. DE VECCHIS Beniamino, Via Cornelio Celso, 1.
D.ri BONCRISTIANI - NEMES, Via Arenula, 53.
Dr. PIERLUIGI Antonio - Corso Trieste, 141.

Oculisti:

ROMA - Prof. Dr. COLANGELI Armando, Via A. Canova, 12.
Prof. Dr. MAZZANTINI Gustavo, Via Milano, 24.
Prof. Dr. NEUSCHÜLER Ignazio, Via Araccoli, 58.
Prof. Dr. STRAMPELLI Benedetto - Corso Italia, 38

Otorinolaringoiatri:

ROMA - Prof. Dr. TURTUR Giuseppe, Via XX Settembre, 95.
Dr. CIPOLLONI Silvio, Via Cola di Rienzo, 297.

ROVIGO

Odontoiatri:

ROVIGO - Dr. BENATTI Boris.
Dr. BORELLINI Alberto.
ADRIA - Dr. FERRONI Giuseppe.
Dr. GIORDANI NAZZARENO.

SASSARI

1. *Ospedale Sanatoriale* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assi-

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

Odontoiatri:

SASSARI - Dr. FENU Antonio, Vicolo Bartolinis.
Dr. NIEDDU Giovanni, Via Manno.
Dr. TOCCO Raffaele, Piazza Castello.

SAVONA

Odontoiatri:

SAVONA - Dr. Cav. Uff. GASTI Giuseppe, Corso Principe Amedeo, 2-5.
Dr. Comm. POGGI Poggio, Via Paleocapa, 8.
Dr. VEIRANA Giuseppe, Via Guidobono, 30.

Otorinolaringoiatri:

SAVONA - Dr. LANFRANCO ENRICO, Piazza Armando Diaz, 4-4.

SIENA

1. *Stabilimenti termali di Chianciano*, a tutti gli assicurati: riduzione del 10% sulle tariffe normali di abbonamento al Parco delle Fonti (bibita) e ai bagni di 1^a e 2^a classe. Per gli assicurati in forma popolare la riduzione di cui sopra comprenderà anche i bagni di 3^a classe.

2. *Stabilimenti termali di S. Casciano (Siena)*, 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 di fegato. La tassa di visita e ammissione alle cure è stabilita in L. 25.

3. *Ospedale Sanatoriale* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

Odontoiatri:

SIENA - Dr. MARZANO Pasquale, Via di Città, 3.

SIRACUSA

1. *Ospedale Sanatoriale* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati pagheranno una diaria di L. 28.

SONDRIO

1. *Primo Sanatorio italiano «A. Zubiani» 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, pneumotorace, ecc.).

2. *Preventorio in Sondrio* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale; tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 15.

Odontoiatri:

SONDRIO - Dr. OTTANI Leone - Via XXVIII Ottobre, 8.

TARANTO

Odontoiatri:

TARANTO - Dr. BABBARO Vincenzo, Corso Umberto.

Dr. MONTANARI Francesco, P. G. Bruno, 33.

Dr. SANTOSTASI Carlo.

Dr. VITANTONIO Natale, Corso Umberto.

Oculisti:

TARANTO - Dr. CARDUCCI Vincenzo, Via d'Aquino.

Prof. Dr. MARINOSCI Alessandro, Via di Palma.

Dr. MARINOSCI Raffaele, Via Regina Elena 33.

Prof. Dr. VILLASEVAGLIOS Giovanni, Via De Cesare, 1.

Otorinolaringoiatri:

TARANTO - Prof. Dr. BIASOLI Alcide, Via due Mari, 18.

Dr. BATTISTA V., Via Cavour, 27.

Dr. NATALE V., Piazza Massari, 5.

TERAMO

Odontoiatri:

TERAMO - Dr. BIANCO Giuseppe.

Dr. SACCONI Agostino.

TERNI

1. Presso l'Agenzia Generale, Corso Tacito.

A) *Consultorio medico per il collaudo della salute* per tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica gratuita.

B) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale per tutti comunque assicurati.*

C) *Consultorio di igiene per tutti comunque assicurati, per consultazioni circa l'igiene personale, l'igiene della casa, l'igiene del lavoro, per la prevenzione delle malattie, specialmente infettive.*

D) *Informazioni circa le provvidenze sanitarie a favore degli assicurati.*

E) *Misurazione della pressione arteriosa.*

F) *Controllo del peso e dell'altezza.*

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

TORINO

1. *Centro di Assistenza Sanitaria gratuita per gli Assicurati del Piemonte* (Via Maria Vittoria, 1).

A) *Esami periodici gratuiti di laboratorio per tutti comunque assicurati:*

1. *Esame chimico e microscopico delle urine* (compresa la prova della concentrazione).
2. *Esame dell'espettorato.*
3. *Dosaggio della glicemia* (compresa la prova di carico e la curva glicemica).
4. *Dosaggio della azotemia.*
5. *Dosaggio della uricemia.*
6. *Reazione di Kahn.*
7. *Misurazione della pressione arteriosa.*
8. *Elettrocardiogramma.*
9. *Teleradiografia del torace.*
10. *Controllo del peso e della altezza.*

B) *Consultorio medico per il collaudo della salute per tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica gratuita.*

C) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale per tutti comunque assicurati.*

D) *Consultorio gratuito per il collaudo periodico dell'organo della vita.*

E) *Consultorio di igiene per tutti comunque assicurati, per consultazioni circa l'igiene personale, l'igiene della casa, l'igiene del lavoro, per la prevenzione delle malattie, specialmente infettive.*

F) *Informazioni circa le provvidenze sanitarie a favore degli assicurati.*

2. *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 roentgen-diagnostica che verranno praticate nella clinica, come pure per le consultazioni cliniche.*

3. *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 che dai medici saranno ritenuti opportuni 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.

4. *Istituto di Terapia Ocozonica in Torino*, Corso Oporto 10, a tutti comunque assicurati: riduzione del 35% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali e per tutte le cure che ivi si praticano.

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

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

7. *Ospedale Sanatoriale di Fenestrelle*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

Odontoiatri:

TORINO - Dr. BUJATTI Giovanni, Corso Vinzaglio, 104.

Prof. Dr. CASOTTI Luigi, Via Roma, 15 (Palazzo Ist. Naz. Ass.)

Dr. Prof. GIORELLI Giulio, Via S. Quintino, 18.

Dr. MARAZZINA C., Via Volpiano, 5.

Dr. OTTOLENGHI Renato, Via Sacchi, 58.

Dr. TOMMASINELLI Antonio, Via Mercanti, 3.

Dr. TOMMASINELLI Vezio, Piazza Vittorio Emanuele, 20.

Oculisti:

TORINO - Dr. CAFFARATTI C., Corso Oporto, 47.

Dr. CANTÙ Carlo, Via Madama Cristina, 6.

Prof. Dr. CORRADO Antonio, Via Juvara, 19.

Prof. Dr. FUMAGALLI Arnaldo, Via Lamarmora, 28.

Dr. GARZINO M., Via Mazzini, 2.

Prof. Dr. GRINGNOLO Federico, Corso Oporto, 21.

Dr. LEVI M., Via Maria Vittoria, 21.

Dr. MURINI Egidio, Via Carlo Alberto, 18.

Prof. Dr. MOSSO Giacinto, Via Cibrario, 1.

Dr. ORSI Luigi, Via XX settembre, 17.

Dr. PECCHIO Teobaldo, Corso Vittorio Emanuele, 19.

Prof. Dr. PICCALUGA Sirio, Via XX settembre, 60.

Prof. Dr. PISSARELLO Carlo, Corso Vinzaglio, 21.

Prof. TIRELLI GASPARE, R. Clinica Oftalmica.

Dr. TOSO G., Via S. Secondo, 15.

Prof. Dr. VALLI Oreste, Via Nizza, 27.

Dr. VAUDETTI S., Via Cernaia, 18.

Prof. Dr. VERDEBANE Filippo, Corso Oporto, 31-bis.

Otorinolaringoiatri:

TORINO - Dr. BATTAGLIOTTI Enrico, Via Santa Chiara, 20.

Prof. Dr. BRUZZONE Carlo, Via Davide Bertolotti, 2.

Prof. Dr. CASASSA Adolfo, Via Principe Amedeo, 52.

Prof. Dr. DIONISIO Ignazio, Corso Vinzaglio, 10.
Prof. Dr. DONADEI Giovanni, Via Marco Polo, 19 bis.

Dr. FERRERO A., Via Goito, 6.

Dr. LEALE G., Corso Oporto, 5.

Prof. Dr. MALAN Arnaldo, Corso Oporto, 40.

Dr. MANCINI Pietro Teobaldo, Via Plana 11.

Prof. Dr. PALLISTRINI Ernesto, Corso Roero di Cortanze, 2.

Prof. Dr. PINABOLI Guido, Corso Vittorio Emanuele, 82.

Dr. PRECERUTTI-TAPPARELLI Gioacchino, Via Principe Amedeo, 29.

Dr. VASSI O., Via Santa Chiara, 20.

TRAPANI

Otorinolaringoiatri:

TRAPANI - Dr. SAMMARTANO Mario, Via Mercè.

TRENTO

1. *Stabilimenti termali di Levico Vetriolo*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 10% sulle tariffe in vigore.

2. *Ospedale Sanatoriale di Mesiano di Povo* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

Odontoiatri:

TRENTO - Dr. AGOSTINI Fortunato.

Dr. LACHMANN Carlo, Piazza Silvio Pellico, 2.

Dr. RIGHI Ferruccio, Via Belenzani, 27.

Dr. SEPPI Cesare, Via Grazeletti.

ARCO - Dr. PENNECCHER Ercole.

CAVALESE - Dr. BROSECHINI Giuseppe.

LEVICO - Dr. CALIARI Federico.

ROVERETO - Dr. SOMMADOSSI Mario.

Dr. ZANNINI Gino.

Oculisti:

TRENTO - Dr. GENTILINI Giuseppe, Piazza Venezia, 2.

Dr. GRILLO Gino, Via S. Maria Maddalena, 21.

Otorinolaringoiatri:

TRENTO - Dr. Cav. BANFICHI Tullio, Via Roma, 33.

Prof. Dr. GARBINI Giuseppe, Via S. Maria Maddalena, 10.

Dr. MAESTRANZI Dario, Via Rosmini, 25.

Dr. Cav. MAFFI Giuseppe, Via Oss. Muzzurana, 16.

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, roentgen-diagnostica e roentgen-terapia che verranno praticate nella Casa di cura,

2. *Casa di cure chirurgiche « Villa Bianca ».*
Prof. Dott. 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 e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, roentgen-diagnostica e roentgen radium-terapia che verranno praticate nella Casa di Cure chirurgiche.

TRIESTE

Odontoiatri:

TRIESTE - Dr. CHIUMINATTO Luisa, Via S. Francesco, 20.

Dr. FERRAGUTI Alessandro, Via Coroneo, 10.

Dr. METT Odoardo, Via Macchiavelli, 19.

Dr. MINAS Alberto, Via A. Diaz, 10.

Dr. OTTOCIAN Giuseppe, Via S. Lazzaro, 10.

Dr. REBEZ B., Corso Garibaldi, 28.

Dr. ROBAIO Giuseppe, Via Trenta Ottobre, 13.

Oculisti:

TRIESTE - Prof. Dr. KOCH Carlo, Viale XX settembre, 24.

Dr. MANZUTTO G., Via Roma, 22.

Dr. OBLATH O., Via Rossini, 26.

Otorinolaringoiatra:

TRIESTE - Dr. ROCCO Antonio, Via Mercato Vecchio, 3.

Dr. CAV. MONTINI Giovanni, Via Cesare Beccaria, 5.

UDINE

Odontoiatri:

UDINE - Dr. DAMIANI Domenico.

Dr. CLONFERO Erminio.

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, roentgen diagnostica e roentgen-radium-terapia che verranno praticate nella clinica.

2. *Ospedale Sanatoriale di Busto Arsizio* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

Odontoiatri:

VARESE - Dr. BERTOLI Alessandro.

Dr. BERTOLI Romeo.

Dr. FRANZI Cesare.

Dr. GUSCETTI Severo.

Dr. MINGARELLI Lido.

Dr. RIVA Gian Pietro

Dr. BARBERO Vincenzo - Via Piave, 2

BUSTO ARSIZIO - Dr. BRECCHERTO Davide.

GALLARATE - Dr. OTELLI Franco.

Dr. PATARINO Alfonso.

TRADATE - Dr. COOPMANS DE JOLDI Luigi.

Oculisti:

VARESE - Dr. MORETTI Ezio.

LUINO - Dr. MARGARITELLA Riccardo, Viale Umberto I, 18.

Otorinolaringoiatri:

VARESE - Dr. ROVERA Santo.

Dr. SIOLI Giulio.

SOMMA LOMBARDO - Dr. BURATTI Pasquale Achille.

VENEZIA

1. *Presso l'Agenzia Generale Calle Goldoni, S. Luca 4535 A:*

A) *Consultorio medico per il collaudo della salute*, per tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica gratuita.

B) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale.*

C) *Consultorio di igiene per tutti comunque assicurati*, per consultazioni circa l'igiene personale, l'igiene della casa, l'igiene del lavoro, per la prevenzione delle malattie, specialmente infettive.

D) *Informazioni circa le provvidenze sanitarie a favore degli assicurati.*

E) *Misurazione della pressione arteriosa.*

F) *Controllo del peso e dell'altezza.*

3. *Consultorio Materno in Venezia* dell'Istit. Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutte le ssicurate pagheranno L. 5 ogni volta.

4. *Ospedale Civile « Umberto I » di Mestre*, a tutti gli assicurati riduzione del 20% (venti per



MESTRE - Ospedale Civile « Umberto I »

cento) sulla retta e sugli speciali compensi stabiliti dalle tariffe in vigore per i ricoverati di I classe e riduzione del 10% (dieci per cento) sugli speciali compensi stabiliti dalle tariffe in vigore per i ricoverati di III classe.

VERCELLI

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

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

VERONA

1. *Istituto Sanatoriale al Chievo* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

Odontoiatri:

VERONA - Dr. BRIVIO Giano, Via Marsale.

Dr. CARAZZA Luigi, Piazza Dante, 8.

Dr. DELLA CHIARA Alfonso, Piazza Duomo.

Dr. FRANCHINI Egisto, Corso Vittorio Emanuele, 9.

Dr. SAGRAMOSO Alberto, Via Santa Chiara, 13.

BARDOLINO - Dr. PEDUZZI P.

LEGNAGO - Dr. BONFANTE Ugo.

VICENZA

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

Odontoiatri:

VICENZA - Dr. CARLE Luciano, Corso Principe Umberto, 53.

Dr. FIORETTI Sebastiano, Via Morette.

Dr. MARTINELLI L., S. Corona.

ARZIGNANO - Dr. VERONESE Giuseppe.

Oculisti:

VICENZA - Dr. ANTUZZI C., Piazza Duomo, 4.

Otorinolaringoiatri:

VICENZA - Dr. BASSO E., Via Racchetta, 5.

Dr. BOER Antonio, Via Carpagnon, 13.

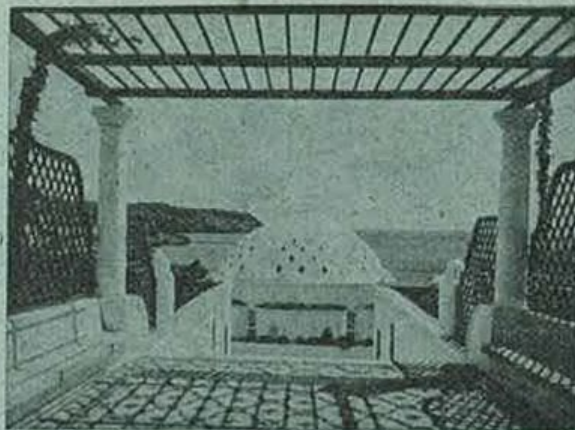
VITERBO

Odontoiatri:

VITERBO - Dr. BAGEDDA Baingio.

DODECANNESO

RODI (Egeo) - *Regie Terme di Calitea*: a tutti gli assicurati: riduzione del 20% (venti per cento) sull'importo del diritto di ammissione e sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano.



Regie Terme di CALITEA (Rodi - Egeo)

ESTERO

EGITTO

A) Buono gratuito per visite mediche di collaudo della salute a tutti comunque assicurati.

B) Concessione di prestiti senza interessi per operazioni di alta chirurgia.

C) Riduzione del 30% sulle tariffe praticate da specialisti in ostetricia e ginecologia, odontoiatria, otorinolaringoiatria, oculistica e chimica clinica.

D) Estensione a tutti gli assicurati residenti in Egitto delle facilitazioni concesse dagli Stabilimenti Termali, Ospedali e Case di Cura nel Regno d'Italia e Colonie.

Per usufruire delle concessioni di cui sopra rivolgersi alla Rappresentanza Generale per l'Egitto ed il Sudan, Alessandria d'Egitto - 1, Via Re Fuad I.

ALESSANDRIA D'EGITTO *Ospedale Italiano "Benito Mussolini"*, a tutti gli assicurati, le seguenti riduzioni sulle tariffe in vigore di degenza e di tutte le cure che ivi si praticano: 15% (quindici per cento) per la prima classe speciale; 20% (venti per cento) per la prima classe; 15% (quindici per cento) per la seconda classe e il 30% (trenta per cento) sulla tariffa per gli esami radiologici.

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.

Gli assicurati con polizze collettive e quelli con pagamento dei premi per Delegazione, dovranno richiedere alla Direzione dell'I. N. A. - Servizio Contabilità Generale - duplicati di quietanza.

Per essere accolti nei Centri sanatoriali, nei Convalescenziari e negli Stabilimenti termali dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, giacchè la concessione è subordinata alla disponibilità dei posti nei predetti Istituti, gli assicurati dovranno rivolgere domanda alla Direzione Generale dell'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, o 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) ipercloridria - atonia gastrica - gastroenterite cronica:

Stazioni crenoterapiche idropiniche di: Calitea (Rodi - Egeo) — Montecatini (Pistoia) — S. Pellegrino (Bergamo) — Sardara (Cagliari) — Trescore Balneario (Bergamo);

b) stitichezza - spatopatie croniche - colecistiti:

Fonti idropiniche: Agnano (Napoli) — Bognanco (S. Lorenzo - Novara) — Calitea (Rodi - Egeo) — Castellammare di Stabia (Napoli) — Chianciano (Siena) — Montecatini (Pistoia) — Porretta (Bologna) — S. Casciano Bagni (Siena) Acqua della Ficoncella — S. Giuliano (Pisa), Acqua del Pozzetto — Trescore Balneario (Bergamo);

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

Abano e Montegrotto Terme (Padova), (bagni e fanghi) — Agnano (Napoli), (bagni e fanghi) — Battaglia (Padova), (bagni e fanghi) — Calitea (Rodi - Egeo) — Caramanico (Pescara), (bagni, fanghi, bibite, ina-



lazioni) — **Monsummano** (Pistoia), *Grotta Giusti* — **Porretta** (Bologna),
(bagni) — **S. Casciano Bagni** (Siena), *(bagni e fanghi)* — **Serajo Vico**
Equense (Napoli), *(bagni)* — **Santa Cesarea di Lecce** *(bagni e fanghi)*
 — **S. Giuliano di Pisa** *(bagni)* — **Salsomaggiore** *(acqua per bagni*
e fanghi);

d) anemie - cloroadinamie - linfatismo:

Levico (Trento) — **Recoaro** (Vicenza);

e) malattie del fegato:

Calitea (Rodi - Egeo) — **Chianciano** (Siena), *(cure idropiniche, bagni)* — **S. Casciano Bagni** (Siena), *(cure idropiniche, bagni e lutoterapica specializzata)*
 — **Montecatini** (Pistoia), *(cure idropiniche)*;

f) manifestazioni ipertensive:

Chianciano (Siena) Sorgente Sillene *(bagni)*;

g) diatesi uricoemica, calcolosi reno-vescicale, gotta, cistopielite:

Calitea (Rodi - Egeo) — **Fiuggi** (Frosinone), *(cura idropinica)*.

Ospedali, Case di Salute ed ambulatori, che concedono facilitazioni ai nostri Assicurati

Case specializzate per malattie polmonari:

Mazzina (Novara) - Casa di cura per malattie polmonari « *Eremo* ».

Sondrio - Primo Sanatorio « *A. Zubiani* » in Pineta di Sortenna.

Case specializzate in ostetricia e ginecologia:

Bari - Clinica privata Prof. F. D'Erochia - Via M. Signorile, 2.

Cagliari - Casa di cura « *B. Salvatore* ».

Case per cure otorinolaringoiatriche:

Roma - Casa di cura già del Prof. T. Manioli - Via Ferruccio, 7.

Treviso - Casa di cura Prof. P. Brisotto - Ponte Garibaldi.

Case specializzate per malattie nervose:

Padova - Casa di Cura « *La Salutare* » (località Altichiero).

Case per cure chirurgiche:

Cagliari - Casa di cura Prof. Gino Baggio - Piazza S. Benedetto.

Firenze - Casa di salute « *Villa Savoia* » - Via Andrea del Castagno, 6.

Genova - Casa di salute per operazioni chirurgiche Prof. A. Catterina - Via Borgoratti, 84.

Modena - Casa di cura chirurgica Prof. Marchetti - Via Giardini, 20.

Napoli - Casa di salute Grimaldi e Principe - Piazza Gesù e Maria, 24.

Reggio Emilia - Casa di Cura « *Villa Ida* » del Prof. Dr. Giuseppe Zironi.

S. Severo (Foggia) - Clinica Troiano - Viale della stazione.

Stradella (Pavia) - Casa di cura chirurgica Prof. G. Masnata.

Treviso - Casa di cura chirurgica « *Villa Blanca* » - Prof. A. Grollo.

Case di cura per le malattie medico chirurgiche, cliniche, ospedali, poliambulanze ed istituti varii:

Abbazia (Fiume) - Casa di cura Dr. Horwat.

Bologna - Case di salute « *La Policlinica* » - Piazza Umberto I, 9.

— « *Villa Rosa* » - Via Castiglione, 108.

— « *Villa Verde* » - Via Mamolo, 45.

Brescia - Poliambulanza delle specialità medico-chirurgiche - Piazzale Garibaldi.

Caltanissetta - Casa di cura del Dr. Ballati.

Catania - Istituto medico del Lavoro - Via De Felice, 37.

Catanzaro - Istituto clinico diagnostico e fisioterapico del Dr. G. Mazza - Via Duomo.

Como - Istituto cardiologico per la diagnosi e la cura delle malattie della circolazione del Prof. G. Galli - Via Volta, 46.

Cosenza - Casa di Salute Catalani « *Villa Amelia* ».

Cremona - Casa di cura « *S. Camillo* » - Via P. Cristofaro.

Genova - Policlinico del Lavoro - Via Benedetto XV.

— Istituto medico per inalazioni del Dott. Bruno Oxilia - Via XX Settembre, 1-2.

Messina - Istituto di terapia fisica del Prof. Dr. Giuseppe Spagnolio - Piazza Stazione.

Mestre (Venezia) - Ospedale Civile Umberto I.

Milano - Casa di salute « *Villa Porpora* » - Via Eugenio Carpi, 30.

Napoli - Sanatorio « *Carlo Forlanini* ».

Palermo - Clinica Prof. Arnone, Via Ugdulena, 2.

Pavia - Casa di cura Prof. Eugenio Morelli - Piazza XXIV Maggio.

— Ospedale Policlinico « *S. Matteo* ».

Reggio Calabria - Ospedali riuniti G. Melacrino e F. Bianchi.

Roma - Istituti Fisioterapici Ospedalieri:

1) Ospedale dermosifilopatico di S. Gallicano;

2) Istituto Regina Elena per la diagnosi e cura dei tumori - Viale Regina Margherita n. 291.

— Policlinico del Lavoro - Via Ripetta, 180

— Clinica Odontoiatrica R. Università.

S. Pellegrino Termale (Bergamo) - Casa di regime del Dr. Merino Quarenghi.

Torino - Istituto di medicina preventiva - Via Principe Amedeo, 16.

— Clinica delle malattie professionali della R. Università.

— Istituto di Terapia Ootzonica - Corso Oporto, 10.

Varese - Clinica privata « *La Quiete* ».

Venezia - Ospedali Civili Riuniti.

Vigevano (Pavia) - Ospedale degli Infermi.

Agli istituti di cui sopra vanno aggiunti gli Ospedali Sanatoriali, i Convalescenziari, i Consultori materni dell'Istituto Nazionale fascista della Previdenza Sociale.

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

REDAZIONE ED AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

ROMA — Via Sallustiana, 51 — ROMA

Consigli agli assicurati



L'INSONNIA

Dott. ALBERTO STARNA

Medico della Direzione Generale dell' I. N. A.

Tutte le funzioni della vita vegetativa, cui l'uomo soggiace come ogni altro animale della terra, subiscono variazioni quantitative a seconda dell'età del soggetto e del regime di lavoro cui viene sottoposto. Così deve dirsi della fame, della sete e dello stimolo genetico. Al contrario il sonno piega in uno stesso bisogno, più forte di qualunque volontà, così il bambino che incerto muove i primi passi come il vegliardo che cammina con piede non più saldo; tanto la giovane adolescente esuberante di vita, quanto la donna matura intenta alle cure casalinghe della numerosa prole.

L'umanità trascorre un quarto della propria esistenza in quello stato misterioso e benefico che è il sonno. Sebbene in esso consumiamo una parte così considerevole della vita nondimeno il sonno costituisce oltre che una funzione indispensabile per l'organismo, un annientamento contemporaneo di ogni tormento e di ogni preoccupazione attraverso un oblio passeggero di ogni ansia in un senso di pace infinita.

Ecco perchè dalla diuturna fatica gli uomini trovano con piacere ristoro nelle suadenti braccia del taciturno Morfeo. E questi, secondo la greca mitologia, conduce tutti al suo prence, il Sonno, signore incontrastato di una ricca magione che si eleva in una ignota terra estrema. Non l'erompente carro di Febo ivi giunge a portare la luce; ma colà il buio è eterno, ogni cosa è ovattata di silenzio interrotto solo dal sonnoso mormorio del fiume dell'Oblio che circonda la dimora regale con il suo leno fluire.

Sebbene in questo simbolismo del figlio della Notte vi sia qualcosa che soffochi nel mistero del nulla il nostro orgoglioso individualismo ogni sera ogn'uno di noi può dire con il Poeta :

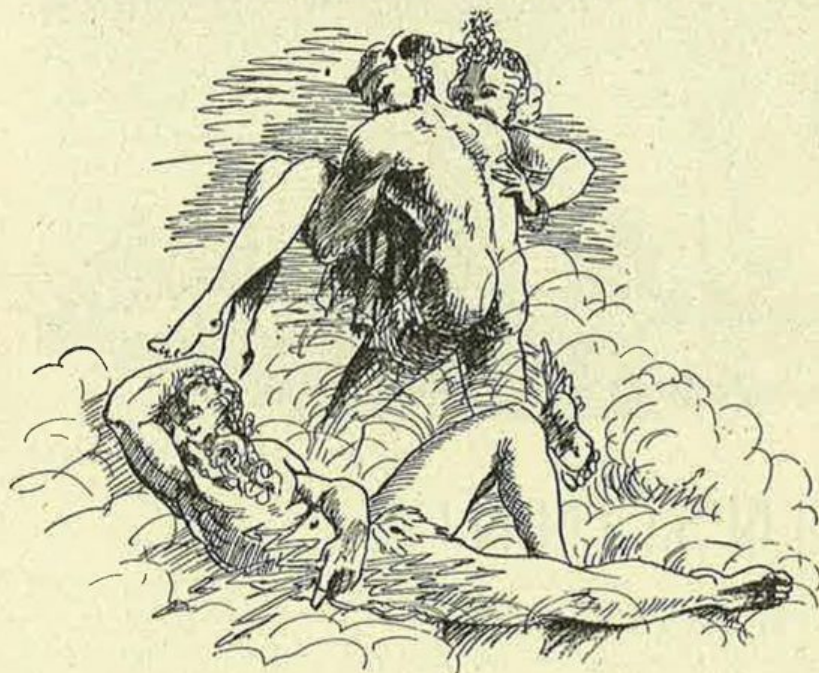
..... chinommi il capo tra il sonno
in riva di Scamandro.

Quanto alle rimembranze degli eroi di Ilio che allietano il Poeta, noi, se siamo bene in salute, ci rinunciamo volentieri per un riposo placido e completo del corpo e della mente. Niente ci fa sentire al mattino lieti e ritemperati quanto il risvegliarci dopo un bel sonno di sei ore, magari... anche con la coda.

Gli stessi dei dell'Olimpo sottostavano non ostante la loro immortalità, alle leggi del Sonno sebbene ciò desse luogo in quel mondo briccone ad inconvenienti non rari quali il furto ed il ratto di fiorenti giovinette. Ma noi, a loro confronto, possiamo rallegrarci perchè oggi abbiamo progredito e pos-

sediamo bravi chiavistelli e serrature di sicurezza per cui possiamo dormire, secondo l'espressione giusta, proprio tranquilli.

Però qualche volta non ostante tutti gli agi di un letto morbido e di una camera confortevole abbiamo un bell'attendere il sonno e rigirarci sottò le coltri per trovare la positura più comoda, l'atteso non giunge. Solo verso l'alba un breve sopore ci coglie e poi al levarci di letto ci perseguita per tutto il giorno un forte dolor di testa con un senso di malessere per la persona. Perchè mai ciò ?



Questa domanda così ragionevole molti non se la pongono affatto, e subiscono il tormento dell'insonnia per vari giorni passivamente e, solo dopo, prendono la risoluzione... eroica di recarsi dal più vicino farmacista per acquistare un tubetto di un sonnifero.

Dopo un tempo molto maggiore, visto che dieci ipnotici successivamente tentati non hanno apportato l'atteso beneficio, si decidono ad interpellare un medico. Questi, con grande loro meraviglia, perchè credevano si risolvesse tutto con una « cartina » infallibile scarabocchiata in un batter d'occhio, esamina invece attentamente il soggetto.

Soprattutto il sistema nervoso è passato in rivista dal medico e se una causa dolorifica non è riscontrabile, egli passa ad altre indagini le più impensate per il malato, dalla misurazione della pressione alla analisi delle urine, dalla sieroreazione del sangue all'esame del fondo dell'occhio. Dunque quell'insonnia poteva essere il sintomo di una qualche malattia importante ci domanderanno parecchi ? Per l'appunto è proprio così.

Per evitare qualche spiacevole sorpresa è bene che questo segno, come altri da noi passati in rassegna, non venga dal profano preso troppo alla leggera e si sappia invece quante malattie si manifestano per molto tempo al malato con questo unico banale disturbo. Naturalmente è opera del medico ricercare gli altri elementi che permettono la giusta diagnosi ; per il pubblico è sufficiente conoscere che un'insidia si può nascondere dietro una semplice

insonnia. Questa, come tutti i sintomi che tengono al proprio rango in medicina, ha il suo bravo termine tecnico: *agripnia*, parola ermetica e cattedratica che gli stessi medici però tendono ad abbandonare oggi per la più latina insonnia. Agli appassionati dell'esattezza ricordo poi come l'insonnia parziale, che è la più frequente, sia detta con termine più proprio *iposomnia*.

*
**

Dovendo esporre le cause che provocano l'insonnia sarebbe buona regola riassumere prima il meccanismo che normalmente provoca il sonno ed in qual modo questo venga turbato. Ma, a tal proposito, dobbiamo riconoscere che questa funzione è stata dalla natura, quasi gelosa dei misteri fondamentali della vita, accuratamente riposta nei centri superiori del cervello. E come ha infuso nell'anima di ogni uomo il tormento del progresso e dell'emulazione così gli ha anche fatto dono del dolce sonno che accomuna in una stessa legge il pastore solitario tra i monti impervi al grande industriale che trascorre la sua giornata nella scacchiera rumorosa di una metropoli.

L'indagine scientifica può avanzare delle ipotesi ma il sonno, fonte da cui attingiamo la forza per il diurno lavoro, è ancora oscuro nella sua genesi. Purkynie annise che il sonno fosse dovuto alla compressione delle vie corticali in seguito alla congestione notturna di speciali formazioni del mesencefalo detti *gangli*; per essa si interromperebbero i rapporti tra la corteccia e il sistema nervoso periferico. Questo meccanismo dell'interruzione della conducibilità nervosa per opera dei nuclei della base oggi ha ripreso credito dopo l'osservazione della sonnolenza nella poliencéfalite superiore. Alcuni autori hanno anche localizzato il centro del sonno intorno all'acquedotto di Silvio.

Con la teoria del *neurone* si è più semplicemente ammesso che questi conduttori scaglionati lungo il nervo, retraendosi nelle fini terminazioni a fiocco dette *dendritiche*, durante il sonno, perdano il contatto reciproco e permettano il sonno. L'esame microscopico ben poco può dire oltre ciò. Da alcuni si è pensato che durante il giorno si formino delle sostanze nell'organismo che agiscono elettivamente sulla corteccia e ne attutiscano la sensibilità fino a provocare il sonno. Questa funzione chimica narcotizzante è stata attribuita specialmente all'*ipofisi*, ghiandola cerebrale endocrina. Altri studiosi invece hanno supposto che si tratti di una semplice deficienza di ossigeno intramolecolare nella corteccia.

Quest'ultima ipotesi si può collegare alla teoria circolatoria diffusa qualche decennio addietro secondo la quale l'anemia cerebrale sarebbe la causa del sonno; le ricerche dell'italiano Mosso sembrarono confermare una tale ipotesi; oggi invece si propende a ritornare all'idea della congestione venosa dei nuclei della base.

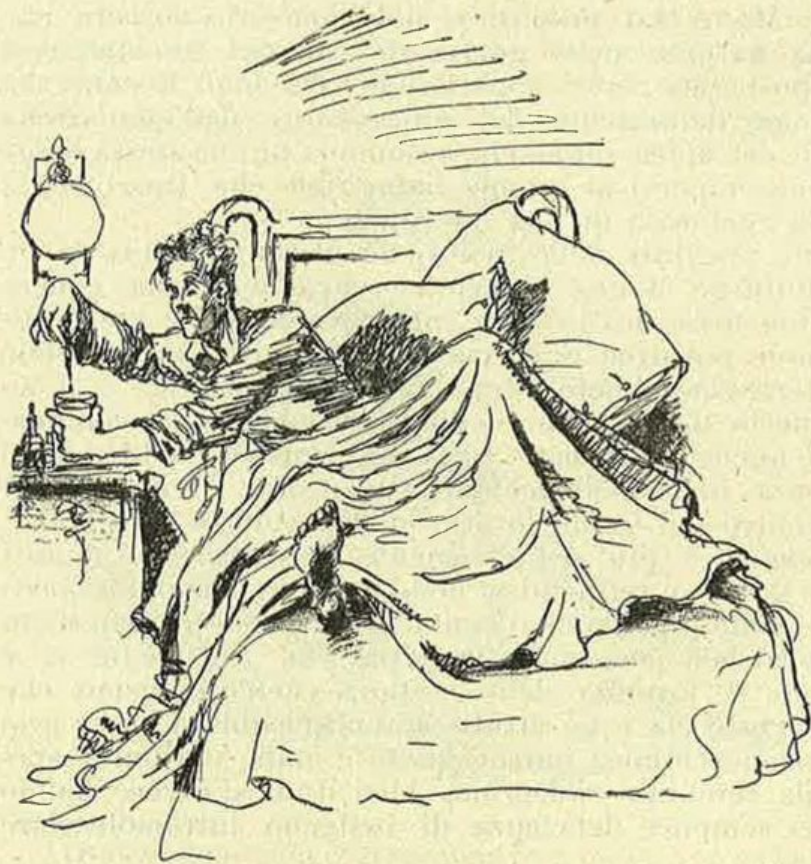
Passiamo ora a ricordare le cause che turbano fino ad inibire il sonno. Si può dire che esse si aggruppano in tre grandi categorie a seconda che dipendono da un fattore nervoso, doloroso o da un disturbo grave degli apparati circolatori e respiratori.

Poichè il sonno è certamente accompagnato da una diminuita eccitabilità del sistema nervoso è facile comprendere come la *ipereccitabilità* della corteccia sia la causa più frequente dell'insonnia. Questa deve ricercare la propria origine molto spesso in una *psiconevrosi*. Purtroppo tale malattia funzionale riconosce molti fattori determinanti; si potrà così presentare in casi di *sovraccarico*, di *nevrastenia* e in altri stati di *debolezza irritativa* o di semplice *iperideazione*. Forme d'insonnia più gravi si possono avere in altre psiconevrosi a quadro nosografico più ricco ed imponente come nell'*isterismo*, negli *stati ansiosi*, nelle *psicosi acute* e nelle *maniz*.

Anche limitandoci alle sole prime forme, poichè le seconde per l'apparizione di altri sintomi ben presto allarmano i famigliari, per la loro frequenza

vanno tenute in grande considerazione. Quanti stati di debolezza irritativa si aggravano per aver ostinatamente... curato una insonnia con qualche cachèt di un sonnifero! Così pure, troppo spesso una nevrastenia diviene tormentosa fino a richiedere molti mesi di riposo mentre qualche settimana sarebbe stata più che sufficiente se alle prime « notti bianche » ci si fosse recati da un medico per accertare la malattia.

Altre volte invece l'insonnia è dovuta ad una vera alterazione organica del sistema nervoso centrale come la *sifilide cerebrale* ed alcuni *tumori* dell'encefalo; in queste malattie, per fortuna rare, è costante e tormentoso più dell'insonnia un ostinato dolore di capo.



Infine qualche volta la ipereccitabilità del sistema nervoso centrale può esser dovuto ad una intossicazione che si stabilisce in seguito all'*abuso* fatto di *alcool*, di *tabacco*, di *caffè*; ancora più grave è l'*intossicazione* che segue all'azione degli *stupefacenti* quali la *morfina* e la *cocaina* che a piccole dosi invece conciliano il sonno. Basterà in questi casi sacrificare nell'interesse della propria salute quel pacco di sigari che per di più rovinano anche la bocca ed i polmoni oppure smetterla con il vezzo di sorbire dieci caffè al giorno perchè il sonno torni a rinfrancare le nostre membra.

Appartengono invece alla categoria delle *inson-*

nie da dolore o algiche quelle che si stabiliscono in seguito ad uno stimolo doloroso che nel silenzio notturno ci impediscono di prendere sonno. È nozione banale come un lieve dolore diurno nel raccoglimento della notte divenga col trascorrere delle ore un tormento insopportabile; quasi tutti conosciamo per esperienza personale le trafitture che ci hanno deliziato nelle ore piccole per causa di una modesta *periostite* da *carie dentaria*. Ugualmente una *nevralgia intercostale*, del *nervo trigemino*, una *artralgia*, non saranno meno fastidiose; ma fortunatamente la causa di questa insonnia è subito identificata ed è possibile procedere ad una cura adeguata.

Ritengo invece dover richiamare specialmente l'attenzione sopra certi dolori esclusivamente notturni che spesso i malati non apprezzano nella loro importanza perchè non sono avvertiti di giorno. Voglio riferirmi ai dolori *osteocopi* così detti perchè il soggetto avverte fitte che sembra vogliano trapassargli le ossa dovuti a lenti processi di *endoperiostite gommosa* cioè di natura *luetica* localizzati quasi sempre alle ossa lunghe. Lo stesso fenomeno, cioè quello di essere prevalentemente notturni si riscontra in molte *nevralgie diabetiche* e nelle manifestazioni articolari *gottose*.

Qualche volta invece non è un vero dolore ma un senso molesto di fastidio per tutta la persona o un semplice prurito che impediscono di prendere il sonno.

Anche questo stimolo che fa accanire l'insonne contro... la propria pelle, può essere espressione preziosa della *piccola uremia* come è appunto chiamato il prurito se dipende da una intossicazione nefritica iniziale, come pure può essere il sintoma di un *diabete* latente.

Alcune *iperestesi sensoriali* uditive e visive, specie sotto forma di rumore come una cascata d'acqua, ronzii e simili possono provocare l'insonnia; una visita dello specialista potrà spiegare e iniziare un trattamento razionale di queste forme.

In una ultima categoria vanno considerati i casi in cui nessun fattore doloroso o di ipereccitabilità nervosa è riscontrabile; è invece la naturale fisiologica diminuzione dei battiti cardiaci e dei respiri nel sonno che provoca un senso di oppressione per cui il soggetto se si è dormentato si risveglia quasi subito. Ciò accade nei soggetti *bronchitici* o *asmatici* che presentano una respirazione affannosa; in essi l'equilibrio della ventilazione polmonare viene mantenuto a stento collo sforzo della volontà e l'abbandono dei movimenti accessori della respirazione rende impossibile lo stabilirsi del sonno.

Ugualmente può dirsi di alcuni malati di *scompenso cardiaco* nei quali il sonno provoca una anemia cerebrale in modo tale da risvegliarli bruscamente; però la presenza di altri sintomi cardiaci dimostrano chiaramente il carattere secondario di queste insonnie. Anche l'*ipertensione* può determinare insieme ad un senso d'oppressione una vera insonnia, la misurazione della pressione permetterà al medico l'accertamento di questa forma notevolmente insidiosa.

Infine vanno considerati a parte gli stati di iposonnio che seguono alle *malattie infettive deprimenti* e quelle dovute ad un'alterazione della composizione del sangue cioè alle *malattie discrasiche*. Si comprende che se il numero dei globuli rossi è diminuito fino a scendere al di sotto della metà del normale (come nelle anemie gravi) l'apporto di ossigeno e l'eliminazione dell'acido carbonico diverrà, nel rallentamento del sonno, insufficiente alla vita vegetativa e perciò il malato « per la fame d'aria » non potrà riposare che per brevi momenti.

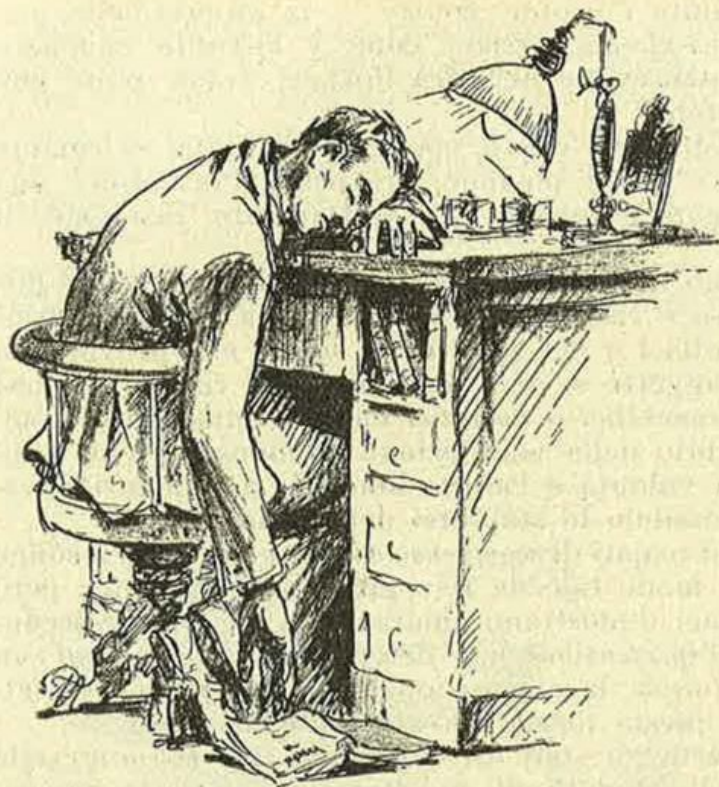
*
* *

Delle malattie passate in rassegna mentre in alcune l'insonnia rappresenta soltanto un sintomo secondario, in altre, come nelle psiconevrosi, essa è quasi l'unico fatto avvertito dal soggetto. Come si vede anche questo disturbo che a molte persone sembra insignificante ha un'importanza niente affatto trascurabile specie se persistente e se nessun fattore temporaneo di emotività lo può giustificare.

Credere che il sonno ci fugga ostinatamente senza una causa è illogico, cullarsi nella speranza che tutto passi da se non è ragionevole, ugualmente illusorio è credere di curarsi ricorrendo continuamente ad una delle tante specialità ipnotiche a base di bromuri o di barbiturici. L'uso di queste compresse troppo spesso diviene un abuso per poterlo ancora consigliare; la cefalea che si avverte alla mattina adottando questi sonniferi è la prova che il nostro organismo non li deve subire a lungo. Quanto poi ai derivati della morfina ed ai pericoli che la loro assuefazione comporta, sono troppo noti perchè sia il caso di ricordarli in questa nota.

Dobbiamo ricordarci che l'esistenza di una sifilide, di una ipertensione, di una nefrite cronaca latente e ignorata sono evenienze niente affatto rare nei sofferenti d'insonnia specie nelle persone di età. La compressa ipnotica se ci dà qualche ora di sonno non ci deve far trascurare l'accertamento della causa del disturbo che altrimenti può giungere a malattia grave, avanzata e incurabile.

Nell'armonia del corpo la nostra natura ha bisogno del sonno come di un alimento, ed è infinitamente dolce dopo una giornata di lavoro, dimenticare ogni preoccupazione riposandoci nel letto consueto come in un oasi di pace e di tranquillità. Tutti i desideri, tutte le conquiste, anche il possesso della cosa



più ambita cadrà stanca dalla nostra mano se la carezza irresistibile e dolce del sonno chiuderà le palpebre stanche.

Il mistero del sonno, umano e divino balsamo, intesse ed occupa non poco tempo della nostra vita come già quella dell'uomo preistorico che riposava nel giaciglio di rami. Ed oggi come una volta, come sempre, mentre tremule in alto cantano la loro canzone le stelle, l'umanità nell'abbandono di se stessa si sente più buona, raccolta, quasi affratellata sopra ogni lotta, unita da uno stesso bisogno e più vicina al mistero della vita e della morte, eterni poli entro cui essa scorre nei secoli.

(Dis. di E. BARDSKY).

Rassegna di articoli di igiene.

Viva cien anos, Luglio 1936 — Buenos Aires.

- Dr. C. VALLEJOS, *Fa male il tabacco?*
 Dr. E. P. REED, *I cereali e la dentatura.*
 Dr. I. ROMANO, *Perchè abbondano i nervosi.*
 Dr. P. LAZCANO, *La broncopolmonite, malattia di vecchi e di bambini.*
 Dr. C. ETCHEVARNE, *La orticaria.*
 Dr. L. C. PERRUSI, *Quali sono le funzioni della ghiandola a secrezione interna.*

Vivo cien anos, Settembre 1936.

- Dr. G. AUSTREGESILO, *Allegria curativa.*
 Dr. O RUEDA, *La tosse è un atto di difesa.*
 Dr. M. BIRCHER-BENNER, *A cosa serve quello che noi mangiamo?*
 Dr. F. ESCARDÒ, *La lues e la tubercolosi.*
 Dr. C. A. NÜNER, *La obesità ed i bagni freddi.*
 Dr. C. VALLEJOS, *Non fumo, non fumerò più.*

Dr. I. C. MIRALLES, *Duro di udito e sordo come una talpa.*

Dr. I. A. LOPEZ, *Una frattura! Che bisogna fare?*
 Dr. L. SILVA, *L'aglio.*

Im Dieuste der Gesundheit.

— Marzo, 1936.

Dr. W. SCHAUS, *L'educazione della buona volontà di stare in buona salute.*

Dr. E. PROBST, *Amorevolezza ed asprezza nell'educazione.*

— Giugno, 1936.

Dr. M. LUGINÜHL, *Lo donna e lo sport.*

Dr. A. E. ADLER, *Gli avvelenamenti da funghi.*

— Settembre, 1936.

Dr. C. BRENTANO, *Progressi negli studi sul diabete e nel suo trattamento curativo.*

Dr. A. BANGERTER, *Come dobbiamo curare le piccole ferite?*

A PROPOSITO DI CURE DIMAGRANTI

Richiamiamo l'attenzione dei nostri lettori e soprattutto delle nostre lettrici sugli inconvenienti di certe cure dimagranti.

In questi ultimi anni ai metodi.... eroici consistenti nel non mangiare si è aggiunto, ai numerosi preparati ghiandolari di modesto effetto, una sostanza chimica che accelera potentemente il ricambio e cioè il dinitrofenolo. Questa sostanza non è innocua e sono stati descritti numerosi casi di cecità negli S. U. A. per l'uso improprio di questa medicina che va usata cautamente e sotto controllo del medico dopo che è stata riconosciuta l'integrità di tutto l'organismo. Tra i numerosi danni che il dinitrofenolo produce vi sono le eruzioni cutanee e i disturbi del tubo intestinale e della funzionalità epatica.

Ciò risulta da uno studio di C. Mac Bryde e B. Taussig i quali a 15 pazienti somministrarono per parecchio tempo del dinitrofenolo (*Med. Klinik* 1935, n. 27). L'aumento del ricambio basale fu dal 30 al 70 %. Con una dieta di 20 calorie a Kg. la perdita di peso settimanale aumentò a 680-1135 gr., con 11 calorie a 900-1800 gr., tre pazienti ebbero gravi eruzioni cutanee, cinque disturbi gastro-duodenali e vomito, uno la perdita del gusto.

In tutti i pazienti si riscontrò una maggiore sudorazione, disappetenza e debolezza.

L'esame della funzionalità del fegato rivelò un peggioramento della tolleranza di destrosio. Altrettanto dicasi dell'apparato muscolare che risentì effetti del dinitrofenolo.

Un altro autore americano, Silver, descrisse un caso di agranulocitosi mortale di una donna che aveva praticato la cura con il dinitrofenolo (*Jour. Acc. Med. Assoc.*, 1934, fasc. 1-3).

Anche in un altro lavoro tedesco di Staub (*Klin. Wochens.*, 1935, n. 6) è messo in evidenza il pericolo che può presentare l'uso di tale sostanza senza adeguate cautele. Secondo alcuni ricercatori l'azione tossica è dovuta all'impurità del preparato che può contenere contemporaneamente una certa quantità di dinitrofenolo.

E' da tener presente che per aver una vera azione dimagrante si devono usare delle dosi che rasentano la tossicità e in alcuni individui specialmente sensibili possono produrre gravi danni.

Ciò accade soprattutto quando il dinitrofenolo è somministrato a individui tarati per alcoolismo, tubercolosi, o sofferenti di fegato e di reni. Anche la somministrazione prolungata di piccole dosi può ledere il parenchima epatico e renale. Altro inconveniente di questo prodotto può essere la comparsa di febbri dovute al ricambio molto attivo che tali corpi determinano con combustioni nei tessuti che non potremo regolare.

Indipendentemente dai pericoli suddetti bisogna ricordare che la dieta anche con questa cura va notevolmente ridotta poichè altrimenti non produrrebbe l'atteso dimagrimento. In una modesta obesità da iperalimentazione ci guarderemo perciò bene dall'usare questa medicina che va solo consigliata in casi speciali.

Speriamo che questi avvertimenti siano utili alle donne troppo entusiaste della linea e della mascolinizzazione, moda ormai tramontata anche nel regno di Hollywood.

STARNA.



SULL'USO DELLE BEVANDE ALCOOLICHE

Dott. SALVATORE FIANDACA

Medico della Direzione Generale dell'I. N. A.

Ci è occorso con una certa frequenza di doverci intrattenere nei consultori di igiene sull'uso delle bevande alcoliche. È per questa ragione che volentieri mi soffermo su questo argomento, del resto molto interessante dal punto di vista igienico, e perchè ho potuto constatare che le opinioni pubbliche al riguardo sono in alcuni punti alquanto disperate. Ogni individuo infatti guardando il problema dal proprio punto di vista, cerca di adattarlo alle sue tendenze, alle sue abitudini, ai suoi gusti, cercando per altro di trovare anche la giustificazione delle proprie idee ed azioni. Così ad esempio v'è chi afferma che l'uso dell'alcool è per lui assolutamente indispensabile ed utile per la digestione, mentre qualche altro si dichiara convinto che un solo bicchiere di vino rappresenta per il suo organismo un sicuro veleno; vi è chi vede nell'alcool il farmaco più efficace contro il rigore della stagione invernale, chi viceversa lo trova assolutamente indicato contro il sudore provocato dai calori estivi. Altri lo trovano utilissimo come farmaco eccitatore del loro sistema nervoso e pensano di non poterne fare a meno allorchè debbano trattare i loro affari o discutere le loro ragioni; altri invece, ai quali l'alcool anche nella più piccola dose provoca un senso di torpore fisico e psichico, trovano assolutamente nocivo l'uso di esso durante il lavoro; alcuni lo glorificano quale aperitivo e non sanno iniziare i loro pasti senza l'ingestione di esso.

Le varie opinioni qui accennate e molte altre, sulle quali sarebbe superfluo intrattenersi, meritano tutte la massima considerazione, perchè in ogni caso sono esse il frutto dell'esperienza sulla propria persona e pertanto sono basate su un fondamento di indiscussa verità. La questione è che ogni individuo pensa che quanto gli è dato osservare su se stesso, possa essere generalizzato ed applicato per gli altri. Sebbene in linea generale non si possa mettere in dubbio che ogni soggetto reagisca differentemente all'ingestione delle bevande alcoliche, pur tuttavia bisogna ammettere che nel determinismo dell'azione dell'alcool agiscono numerosi altri fattori che fino ad un certo punto possono essere considerati in tutti i casi uguali. Così la quantità di alcool ingerito, l'abitudine a tale ingestione, il rapporto con i pasti, la forma sotto la quale tale alcool viene ingerito ecc., sono fattori che certamente hanno un'influenza costante sull'azione dell'alcool nell'organismo.

*
**

L'alcool viene abitualmente ingerito sotto forma di bevanda, nella quale oltre ad esso sono contenute varie altre sostanze: acqua, zuccheri, principii aromatici, tannini, glicerina, sostanze coloranti, sali minerali, acidi organici, alcool superiori ecc. ecc.

Le bevande alcoliche in uso possono dividersi in tre categorie:

Bevande fermentate: sono queste le bevande nelle quali l'alcool è stato ottenuto mediante la fermentazione degli zuccheri sia essa naturale (vini) che artificiale (birra); rappresentano i liquidi alcolici più comunemente usati: vino, birra, sidro, ecc. Hanno un contenuto alcolico vario che per i vini va dal 6 al 14 % circa, per la birra dal 3 all'8 %.

I vini dei paesi caldi in genere contengono le percentuali maggiori di alcool, mentre quelli che provengono da uve immature sono i meno alcolici.

Alcuni vini contengono delle percentuali di alcool superiori al 15 %; in taluni casi, come avviene per il Marsala, Porto, ecc. l'alcool è stato artificialmente aggiunto.

Bevande distillate. Si ottengono mediante la distillazione dei liquidi fermentati. Essi contengono alcool (alcool etilico) dal 40 all'80 %, piccole quantità di alcool superiori, eteri, acidi, oli essenziali, conferenti quest'ultimi il sapore e l'odore gradevole. Le principali bevande di questa categoria sono: le acquavite, il cognac, grappa, rhum, wischy, maraschino, kirchwasser, ecc.

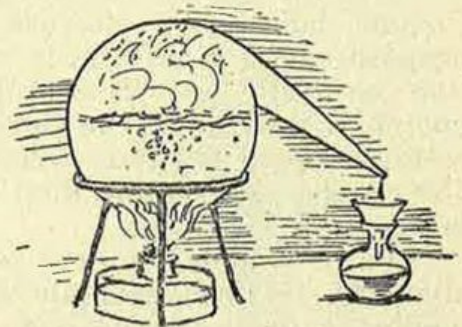
Liquori. Sono delle bevande preparate con alcool, acqua, essenze aromatiche e spesso zuccheri. Contengono alcool dal 30 al 70 %; in genere si distinguono dall'essenza aromatica usata: così l'anice, l'assenzio, la strega, il curacao ecc.

È evidente che gli effetti provocati dall'ingestione delle varie bevande è differente per ognuna di esse ed è essenzialmente in dipendenza del loro vario contenuto alcolico, nel senso che, a parità di volume, è più accentuata l'azione della bevanda che contiene più alcool ed a volume disuguale e quantità uguale di alcool, è più rapida l'azione di quella bevanda che contiene l'alcool ad una percentuale maggiore.

Oltre all'azione dovuta all'alcool, che rappresenta senza dubbio la principale, anche altre sostanze contenute nelle varie bevande possono anch'esse esercitare un'influenza sull'organismo sano, in alcuni casi, di notevole interesse. Così le varie essenze, gli estratti di piante, aromi, ecc., aggiunti alle bevande per conferire loro il sapore, i vari alcool, eteri ecc. che distillano insieme all'alcool etilico, i prodotti frequentemente aggiunti a scopo di adulterazione quali ad es. sostanze coloranti, antisettiche, alcool metilico ecc. rappresentano delle sostanze che non solo non restano senza influenza sull'organismo, ma spesso agiscono come veri e propri prodotti tossici.

L'alcool metilico al riguardo merita una particolare considerazione, perchè esso, per il suo basso prezzo viene frequentemente usato per la preparazione di punch, aperitivi e liquori di cattiva qualità. Esso è molto più tossico dell'alcool etilico ed è causa non infrequente di intossicazioni più persistenti e più gravi: la sua maggiore tossicità dipende dal fatto che l'organismo lo elimina con maggiore difficoltà e non è capace di bruciarlo, bensì lo trasforma in acido formico.

A parte l'influenza sull'organismo di queste sostanze, che del resto rappresentano elementi accessori, le bevande alcoliche esplicano la loro azione essenzialmente per il loro contenuto in alcool etilico. L'ingestione di questo attraverso le varie bevande va dal punto di vista igienico guardato sotto un triplice aspetto: come farmaco, come alimento, come veleno.



Come farmaco viene principalmente sfruttata l'azione eccitante sul sistema nervoso esercitata dall'alcool somministrato a piccole dosi. Pertanto esso serve in tutti quei casi, nei quali si richiede un pronto ristabilimento delle forze (svenimenti, malesseri, ecc.); ha azione eccitante pronta e di breve durata. A questo scopo vengono particolarmente usate le bevande contenenti alcool in percentuale elevata, (cognac, ecc.); l'uso però deve essere limitato alle dosi piccole e non deve avere carattere continuativo.

I liquidi alcoolici vengono ancora adoperati quali eupeptici, in tal caso essi agiscono promuovendo un afflusso di sangue nel tubo digerente e conseguentemente una secrezione maggiore dei succhi digestivi. A questo scopo però essi devono essere ingeriti durante e dopo il pasto. L'uso della bevanda alcoolica quale aperitivo va viceversa considerato poco opportuno, poichè l'alcool così introdotto, oltre ad essere più facilmente assorbito ed avere pertanto una azione generale più intensa, anzichè locale, agisce coagulando la pepsina e frustrando quindi lo scopo per il quale è stato introdotto.

Si potrebbe obiettare che negli aperitivi non è dall'alcool che si attende l'azione, bensì dalle sostanze aromatiche contenute nella bevanda; a questo proposito però è sufficiente ricordare che tali sostanze, tranne poche eccezioni, sono costituite da veri e propri prodotti tossici, per se stessi già nettamente nocivi. È preferibile che l'alcool semministrato a scopo digestivo venga ingerito sotto forma di bevanda fermentata (vino, birra) ed a dosi non elevate (500, 750 cc.) di vino comune distribuito nei due pasti principali per un uomo aduso a berlo.

Varie sono le opinioni per quanto si riferisce al valore dell'alcool quale alimento. In linea generale si può dire che l'alcool costituisce bensì un alimento, in quanto esso viene dall'organismo bruciato e quindi utilizzato come fonte di energia, ma un alimento che ha delle caratteristiche speciali, per cui non può essere usato come nutrimento abituale.

Esso infatti non appena introdotto nell'organismo viene in gran parte bruciato e solo in piccola quantità eliminato attraverso l'urina, i polmoni, la cute; non viene in nessun modo, a differenza di tutti gli altri alimenti, trasformato ed utilizzato quale materiale di deposito. Così che l'alcool, a dosi moderate, costituisce un vero alimento di risparmio, atto a procurare rapidamente forza e calore, sostituendosi al consumo degli idrati di carbonio, dei grassi e delle proteine; viceversa, introdotto a dosi superiori a quelle ossidabili dall'organismo, non solo viene utilizzato come alimento di deposito, ma circolando come tale nel sangue e negli umori intestinali esercita la sua azione dannosa sui tessuti, principalmente sul sistema nervoso, dove in parte viene fissato.

Sarebbe interessante poter fissare il limite massimo al di là del quale l'alcool diventa nocivo e pertanto il delimitare nettamente il valore delle cosiddette dosi moderate; intendendo con queste quelle dosi, che introdotte nell'organismo, non solo sono innocue, ma bensì ne apportano un giovamento. Tale problema però non può essere risolto in maniera categorica, perchè l'azione dell'alcool è variabile per ogni organismo o dipende da vari coefficienti, quale la costituzione, le abitudini, le disposizioni individuali ecc....

Particolarmente variabile è l'azione dell'alcool, e con essa la dose ingeribile senza danno, in rapporto con la professione del soggetto: è facile ad es. intravedere come quei soggetti che si sottopongono a faticosi lavori manuali (quali i braccianti, i contadini ecc.) possono utilmente avvantaggiarsi di una dose maggiore di alcool in confronto agli individui il cui lavoro è in prevalenza mentale. Nei primi infatti le caratteristiche alimentari dell'alcool — in specie l'utilizzazione quasi immediata come fonte di energia, trovano più opportuna indicazione.

Comunque in linea generale e ad eccezione di quei casi nei quali esiste una speciale sensibilità all'alcool o condizioni particolari dell'apparato digerente, si può dire che un individuo normale possa ingerire nelle 24 ore da 500

a 750 cc. di vino buono comune, corrispondenti circa 60-70 gr. di alcool, a condizione che questi venga distribuito nei due pasti principali.

La quantità sopraindicata rappresenta per un uomo adulto la dose media, ingeribile senza alcun danno per la sua salute, e con qualche beneficio.

Poichè un gr. di alcool è capace di produrre 7,18 calorie, la dose media considerata ingeribile senza danni (gr. 60-70) potrà fornire all'organismo da 430 a 500 calorie, che all'incirca rappresentano un quarto del fabbisogno energetico di un individuo a riposo. Ma se si considera da una parte l'alto costo delle bevande alcoliche, rispettivamente ad altri alimenti ad alto potere energetico quali il latte, il burro, lo zucchero ecc. e dall'altra il fatto che l'alcool non sempre possa essere utilizzato o trasformato dall'organismo in materiale di riserva, l'uso delle bevande alcoliche, quale alimento, non può trovare applicazione pratica e vantaggiosa, se non in misura limitata.

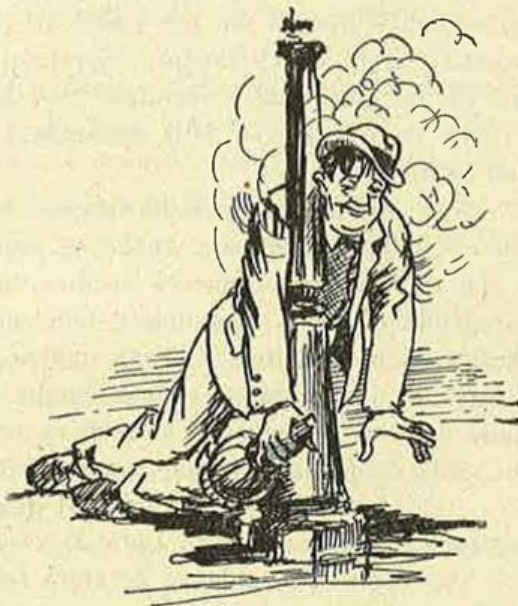
È concetto accreditato presso il popolo che l'alcool riscaldi; per questa ragione molti, specie nei paesi freddi e durante il periodo invernale, cercano di mitigare gli effetti della temperatura rigida con l'ingestione di liquidi alcolici. In vero l'alcool provoca una piacevole sensazione di calore che per se stessa giustifica pienamente il concetto popolare. Devesi però osservare che tale senso di calore è dovuto ad una dilatazione dei vasi sanguigni periferici; a causa di questa vaso-dilatazione aumenta la dispersione del calore e conseguentemente la temperatura interna del corpo si abbassa. Pertanto la sensazione di calore provocata dalle bevande alcoliche è soltanto illusoria, in quanto essa, essendo dovuta ad un'affluenza maggiore del sangue ai vasi della periferia, effettivamente produce un rapido raffreddamento interno del corpo.

Allorchè l'alcool viene introdotto nell'organismo in dosi superiori a quelle cosiddette moderate, costituisce un vero e proprio veleno.

Come è stato detto, è difficile stabilire esattamente i limiti tra le dosi che potremmo chiamare fisiologiche e quelle patologiche, dipendendo queste, oltre che dall'età, dalla tolleranza individuale, dalla professione, dall'abitudine a bere ecc. Gli effetti provocati dall'uso smoderato di alcool possono essere immediati o lontani; i primi costituiscono l'alcoolismo acuto i secondi quello cronico.

Non ci sembra opportuno dilungarci nelle varie manifestazioni di tali avvelenamenti; essi richiedono una trattazione ben più ampia.

Facciamo soltanto rilevare che l'alcoolismo rappresenta uno degli agenti etiologici più frequenti delle forme morbose più gravi e che i suoi effetti non si spengono con la vita del bevitore. Accanto alla siflide ed alla tubercolosi, l'alcoolismo costituisce, specie per alcune nazioni, una delle più gravi piaghe sociali. Basterà ricordare in proposito il contributo notevole che quotidianamente esso porta agli ospedali, ai manicomi e alle carceri; l'aumento della recettività degli alcoolisti verso molte malattie (ad es. la tubercolosi); la degenerazione della prole (idiotismo, nanismo, epilessia, sterilità ecc. ecc.); l'impulso al suicidio ecc.



(Dis. di E. BARSKY).

Notiziario**CONCORSI DELL' I. N. A.****CONCORSO PER MEDICI**

È indetto un concorso per titoli e per esami, a otto posti di Medico nel ruolo speciale per il personale tecnico del Servizio Sanitario dell' I. N. A. fra laureati in Medicina e Chirurgia.

La domanda di ammissione al concorso in carta da bollo da lire quattro dovrà essere presentata o inviata (se per posta, in piego raccomandato, con ricevuta di ritorno) alla Direzione Generale dell'Istituto (Servizio Personale) in Roma, Via Sallustiana 51, non oltre le ore 12 del giorno 28 Novembre 1936-XV.

La data di arrivo della domanda è stabilita dal bollo apposto dalla Direzione Generale dell'Istituto.

Non saranno ammessi al concorso i candidati le cui istanze risultino pervenute all'Istituto dopo il suddetto termine, anche se presentate in tempo agli uffici postali o ad altro ufficio, o non risultino regolarmente documentate.

Nella domanda i candidati debbono indicare con precisione il loro nome, cognome e paternità ed il recapito; debbono inoltre elencare tutti i documenti, che sono prodotti a corredo di essa, e dichiarare se e quali lingue straniere conoscano (esclusa la lingua francese) e se siano disposti a sostenere la relativa prova di esame.

Alla domanda dovranno essere uniti i seguenti documenti:

1° Certificato di nascita, dal quale risulti che il concorrente, alla data del presente bando, non abbia superato l'età di 34 anni.

Per coloro che abbiano prestato servizio militare durante la guerra 1915-1918 o che abbiano partecipato nei reparti mobilitati delle Forze armate dello Stato alle operazioni militari svoltesi nelle Colonie dell'Africa Orientale dal 3 ottobre 1935-XIII al 5 maggio 1936-XIV, l'età massima è elevata a 39 anni; per gli Invalidi di Guerra e per la Causa Nazionale e per i Decorati al valor militare è elevata a 43 anni.

Per coloro che risultino iscritti al P. N. F. senza interruzione da data anteriore al 28 ottobre 1922, o che, in possesso del brevetto di ferito per la Causa Nazionale, per eventi verificatisi dal 23 marzo 1919 al 31 dicembre 1925, risultino iscritti al Partito senza interruzione dalla data dell'evento che fu causa della ferita, il limite massimo di età è aumentato di 4 anni;

2° Originale o copia autentica della Laurea in Medicina e Chirurgia;

3° Certificato che indichi i punti riportati negli esami speciali ed in quello di laurea;

4° Certificato di iscrizione al Sindacato dei Medici;

5° Certificato del Podestà del comune di origine, dal quale risulti che il candidato è cittadino italiano e gode dei diritti politici;

6° Certificato penale generale negativo, da rilasciarsi dal competente ufficio del casellario giudiziario;

7° Certificato di regolare condotta civile, morale e politica da rilasciarsi dal Podestà del comune ove il candidato ha il suo domicilio o la sua abituale residenza;

8° Foglio di congedo illimitato, ovvero certificato di esito di leva. I candidati ex-combattenti od Invalidi di guerra produrranno copia dello stato di servizio militare o del foglio matricolare annotati delle benemerienze di guerra. Gli Invalidi di guerra o Minorati per la Causa Nazionale, produrranno inoltre il modello 69 rilasciato dal Ministero delle Finanze — Direzione Generale delle Pensioni di Guerra;

9° Stato di famiglia ;

10° Fotografia recente, firmata dal candidato e debitamente legalizzata ;

11° Certificato da rilasciarsi dal Competente Segretario Federale del P. N. F., dal quale risulti l'appartenenza ai Fasci di combattimento o ai Gruppi Universitari Fascisti o ai Fasci Femminili, nonchè l'anno, il mese e il giorno dell'iscrizione.

Per gli iscritti ai Fasci di Combattimento da epoca anteriore al 28 ottobre 1922, il suddetto certificato deve essere vistato dal Segretario del Partito. Detto documento deve contenere, oltre alla indicazione dell'anno, mese e giorno della effettiva iscrizione ai Fasci di Combattimento, l'attestazione che l'iscrizione stessa continua ed è stata ininterrotta.

Gli Invalidi ed i Feriti per la Causa Nazionale per eventi verificatisi dal 23 marzo 1919 al 31 dicembre 1925, iscritti ininterrottamente al P. N. F. dalla data dell'evento che fu causa della invalidità o della ferita, debbono produrre il relativo brevetto in originale o in copia autenticata da notaio, ovvero un certificato del Segretario del Partito, attestante che il candidato è in possesso del brevetto medesimo.

Gli Orfani di guerra o dei Caduti per la Causa Nazionale, i figli degli Invalidi di guerra o di quelli per la Causa Nazionale debbono dimostrare la loro qualità mediante certificato del Podesta del Comune in cui essi hanno il domicilio o l'abituale residenza ;

12° Ogni altro titolo, pubblicazione o documento che l'aspirante creda opportuno di presentare agli effetti del presente concorso (le pubblicazioni debbono essere presentate in triplice copia).

Il certificato generale penale dovrà essere legalizzato dal Presidente del Tribunale, quello di nascita dal Presidente del Tribunale o dal Pretore del Mandamento nella cui giurisdizione si trova il Comune dal quale gli atti provengono ; quelli di cittadinanza e di buona condotta, dal Prefetto.

Le legalizzazioni delle firme non sono necessarie se i certificati vengono rilasciati da Autorità amministrative residenti nel Comune di Roma.

Inoltre i certificati [5°-6°-7°] non saranno ritenuti validi se rilasciati più di tre mesi prima della data del presente bando.

L'Amministrazione dell'Istituto si riserva il diritto di escludere dal concorso, con giudizio insindacabile e senza darne motivazione, qualsiasi candidato.

La Commissione esaminatrice formerà una prima graduatoria in base ai titoli presentati dai candidati ed ammetterà agli esami, con giudizio insindacabile, coloro che ne saranno dichiarati idonei, alla stregua dei criteri da essa stabiliti. Saranno tenute in particolare considerazione le pubblicazioni di carattere scientifico concernenti la medicina interna e le sue varie specialità (radiologia, laboratorio ecc.).

I candidati ammessi riceveranno in tempo utile, con lettera raccomandata, comunicazione della loro ammissione al concorso, del luogo, del giorno e dell'ora fissati per la prima prova scritta.

I candidati dovranno presentarsi agli esami muniti di carta di identità o di altro documento di identificazione.

Gli esami consisteranno :

1° in una prova scritta sopra un tema di patologia medica ;

2° nella visita di un assicurando e redazione del rapporto di visita medica sul modulo in uso presso il Servizio Sanitario dell'Istituto ;

3° nella illustrazione orale alla Commissione del caso esaminato.

Nella formazione della graduatoria saranno osservate le norme di legge in vigore per l'assunzione degli Invalidi di Guerra e della Causa Nazionale e le norme del R. D. L. 5 luglio 1934-XII, n. 1176, sulla graduatoria dei titoli preferenziali per l'ammissione agli impieghi.

I risultati del concorso debbono essere sottoposti all'approvazione del Consiglio di Amministrazione dell'Istituto. Contro la deliberazione del Consiglio di Amministrazione dell'Istituto non è ammesso ricorso.

Prima dell'assunzione in servizio, i vincitori del concorso dovranno avere subito una visita medica, con esito favorevole, a giudizio insindacabile del Servizio Sanitario dell'Istituto.

I vincitori del concorso saranno chiamati, a seconda delle necessità, al più tardi entro un semestre dalla proclamazione della graduatoria e dovranno assumere servizio entro 15 giorni dalla data dell'avviso; sarà loro conferita la nomina di Medico in prova del ruolo speciale per il personale tecnico del Servizio Sanitario dell'I. N. A. in prova, per un periodo di sei mesi. Essi godranno lo stipendio e le indennità relativi al grado che assumono, stabiliti dalle Tabelle organiche in vigore (retribuzione iniziale complessiva annua lorda di L. 15.897,60 al netto delle riduzioni di cui ai R. D. L. 20 novembre 1930-IX, n. 1491 e R. D. L. 14 aprile 1934-XII, n. 561 e tenuto conto dell'aumento dell'8% di cui al R. D. L. 24 settembre 1936-XIV, n. 1719) e, dopo il passaggio in ruolo, il contributo per il trattamento di quiescenza, oltre le altre indennità che possono loro spettare in base alle disposizioni interne.

L'assunzione in servizio sarà fatta alle condizioni tutte del Regolamento del Personale.

Per le disposizioni contenute nel suddetto Regolamento, non è consentito l'esercizio privato della professione ed i medici sono tenuti a prestare servizio nei vari Centri Sanitari dell'I. N. A. ed in qualsiasi residenza sia loro destinata.

Per informazioni, gli aspiranti dovranno rivolgersi alla Direzione Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni (Servizio Personale) Via Sallustiana, n. 51.

Roma, 1 ottobre 1936-XIV.

IL DIRETTORE GENERALE
GIORDANI

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
BEVIONE

Concorso per una monografia di Medicina preventiva

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha bandito un concorso a premi per una pubblicazione di medicina preventiva destinata ai propri assicurati.

La monografia deve contenere *norme di vita igienica e di lavoro proficuo nell'Impero Italiano di Etiopia e nelle altre colonie e possedimenti italiani, e norme per prevenire le malattie che risultano ivi più frequenti.*

Essa deve essere contenuta nei limiti da un minimo di 50 pagine ad un massimo di 100 pagine a stampa in formato 16°.

Il lavoro deve essere *originale ed inedito*: deve essere inviato in cinque copie dattilografate alla Direzione Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, Servizio Sanitario, non più tardi delle ore 12 del *sedici gennaio 1937* (16/1/1937-XV).

Gli autori firmeranno il lavoro con un motto che sarà ripetuto su una busta chiusa e sigillata, nella quale dovrà essere contenuto il loro nome e l'indirizzo.

Il lavoro approvato dalla Commissione giudicatrice e quindi premiato diventerà di proprietà assoluta dell'Istituto.

L'Istituto mette a disposizione della Commissione giudicatrice un premio di **Lire 5000 (Cinquemila)**.

Roma, 31 maggio 1936-XIX

IL DIRETTORE GENERALE
GIORDANI

La Commissione giudicatrice dei lavori per la monografia circa le affezioni dell'apparato cardio vascolare.

In rapporto al bando di Concorso per una monografia che contenga una chiara e semplice esposizione di «norme atte a prevenire le affezioni del cuore e dei vasi sanguigni e a consentire una vita relativamente lunga e di lavoro proficuo a coloro che da tali affezioni fossero stati colpiti», è stata nominata la Commissione giudicatrice dei lavori pervenuti.

Essa è così composta:

S. E. Prof. Dante DE BLASI, Accademico d'Italia, Ordinario d'Igiene nella R. Università di Roma;

Gr. Uff. Prof. Agenore ZERI, Emerito della R. Università di Roma;

Prof. Comm. Giulio GALLI, Direttore del Policlinico Umberto I di Roma;

Prof. Comm. Antonio SEBASTIANI, Primario Medico degli Ospedali Riuniti di Roma.

A suo tempo daremo notizia dell'esito del Concorso stesso.

Facilitazioni ai nostri medici fiduciari che stipulano nuovi contratti di assicurazione-vita.

Come annunciammo precedentemente la Direzione Generale dell'I. N. A. è venuta nella determinazione di consentire condizioni di particolare favore a quei medici fiduciari che intendessero stipulare un'assicurazione sulla vita.

Siamo in grado di fornire particolari sulle facilitazioni concesse.

Per tali assicurazioni non sono previste forme speciali, ma vengono concessi sconti rilevanti su tutte le tariffe del ns/ Tariffario Generale, e precisamente:

lo sconto del 5% per le assicurazioni a premio annuo per il caso di morte;

lo sconto del 3% per le assicurazioni a premio annuo per il caso di vita;

lo sconto del 2% per le assicurazioni a premio unico.

Peraltro gli sconti suddetti sulle assicura-

zioni a premio annuo potranno essere accordati soltanto se il numero dei premi convenuti non sia inferiore a 15.

Viene inoltre concesso l'esonero gratuito, in caso d'invalidità assoluta e permanente, dall'obbligo dell'ulteriore pagamento dei premi — pur restando l'assicurazione in vigore a tutti gli effetti — per i contratti scadenti non oltre il 60° anno di età, mentre per i contratti differiti, oltre il 60° ma non oltre il 65° anno di età, la stessa concessione sarà subordinata alla corresponsione di un soprapremio pari allo 0,50% del premio per ogni anno di età eccedente il 60°.

Per le assicurazioni a premio annuo, qualora venga richiesta la rateazione del premio, i relativi interessi di frazionamento saranno applicati nella seguente misura ridotta:

3% per rateazione mensile del premio;

2% per rateazione trimestrale del premio;

1% per rateazione semestrale del premio.

Le assicurazioni di cui trattasi verranno assunte senza visita medica, purchè il capitale inizialmente assicurato in caso di morte non superi le L. 10.000.

Nuove tariffe di assicurazione dell'I.N.A.

Con Decreto Ministeriale 8 luglio 1936-XIV (Gazz. Uff., 15 luglio 1936, n. 162), sono state approvate due nuove tariffe di assicurazione e le relative condizioni di polizza presentate dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni:

a) Tariffa speciale relativa ad un'assicurazione a termine fisso, a premio annuo di un capitale pagabile ad un'epoca prestabilita sia in vita o non a tale epoca dell'assicurato;

b) Tariffa relativa dell'assicurazione a vita intera, a premio temporaneo decrescente del 3,50% dal 2° anno di assicurazione, di un capitale pagabile alla morte dell'assicurato in qualunque momento essa avvenga.

*
**

Con Decreto Ministeriale 8 luglio 1936-XIV (Gazz. Uff., 17 luglio 1936, n. 164), sono state approvate altre quattro tariffe di assicurazione e le relative condizioni di polizza.

presentate dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni :

a) Tariffa relativa all'assicurazione, a premio unico di una rendita vitalizia differita pagabile dal 60° anno di età, qualora l'assicurato sia in vita e valido a tale epoca, o prima, in caso d'invalidità permanente e totale, ragguagliata all'intero importo se l'invalidità si verifica dal 30° anno di età in poi e ad importo ridotto se si verifica dal 21° al 30° anno.

b) Tariffa relativa all'assicurazione, a premio annuo, di una rendita vitalizia differita pagabile dal 60° anno di età, qualora l'assicurato sia in vita e valido a tale epoca, o prima in caso d'invalidità permanente e totale, ragguagliata all'intero importo se l'invalidità si verifica dal 30° anno di età e ad importo ridotto se si verifica dal 21° al 30° anno ;

c) Tariffa relativa all'assicurazione, a premio unico, con controassicurazione, di una rendita differita pagabile dal 60° anno di età qualora l'assicurato sia in vita e valido a tale epoca, o prima in caso d'invalidità permanente e totale, ragguagliata all'intero importo se l'invalidità si verifica dal 30° anno di età in poi e ad importo ridotto se si verifica dal 21° al 30° anno di età, e con la condizione della restituzione dei premi pagati in caso di premorienza, prima della decorrenza delle rendite ;

d) Tariffa relativa all'assicurazione, a premio annuo, con controassicurazione, di una rendita differita pagabile dal 60° anno di età, qualora l'assicurato sia invalido a tale epoca, o prima, in caso d'invalidità permanente e totale, ragguagliata all'intero importo se l'invalidità si verifica dal 30° anno in poi ed a importo ridotto se si verifica dal 21° a 30° anno, e con la condizione della restituzione dei premi pagati in caso di premorienza prima della decorrenza della rendita.

*
**

Polizza di assicurazione per maestri e funzionari delle scuole elementari lanciata dall'I. N. A.

Si tratta di una polizza mista in forma popolare, alla quale possono essere abbinata una assicurazione infortuni e malattie. Queste assicurazioni addizionali garantiscono, per 10.000

lire di capitale assicurato col contratto base : a) in caso di morte per infortunio, L. 10.000 (oltre quelle dell'assicurazione vita) ; b) in caso d'invalidità permanente totale da infortunio, L. 30.000 ; c) in caso di inabilità temporanea per infortunio, una diaria giornaliera di L. 10 per un massimo di 365 giorni ; d) in caso di inabilità temporanea per malattia manifestatasi durante l'anno scolastico (15 settembre-1° luglio), una diaria giornaliera di L. 10 per un massimo di 300 giorni.

Queste polizze, che debbono essere proposte ed attuate per il tramite dell'Associazione Fascista della Scuola, vengono concesse anche ai funzionari della Scuola elementare.

Spese sostenute dall' I. N. A. per visite mediche per assunzioni di nuovi contratti di assicurazione nell'anno 1935.

| ITALIA | IMPORTI |
|---------------------------------------|---------------|
| Piemonte | L. 104.789,70 |
| Lombardia | > 288.423,60 |
| Tre Venezie | > 138.630,00 |
| Liguria | > 74.220,00 |
| Emilia | > 93.645,00 |
| Toscana | > 97.505,00 |
| Marche | > 40.450,00 |
| Umbria | > 21.035,00 |
| Lazio | > 123.860,00 |
| Abruzzi | > 44.760,00 |
| Campania | > 108.380,00 |
| Puglie | > 87.435,00 |
| Lucania | > 23.875,00 |
| Calabrie | > 42.693,19 |
| Sardegna | > 35.445,00 |
| Sicilia | > 73.410,00 |
| Gestioni assunzioni dirette | > 475,00 |
| Colonie | > 16.780,00 |

ESTERO

| | |
|-----------------------------|-------------|
| Albania | L. 850,80 |
| Austria | > 533,28 |
| Egitto | > 28.314,84 |
| Francia e Colonie | > 82.723,22 |
| Grecia | > 10.940,93 |
| Malta | > 126,94 |
| Palestina | > 635,40 |
| Siria | > 1.001,00 |

Totale L. 1.540.942,90

Rendiconto del gabinetto odontoiatrico dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni dal 1° luglio 1935 al 30 giugno 1936.

| | |
|------------------------------------|----|
| Carie dentaria | 98 |
| Polpite | 20 |
| Piorrea alveolare | 27 |
| Ascesso alveolo-dentario | 16 |
| Gengivite | 25 |
| Periodontite | 13 |
| Papillite | 19 |
| Fistole | 15 |
| Erosioni | 12 |
| Piaghe da decubito | 10 |
| Ciste | 7 |
| Abrasione | 23 |
| Diradontiasi | 8 |
| Otturazioni cavitari | 87 |
| » canalari | 31 |
| Raschiamenti | 52 |
| Incisioni | 24 |
| Estrazioni | 95 |
| Ablazione tartaro | 11 |
| Causticazione | 13 |
| Levigamento | 7 |
| Radiografie | 3 |
| Applicazione di corone | 8 |
| » » ponti | 12 |
| Apparecchi in vulcanite | 7 |

Congresso nazionale del sindacato fascista dei medici.

Nei giorni 6, 7 e 8 ottobre ha avuto luogo a Napoli il Congresso Nazionale dei Sindacati dei medici fascisti.

L'On. Prof. Morelli, Segretario Nazionale, nella seduta inaugurale ha illustrato « La funzione del medico nell'Impero ».

Nella seduta successiva è stato discusso il problema delle Mutue.

Il X° Congresso Nazionale di Igiene.

Dal 4 al 7 ottobre si è tenuto a Napoli il X° Congresso Nazionale di Igiene, promosso dall'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene presieduta da S. E. il Prof. Dante De Blasi, Accademico d'Italia.

L'inaugurazione del Congresso è stata iniziata con la proclamazione della Fondazione « Giorgio De Blasi » dedicata al giovane aviatore, studente del 5° anno di medicina, caduto nel cielo di Littoria il 14 ottobre dell'anno scorso.

I temi posti in discussione sono stati i seguenti:

1) « L'attività e i programmi degli Istituti di Assicurazione nel campo della Previdenza ». Su tale argomento hanno riferito: il Prof. C. Giannini, Capo del Servizio Sanitario dell'Istituto Nazionale Fascista per la Previdenza Sociale; il Prof. P. D'Alessandria, Capo del Servizio Sanitario dell'Istituto Nazionale Fascista per l'Assicurazione contro gli infortuni sul Lavoro; ed il Prof. I. Romanelli, Capo del Servizio Sanitario dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni. Altri oratori sono intervenuti nella discussione.

2) « La Lotta contro la mortalità infantile », su cui hanno riferito i Professori: Laurinisch dell'Opera Maternità ed Infanzia; Mancini del Governatorato di Roma; Ragazzi di Milano ed altri.

3) « Problemi igienici dell'Impero Coloniale », su cui ha riferito il Generale Andruzzi, Direttore generale di Sanità al Ministero delle Colonie.

Numerose ed importanti comunicazioni sono state svolte.

I Congressisti hanno visitato varie istituzioni igienico-sanitarie napoletane quali: la Colonia Municipale infantile: « Maria Cristina di Savoia » a Coroglio, le Terme Idroterapiche di Castellamare di Stabia, le Terme di Agnano.

Il Congresso si è chiuso con la partecipazione alla Celebrazione della Scuola Medica Salernitana, rievocata al Teatro Verdi di Salerno dal Prof. Capparoni, docente all'Università di Bologna e Presidente dell'Accademia di Storia della Medicina.

Il XII° Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro.

A Napoli nei giorni 24-27 ottobre c. a. si terrà nei locali del Policlinico il Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro. Saranno trattati i seguenti argomenti:

1° Patologia della Clinica Industriale moderna;

2° Le alterazioni della colonna vertebrale in occasione di lavoro;

3° Le otopatie da rumori;

4° Le assicurazioni obbligatorie contro le malattie professionali.

Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita**Le glicosurie e l'assicurazione vita**

Dott. ANDREA SULTANO

Medico della Direzione dell' I. N. A.

Con l'estendersi dei benefici dell'assicurazione sulla vita anche alle persone che presentano anomalie ed affezioni in atto, le quali invece in passato venivano senz'altro rifiutate, nuovi problemi si presentano ad uno studio più accurato della medicina assicurativa. Uno di questi problemi di capitale importanza è senza dubbio quello che riguarda le *glicosurie*, sia perchè queste si riscontrano ai nostri tempi con maggiore frequenza che non in passato, sia perchè un recente trattamento curativo, l'insulina ne modifica spesso favorevolmente la prognosi, sia infine perchè le persone che ne sono ordinariamente affette godono per lo più una buona posizione finanziaria e conseguentemente assicurano forti capitali sulla loro vita.

La *glicosuria* è l'effetto di una affezione che colpisce il meccanismo regolatore del ricambio degli idrati di carbonio. Questi, i quali accanto alle sostanze proteiche ed ai grassi, rappresentano un alimento fondamentale, trasformati in glucosio, giungono dalla mucosa gastro-enterica a mezzo della vena porta al fegato, il quale li immagazzina dopo aver polimerizzato il glucosio per perdita d'acqua, cioè dopo averlo trasformato in glicogeno, il quale appunto rappresenta la forma meno solubile e facilmente immagazzinabile dei carboidrati. Lo stesso fegato è quello che si incarica di rifare a ritroso la reazione, cioè di ritrasformare il glicogeno in glucosio, man mano che l'organismo ha bisogno di nuovo materiale energetico, riversandolo nel torrente sanguigno, in cui appunto il glucosio è contenuto normalmente ad un tasso (= glicemia) che oscilla entro limiti ristretti tra 0,40 e 1,00 per mille. Deve esistere senza dubbio un meccanismo automatico per mantener costante l'equilibrio glicemico: esso sarebbe costituito da due complessi ormonici opposti e cioè:

un complesso *iperglicemizzante* formato principalmente dal pancreas (e precisamente dalle isole di Langerhans) e in modo minore dalle paratiroidi e forse dalle gonadi;

e un complesso *ipoglicemizzante* formato in modo prevalente dalla midollare dei surreni con l'adrenalina, e in grado minore dalla tiroide e dall'ipofisi.

L'equilibrio fra i due complessi ormonici sarebbe mantenuto da fibre simpatiche e da fibre parasimpatiche, le quali mediante la costrizione o la dilatazione vasale delle ghiandole irrorate ne diminuiscono o aumentano la funzione secretiva.

Questo meccanismo glicoregolatore starebbe infine sotto il dominio del sistema nervoso centrale poichè si ammette l'esistenza di un centro regolatore per il ricambio degli idrati di carbonio in corrispondenza del pavimento del terzo ventricolo, rappresentato dalla regione infundibolo-tuberiana e da nuclei cellulari che possono subire influenze corticali in seguito ad emozioni.

Il meccanismo glicoregolatore si può quindi riassumere sebbene in modo incompleto nel seguente schema:

Schema glicoregolatore.

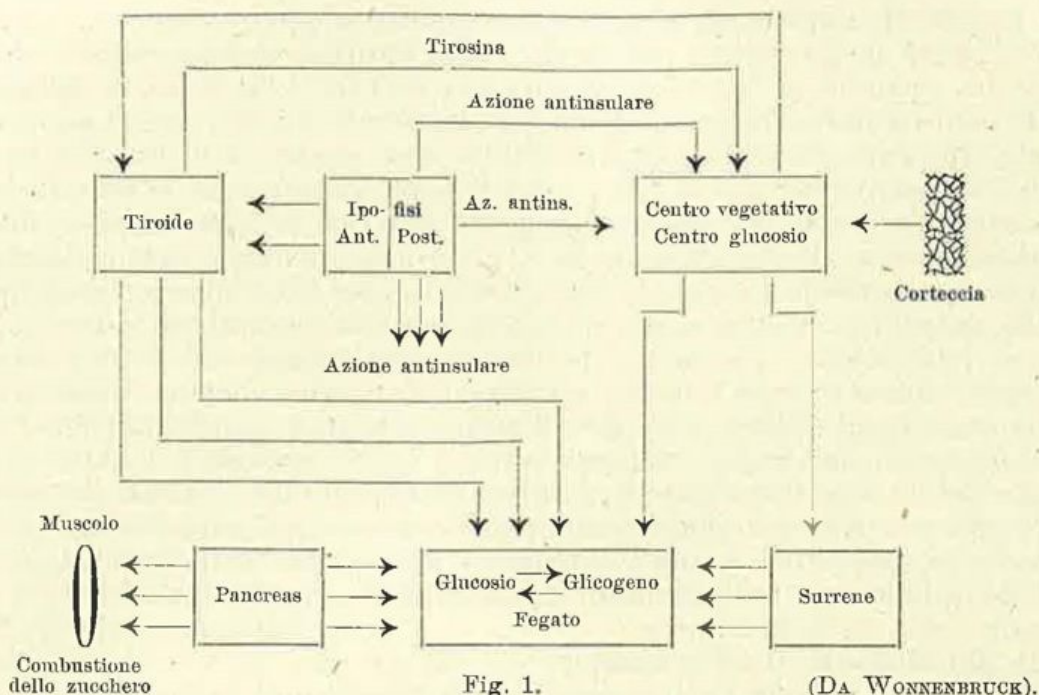


Fig. 1.

(DA WONNENBRUCK).

Dallo schema precedente si rileva che la funzione fondamentale cioè di formare il glicogeno dal glucosio proveniente dal tubo digerente, e inversamente di riformare il glucosio dal glicogeno immagazzinato nel fegato, risiede nel fegato stesso; ma tale funzione epatica è da una parte dipendente dalla secrezione interna del pancreas che favorisce la formazione e la riserva del glicogeno, e dall'altra parte dipendente dalla secrezione del surrene, nonché dall'innervazione epatica, le quali favoriscono l'azione inversa di trasformare il glicogeno in glucosio e riversarlo nel circolo sanguigno.

Le affezioni quindi che diminuiscono la secrezione interna del pancreas o che agiscono accentuando l'azione antagonista al pancreas provocano un disquilibrio del meccanismo glicoregolatore che si manifesterà con un aumento del glucosio sanguigno e spesso anche con eliminazione di glucosio con le urine cioè con la glicosuria, la quale rappresenta quindi il termine estremo di un gran numero di affezioni, ben differenti per valore prognostico.

I. — Le *glicosurie* prodotte da affezioni che accentuano l'azione del complesso neuro-(vegetativo)-ghiandolare antagonista al pancreas sono:

I. Affezioni corticali:

a) da *Disturbi psichici*. Non sono rare le glicosurie nelle psicosi a tipo melanconico, nelle psicosi a tipo depressivo, qualunque ne sia la causa.

Si nota altresì una glicosuria transitoria in persone a temperamento nevrastenico in occasione di dispiaceri domestici, di spaventi, di accessi di collera, di particolari stati d'animo.

b) Così pure si nota glicosuria temporanea in occasione di *sforzi mentali* ad es. per esami, per affari importanti.

Queste glicosurie sono di lieve entità e scompaiono appena cessano gli speciali stati d'animo, e gli sforzi mentali. In tali casi bisogna pensare a turbe circolatorie per aumento di secrezione di adrenalina in persone ipertese, oppure alla influenza che i centri nervosi superiori esercitano sui centri subordinati, i quali a loro volta governano gli organi, la cui compromissione provoca la glicosuria. Alle volte però esse non sono più transitorie, sibbene persistenti, ma allora i traumi psichici e anche fisici, che l'hanno provocato, hanno agito da cause rivelatrici di un diabete *pancreatico* latente, il quale rappresenta quindi la malattia fondamentale.

2. Lesioni dei *centri (nervosi) regolatori*: e cioè regione infundibolo-tuberiana e nuclei cellulari disposti attorno al terzo ventricolo.

I tumori di questa regione possono produrre glicosuria.

Così pure la glicosuria provocata dalla puntura del pavimento del quarto ventricolo, secondo la ben nota esperienza di Claud Bernard, è da riferire ad una irritazione delle fibre (autonome) discendenti da tali centri regolatori.

3. *Iperfunzione dell'ipofisi*. Secondo una statistica di Rowe e Mac Manus lo glicosuria si riscontra nel 17 % delle lesioni ipofisarie. Secondo Pierre-Marie la glicosuria si riscontra quasi nella metà dei casi di acromegalia; ed è molto frequente nei casi di gigantismo. Tale glicosuria da iperfunzione ipofisaria per alcuni autori sarebbe da attribuire all'ormone del lobo anteriore dell'ipofisi che avrebbe un'azione contraria a quella dell'insulina, secrezione interna degli isolotti del Langerhans. L'ormone ipofisario riversandosi nel liquor cerebro-spinale eccita direttamente i centri glicoregolatori, che elevano il tasso glicemico e provocano la glicosuria. Secondo Camus e Roussy non è l'affezione ipofisaria che provoca la glicosuria, ma bensì sono i centri nervosi vicini, situati nel pavimento del 3° ventricolo presso il tuber cinereum, che, eccitati dal tumore ipofisario, provocherebbero iperglicemia e glicosuria: clinicamente infatti compare la glicosuria quando il tumore sorpassa i limiti della sella turcica.

L'iperglicemia è indipendente dalla qualità dei cibi ingeriti ed è poco influenzata dalla cura insulinica.

La glicosuria è di lieve grado.

Nella diminuzione di funzione dell'ipofisi, come avviene nella sindrome adiposo-genitale di Babinski Frölick e nella cachessia ipofisaria di Simmond per distruzione completa dell'ipofisi per tubercolosi, lues o neoplasma, si riscontra invece ipoglicemia e conseguentemente non si ha mai glicosuria.

3. *Iperfunzione della tiroide*.

La glicosuria si riscontrerebbe nel 10 % delle lesioni con iperfunzione della glandola cioè nel morbo di Basedow: essa non è molto elevata e non è in rapporto alla gravità della malattia; si può accompagnare ad un tasso glicemico elevato o anche normale.

La provocazione della glicosuria nell'ipertiroidismo è da riferire all'antagonismo funzionale tra tiroide e pancreas, nonché ad una connessione funzionale della tiroide e delle capsule surrenali pel tramite dei centri glicoregolatori della vita vegetativa.

Nell'ipotiroidismo (mixedema) invece non si riscontra iperglicemia nè glicosuria poichè è aumentata la capacità di utilizzare il glucosio.

5. *Iperfunzione delle capsule surrenali*.

La glicosuria si riscontrerebbe nel 45 % dei casi di iperfunzione della midollare del surrene: l'aumento di adrenalina nel sangue stimola il fegato ad una esagerata trasformazione del glicogeno in glucosio (glicogenolisi) per cui ne risulta un aumento del tasso glicemico e conseguente glicosuria.

Schmidt attribuisce il *diabete ipertensivo* degli adulti ad una iperfunzione surrenale primaria con insufficienza insulare secondaria.

È questo una forma di diabete mellito relativamente benigna caratterizzata da inizio subdolo, decorso di parecchi anni, condizioni di nutrizione buone, attività fisica conservata, potenza sessuale poco diminuita pressione arteriosa elevata: basterà spesso ridurre l'alimentazione idrocarbonata per far sparire la glicosuria.

Nella ipofunzione delle capsule surrenali (morbo di Addison) invece non si ha glicosuria.

II. — *Glicosurie da diminuita funzione di ghiandole interne*.

1. *Ipofunzione delle gonadi*. Si riscontra glicosuria nel 20 % dei casi. Molto probabilmente la glicosuria nella diminuita funzione delle gonadi è da attribuirsi al prevalere degli ormoni ad azione antagonista, capaci di provocare la glicosuria, quali l'adrenalina, la tiroidina ecc.

E d'altra parte nei casi di ipofunzione del pancreas cioè nel diabete mellito è frequente la perdita dell'appetito sessuale e l'impotenza nell'uomo, e nella donna la frigidity, la ripugnanza sessuale, la difficoltà a rimaner gravida o a portare la gravidanza a termine.

2. *Ipo-funzione delle isole di Langerhans.*

L'insulina, l'ormone degli isolotti di Langerhans, che Banting e Best di Toronto son riusciti ad isolare nel 1922, è quella che agisce sulla cellula epatica perchè questa trasformi il glucosio proveniente dal tubo digerente in glicogeno ed inoltre favorisce la combustione del glucosio circolante nel sangue. Venendo meno l'azione dell'insulina il glucosio non viene più immagazzinato nel fegato e quantunque circolante in grande quantità nel sangue non è capace di bruciare, onde viene eliminato tale e quale per le urine senza aver fornito all'organismo l'energia necessaria.

La glicosuria che ne risulta è quindi imponente: essa è uno dei segni predominanti dell'insufficienza insulare cioè del *diabete mellito*, l'affezione che più frequentemente si riscontra nella pratica medica, nonchè assicurativa e che perciò merita una trattazione più dettagliata. Notiamo intanto che è appunto nella glicosuria da insufficienza insulare, che la cura insulinica si rileva veramente efficace, mentre in tutte le altre forme è quasi senza effetto.

III. - Glicosurie infine possono aversi per affezioni del fegato e del rene.

1. *Affezioni epatiche.*

Nel 94 % dei casi di malattia del fegato si hanno disturbi della glicoregolazione (Labbè): infatti il fegato ha una parte importante nel meccanismo glicoregolatore. Chauffard, Bordin e Zizine hanno notato quasi costantemente nei cirrotici, al periodo di stato, un certo grado di iperglicemia. Questa iperglicemia può spiegare il perchè la prova della glicosuria alimentare è frequentemente positiva in questi pazienti. Secondo alcuni autori l'iperglicemia dei cirrotici è da mettere in rapporto al diminuito funzionamento del pancreas, provocato dall'ipertensione portale.

2. *Affezioni renali.*

Il rene ha la funzione, governata da speciali centri nervosi, di arrestare il passaggio del glucosio quando questo circola nel sangue ad un tasso normale o poco al di sopra del normale. Il glucosio è infatti una sostanza a *soglia*, cioè non viene eliminato dal rene se non quando ha superato un certo tasso nel sangue, circa 1,80 ‰. Alle volte però, il che per lo più si verifica in persone di temperamento nervoso, si ha una esagerazione della funzione che ha il rene di secernere lo zucchero e allora questo, benchè circolante nel sangue ad un tasso normale, passa nelle urine. Si tratta allora di glicosuria normoglicemica o, secondo la denominazione di Klemperer, di *diabete renale* o diabete innocente. Questa è un'affezione non rara nella pratica assicurativa per cui occorre differenziarla dalle altre forme di glicosuria e in primo luogo dal diabete mellito. Essa è caratterizzata da quattro sintomi cardinali e cioè:

a) glicosuria moderata (10-15 ‰), permanente ed indipendente dalla alimentazione;

b) glicemia normale od inferiore alla normale;

c) assenza di alterazioni del meccanismo glicoregolatore, dimostrata dall'aspetto normale della curva glicemica;

d) iperpermeabilità renale rispetto al glucosio, cioè abbassamento della soglia renale per questa sostanza.

È da rilevare infine che nel diabete renale mancano completamente i sintomi caratteristici del diabete mellito, quali la polidipsia, la polifagia, la poliuria ecc.

* * *

Di tutte le forme di glicosuria, provocata da lesioni nelle varie sezioni del meccanismo glicoregolatore, quelle che più facilmente e più frequentemente si

presentano nella pratica assicurativa, come già abbiamo notato, sono le glicosurie da diabete renale su descritto, e le glicosurie da diabete mellito.

Nel diabete mellito si distinguono due forme cliniche principali:

1. Il *diabete degli adulti*, detto pure diabete grasso, leggero, costituzionale, florido, ipertensivo. Questa forma si osserva specialmente in persone d'età matura, ordinariamente obese, d'aspetto pletorico; spesso di professione sedentaria, negli ascendenti dei quali si riscontra il diabete (elemento dominante dell'affezione). L'inizio è subdolo, è per caso che si scopre la glicosuria; i disturbi son lievi: poliuria leggera, appetito quasi normale, scarsa diminuzione di peso. Facili sono le artriti (gotta) e le nevralgie: i riflessi patellari sono spesso presenti; istinto sessuale conservato.

Questa forma di diabete è ben tollerata, risente giovamento dalla semplice riduzione dei carboidrati nella dieta, invece poco è influenzata dalla insulina, è compatibile con una lunga vita che sorpassa 15-20-30 anni e consente un'attività quasi normale. Tuttavia questi pazienti sono sempre delle persone fragili, che sopportano male le malattie intercorrenti quali la polmonite, il favo, l'erisipela: sono spesso degli ipertesi e degli arteriosclerotici per cui non sono rare l'angina di petto, l'emorragia cerebrale, la cangrena per arterite, la nefrite cronica azotemica. La morte raramente è dovuta al coma e più spesso è causata da altra malattia che il diabete ha favorito per averne reso meno resistente l'organismo.

Schmidt attribuisce questa forma di diabete ipertensivo degli adulti, ad una iperfunzione surrenale primaria con insufficienza insulare secondaria. Altri autori l'attribuiscono all'intemperanza nel mangiare, la quale oltre alla obesità provoca, per sopralavoro, l'insufficienza delle isole di Langerhans specie nelle persone con disposizione costituzionale. Altri autori infine fondandosi sulla stretta connessione del metabolismo dei grassi e idrati di carbonio pensano che l'obesità impedisca ai tessuti saturi di grasso di assimilare gli idrati di carbonio, senza che le isole del pancreas ne soffrano: e così spiegano l'inefficacia della cura insulinica e i buoni risultati invece con la riduzione dietetica; durante la guerra infatti, specie nelle popolazioni tedesche sottomesse ad una dieta molto ridotta di circa 1500 calorie si è notata una forte diminuzione dei casi di diabete e un miglioramento di quelli affetti.

Questa forma di *diabete grasso* è più diffusa nella razza ebrea, molto probabilmente perchè gli ebrei esercitano per lo più professioni sedentarie, menano una vita comoda, abusano nel mangiare e nel bere, ed inoltre combinando, per tradizione, i matrimoni tra persone della stessa razza, più facilmente ereditano la costituzione diabetica degli ascendenti.

Il sesso maschile è più colpito del sesso femminile, a causa della professione che più espone a strapazzi psichici e ad intemperanza nel mangiare e nel bere.

Gli adulti presentano per lo più questa forma di diabete grasso, iperteso, però possono pure essere affetti dall'altra forma di diabete più grave, che ordinariamente si riscontra nei giovani, e perciò nota col nome di

2. *Diabete giovanile*, detto anche grave, magro, con denutrizione, ipoteso. Questo rappresenta il vero tipo di diabete *insulare*, in cui la lesione risiede nelle isole del Langerhans. Si tratta ordinariamente di soggetti giovani, di adolescenti e persino di ragazzi. Questa forma indipendente da tare ereditarie è quasi sempre grave, ad inizio brusco caratterizzato da sete inestinguibile, accompagnata a poliuria, polifagia, astenia marcata, torpidità e a deperimento rapido. Si constata facilmente frigidità ed impotenza sessuale; assenza dei riflessi patellari; pressione arteriosa bassa. La tolleranza agli idrati di carbonio è minima o piuttosto negativa e la glicosuria è sempre superiore alla quantità di idrati di carbonio ingeriti: una parte dello zucchero delle urine deriva dalle albumine della razione alimentare, per cui, non essendo più utilizzato il glucosio, i grassi, che ordinariamente per fornire l'energia calorifica all'organismo dovrebbero bruciare completamente «alla fiamma degli idrati di carbonio», si fermano nella loro

scomposizione allo stadio di acetone e acido diacetico, e provocano così l'acidosi ed il coma acetonemico, il quale rappresenta appunto la causa di morte più frequente di tali pazienti.

L'evoluzione è rapida; la morte può sopravvenire in meno di sei mesi. Prima dell'era insulinica, il decorso eccezionalmente superava 2-3 anni. Poichè questa forma è quella che più risente della somministrazione dell'insulina, appunto perchè la lesione risiede essenzialmente nelle isole di Langerhans, il trattamento insulinico in tali pazienti riesce a prolungare la vita, a ridare l'attività di lavoro perduta, la potenza sessuale e a superare anche gravi malattie intercorrenti.

Le due forme di diabete non sono così nettamente distinte, come potrebbe apparire dalla elencazione dei sintomi differenziali: esiste tutta una serie di forme intermedie, per cui, per giudicare la gravità maggiore o minore dei vari casi, cioè per formulare un giudizio pronostico valgono i seguenti criteri, suggeriti da von Noorden:

I. — Elementi favorevoli sono:

1. Diagnosi precoce ed immediato trattamento terapeutico razionale dell'affezione.

2. Lunga durata di forma mite senza sensibile peggioramento (diabete innocente).

3. Assenza di complicanze diabetiche.

4. Progressiva tolleranza degli idrati di carbonio, in seguito a trattamento o spontaneamente.

5. Inizio della malattia dopo 50 anni.

6. Pregressa gotta (artrite urica). La gotta che precede il diabete non è segno di gravità lo è invece se si sviluppa dopo (Bouchardat).

7. Assenza completa di acetone nelle urine.

8. Glicemia a digiuno persistentemente bassa senza alcuna tendenza a salire.

9. Decorso normale o quasi della curva glicemica dopo prova di carico: e, ripetendo la prova a diversi intervalli, la curva deve mantenersi sempre tale.

10. Quoziente respiratorio a digiuno superiore a 0,73; aumento notevole del quoziente respiratorio dopo l'ingestione di carboidrati.

11. Forme esclusivamente miti di diabete negli ascendenti e collaterali.

12. Buona condizione sociale che permette di mettere in pratica delle norme igieniche, le prescrizioni dietetiche e all'occorrenza un generoso trattamento con l'insulina.

II. — Elementi sfavorevoli sono invece:

1. Età giovanile e specialmente infantile (fa eccezione il diabete innocente dei giovani).

2. Marcato decadimento delle forze in breve tempo dacchè si è manifestata la malattia.

3. Progressiva diminuzione della tolleranza degli idrati di carbonio.

4. Glicemia a digiuno elevata e in progressivo aumento.

5. Caratteristico decorso diabetico della curva glicemica dopo la prova di carico.

6. Acetonuria elevata malgrado il trattamento dietetico.

7. Trascuranza di un trattamento opportuno.

8. Precoce manifestazione di complicanze - Malattie concomitanti di qualsiasi genere.

9. Gravidanze.

10. Quoziente respiratorio a digiuno al di sotto di 0,73 - Assenza del suo aumento dopo ingestione di amilacei.

11. Condizioni dell'ambiente sfavorevoli per un trattamento accurato.

12. Frequenti casi di diabete grave negli ascendenti e collaterali.

Per una giusta valutazione degli elementi prognostici suggeriti da Von Noor-

den sarà opportuno rievocare alcune nozioni di fisiologia e di patologia, che spesso bisognerà utilizzare anche nella pratica.

Glicemia a digiuno e curva glicemica dopo carico di zucchero.

La glicemia (tasso del glucosio nel sangue) a digiuno cioè dopo 12 ore almeno dal pasto, normalmente è l'1‰.

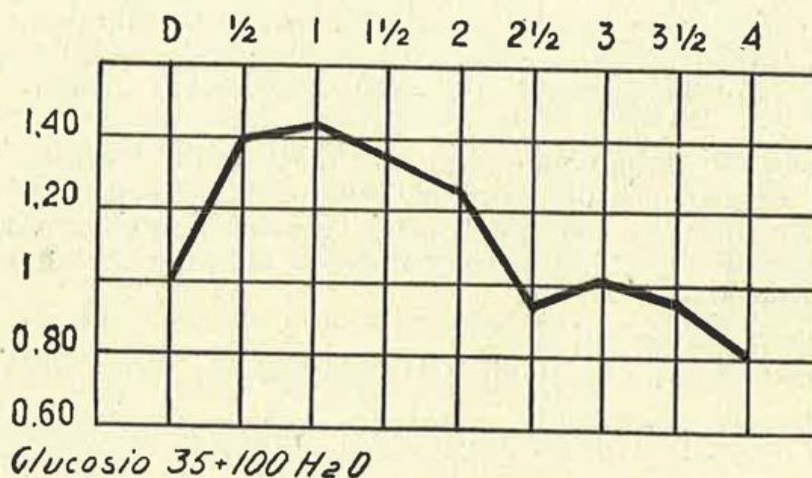


Fig. 2 a. — Curva glicemica da carico di zucchero in un sano.

(Da CECONI).

La curva glicemica da carico di zucchero è costituita dai diversi valori glicemici, constatati di mezz'ora in mezz'ora per uno spazio di 4 ore. La provisi esegue al mattino dopo un digiuno di 12 ore: somministrando 50 gr. di glucosio in un bicchier d'acqua (200 c.c.). Si determina la glicemia di 30 in 30 minuti, una prima volta a digiuno, e poi fino alla quarta ora.

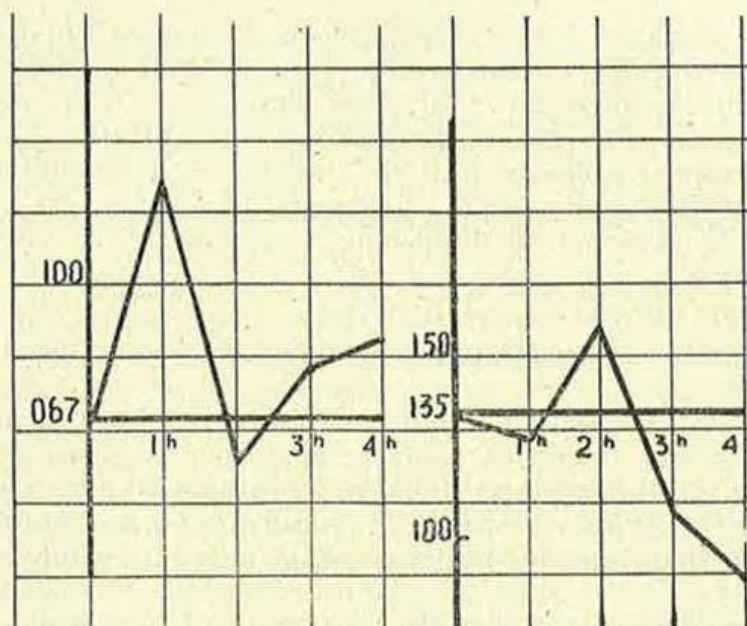


Fig. 2 b. — Curva glicemica dopo carico di zucchero in sano normale.

(Da CECONI).

Fig. 3. — Curva glicemica dopo carico di zucchero in sano vagotonico.

(Da CECONI).

Nel sano, sebbene con lievi differenze individuali, si ottiene una curva che dall'1‰ sale rapidamente fino a circa 1,80‰ al massimo nella prima ora, per poi abbassarsi pure bruscamente in modo da raggiungere non più tardi della terza ora il livello di partenza o di scendere ancora più in basso. Si ritiene che quanto più rapidamente e fortemente scende la curva, tanto più attiva sia la funzione delle isole.

Patologicamente per deficienza della funzione insulare, la glicemia a digiuno è superiore all'1,20‰, raggiungendo talora i valori di 3-5‰.

La curva glicemica può raggiungere nell'elevazione la cifra perfino del 10‰, e nella discesa, ordinariamente lenta, non ritornare al livello di partenza, bensì mantenersene superiore anche di 2 gr.

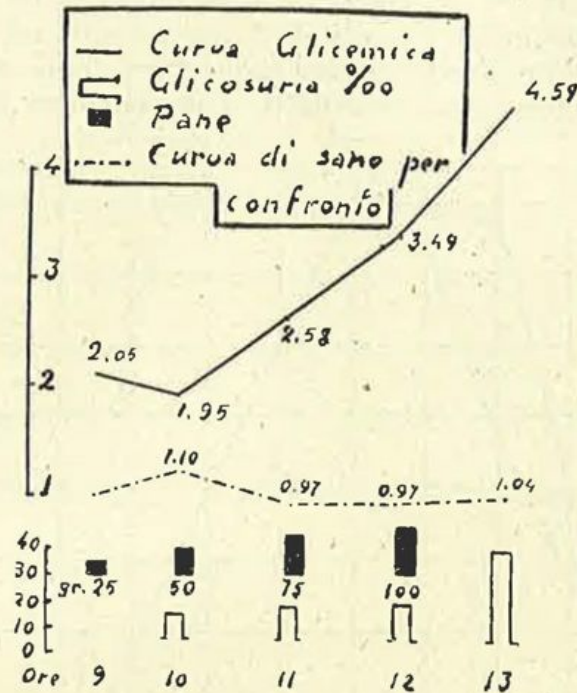


Fig. 4. — Curva glicemica da carico frazionato di pane nel sano e in un diabetico insulare. (DA CECONI).

Queste varie anomalie e cioè iperglicemia a digiuno, elevazione della curva, fino a cifre forti, lentezza e scarsità della discesa, sono indici di diabete melito: e siccome in questi casi la glicemia supera la soglia renale così si riscontra glucosio nelle urine.

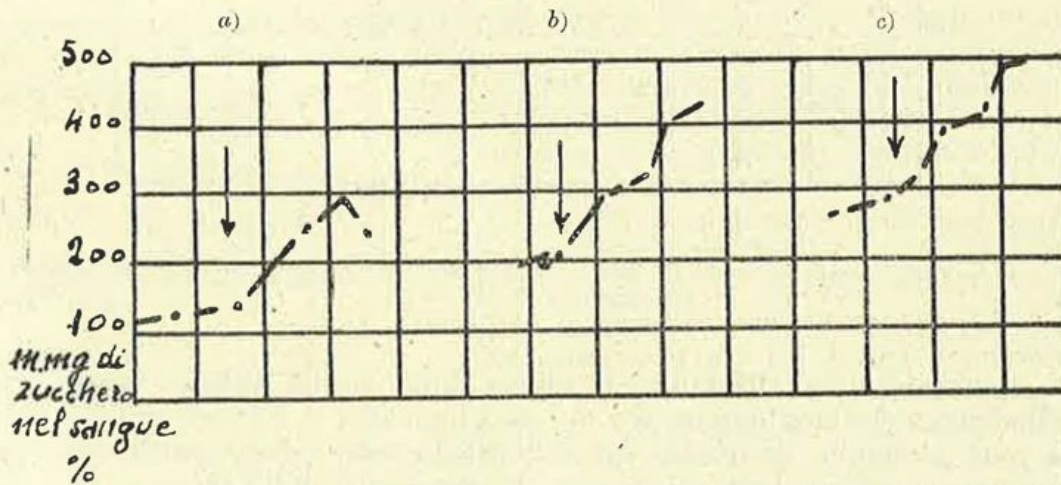


Fig. 5. — Curve da glicemia da carico di zucchero nel diabete insulare: a) leggero, b) di media gravità e c) grave.

(DA THANNHAUSER).

Un diabete si può considerare *leggero* se la glicemia a digiuno sta tra gr. 1 e, al più, gr. 1,80‰, se la curva glicemica sale fra la prima e la seconda ora dopo la prova di carico con zucchero a 2,30-3,50‰ (fig. 6).

Il diabete è *grave* se la glicemia a digiuno è fra 1,80 e 2,50‰, se il cuspid della curva raggiunge i gr. 3-4‰ e non scende al livello di partenza fra la terza e la quarta ora.

Il diabete è *assai grave* se la glicosuria a digiuno è oltre il 2‰ e la curva glicemica oltrepassa il 4‰ alla seconda e se alla quarta ora è ancora al di sopra del 3‰ (fig. 7).

Quando la glicemia ha superato un certo valore, ordinariamente l'1,80‰, allora il glucosio attraversa il rene e passa nelle urine. Chabanier perciò pensa che normalmente la curva della glicemia e la curva della soglia renale per lo zucchero possono rappresentarsi parallele l'una accanto all'altra fino ad una glicemia di 1,80‰; quando questa supera tale cifra come avviene nel diabete, allora la retta della soglia renale s'infilette e si riscontra zucchero nelle urine.

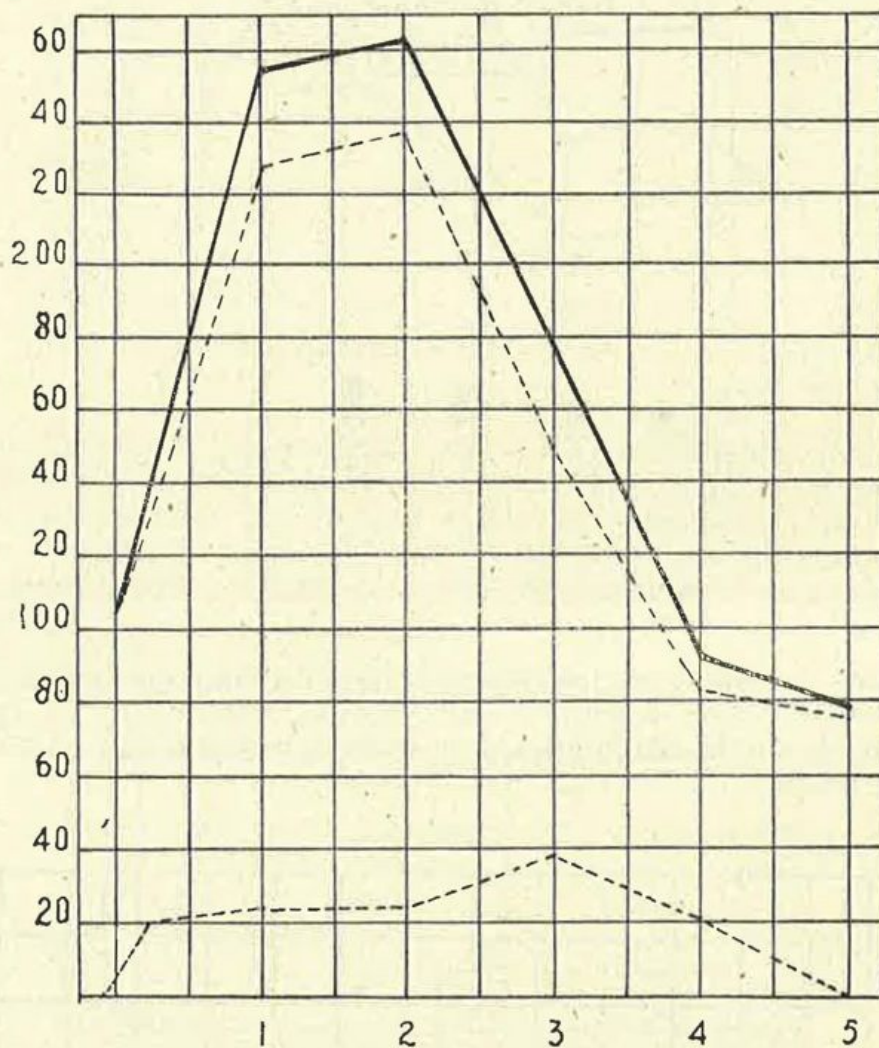


Fig. 6. — Curva della glicemia da carico di zucchero in un diabetico insulare leggero (capillare e venosa). (Da FALTA).

Nel diabete grave (giovanile) la curva della soglia renale tende a divergere dalla curva della glicemia per cui la glicosuria è sempre imponente, maggiore, a pari glicemia, di quella del diabete benigno degli adulti (fig. 8).

L'inflessione si produce ad un livello superiore dell'1,80‰.

Nel diabete florido la soglia renale tende ad avvicinarsi a quella della glicemia come nella iperglicemia pura e a seguirne le oscillazioni come se un elemento renale fosse mancante (lesione renale, rene grinzoso) o quasi nella produzione della glicosuria; quindi la glicosuria è lieve (fig. 9).

Infine nel diabete *renale* (normoglicemico), l'inflessione della curva della soglia renale per lo zucchero si verifica precocemente ad un livello più o meno notevolmente inferiore a 1,80‰ e conseguentemente si ha glicosuria con glicemia normale (fig. 10).

Da questi fatti si rileva che la glicosuria non è in rapporto alla curva glicemica, anzi spesso sta in contrasto con essa poichè si può avere glicosuria con una glicemia normale, perciò di nessuna gravità denotando solo un sem-

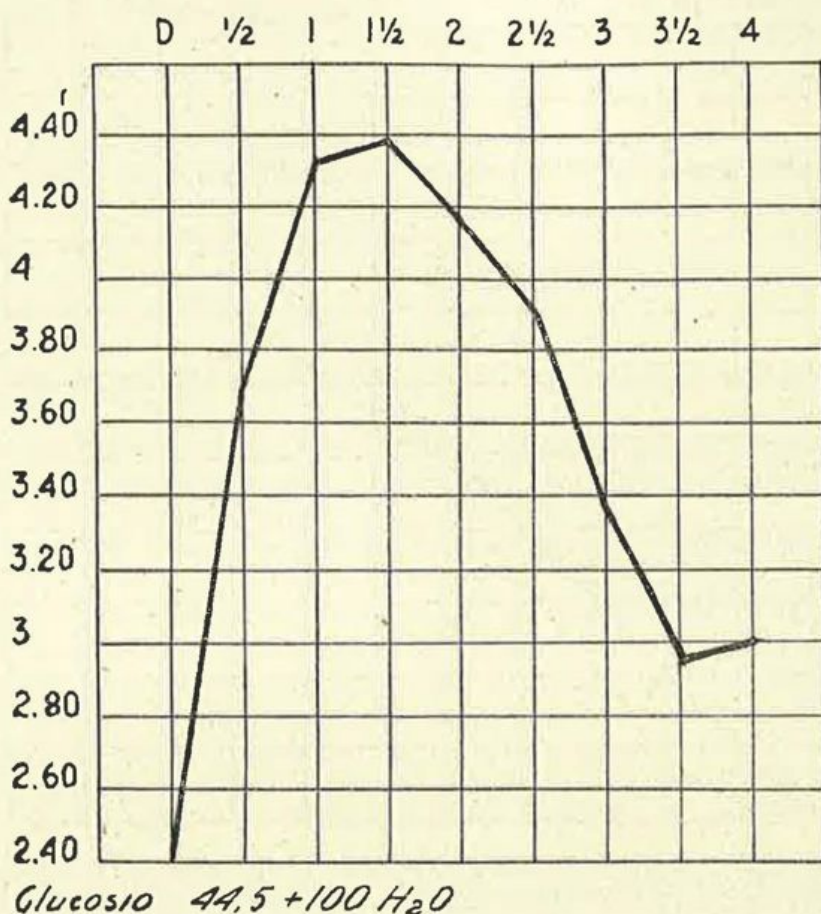


Fig. 7. — Curva glicemica da carico di zucchero in un diabetico insulare grave. (DA CECONI).

plice abbassamento della soglia renale per lo zucchero, onde la denominazione di glicosuria innocente; si può pure avere una glicosuria di modico grado e contemporaneamente una glicemia elevata come avviene nel diabete grasso; ed infine una glicosuria sproporzionata e anche più marcata della glicemia come avviene nel diabete grave.

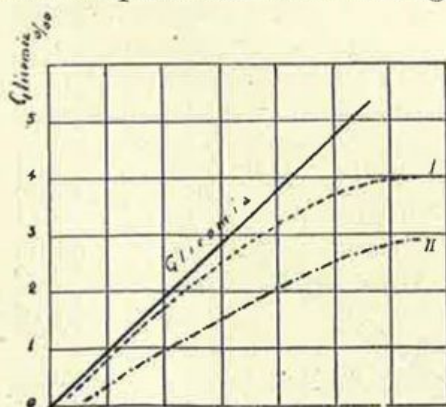


Fig. 8. — Curva della soglia renale in diabetici veri: I. Con elemento renale moderato; II. Con elemento renale notevole. (Semischematicamente da CHABANIER).

La conclusione pratica è che nei casi di glicosuria è indispensabile pure la ricerca della glicemia a digiuno e la curva glicemica per poter valutare la gravità dell'affezione.

La tolleranza per gli idrati di carbonio ci rivela la funzionalità delle isole di Langerhans e la capacità dell'organismo di metabolizzare gli idrati di carbonio. Mentre nel sano la somministrazione di idrati di carbonio per lo più sotto forma di pane, pasta, patate non provoca alterazioni sensibili nel meccanismo glico-regolatore, per cui la glicemia rimane sempre in limiti pressochè normali (tra 0,90 e 1,20‰) e non si provoca quindi glicosuria, nel diabetico invece, se-

condo la gravità del caso, grandi o piccole quantità di idrati di carbonio influiscono ad innalzare la glicemia e a produrre glicosuria, appunto perchè la tolleranza per gli idrati di carbonio nel diabetico è diminuita più o meno in

rapporto alla sua gravità, e la somministrazione di idrati di carbonio può appunto servire, nella stessa guisa della somministrazione di zucchero, come prova di carico per stabilire la curva glicemica (fig. 4).

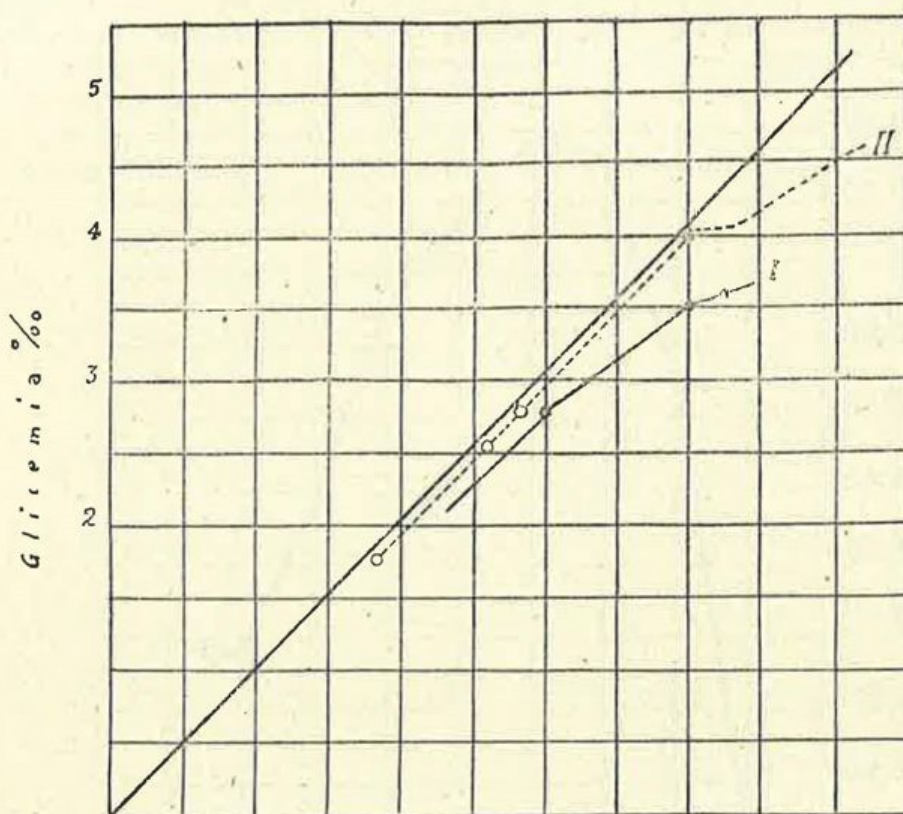


Fig. 9. — Curva della soglia renale in un diabete grasso: I. Con regime di 500 gr. di idrati di carbonio; II. Con regime progressivo da 0 a 500 gr. idrati di carbonio.

(Da CHABANIER).

Un diabete si può considerare *leggero*, se ha una tolleranza di oltre 150 gr. di idrati di carbonio (somministrati nell'insieme della dieta con grassi e sostanze azotate). Rientrano in questo gruppo le *glicosurie dette alimentari* di persone cioè che presentano glicosuria dopo un pasto ricco in amilacei: bisogna ritenere tali glicosurie alimentari come un segno precoce di diabete.

Il diabete è *grave* se la tolleranza per gli idrati di carbonio è al di sotto di 73 gr.

Il diabete è *assai grave* se vi è assoluta intolleranza per gli idrati di carbonio, così da aversi glicosuria anche se questi mancano completamente nel cibo. In tali casi bisogna pensare che il glucosio, che viene in parte eliminato nelle urine, deve essersi formato per trasformazione delle sostanze proteiche: è stato infatti dimostrato che si forma zucchero dalle catene di tre atomi di carbonio che esistono in un aminoacido.

Acetonemia, acetonuria. — Nel diabete grave avendo i tessuti perduto la facoltà di utilizzare, cioè bruciare, gli idrati di carbonio (necessari a produrre energia) e anche perchè questi ultimi sono introdotti, per terapia, in scarsa quantità, allora la cellula epatica per difetto di glicogeno impiegherebbe gli acidi grassi del grasso come sorgente di energia. Ma la combustione degli acidi

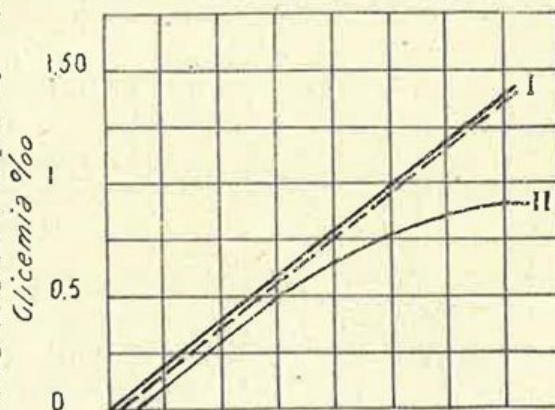


Fig. 10. — Soglia renale per lo zucchero: I. In un normale; II. In un diabete renale puro.

(DA CECONI).

grassi richiede la presenza di zucchero (i grassi bruciano al fuoco degli idrati di carbonio, Rosenfeld), come fattore diretto o indiretto della loro combustione: non bruciando completamente si arrestano alla tappa di acetone, acido diacetico, acido bossibutirrico, che circolando nel sangue provocano l'acetonemia con diminuzione della riserva alcalina sanguigna e passano nelle urine in cui si rivelano come acetonuria, o si aliminano per l'epitelio polmonare (odore acetonic).

Una valutazione approssimativa dei corpi chetonici si può desumere dalla quantità in grammi di bicarbonato di soda che il diabetico deve prendere per ottenersi reazione alcalina delle urine. Si dàno 5 gr. di bicarbonato di soda ogni ora finchè le urine siano alcaline.

Nei casi lievi di acidosi occorrono gr. 17-20 di bicarbonato di sodio

| | | | | | | | |
|---|-------|---|---|---|-------|---|---|
| » | medî | » | » | » | 20-30 | » | » |
| » | gravi | » | » | » | 50 | » | » |

La presenza quindi di corpi chetonici nelle urine è sempre un segno di gravità.

Il *Quoziente respiratorio* è determinato dal rapporto dell'ossigeno introdotto con la inspirazione nell'unità di tempo e dell'anidride carbonica eliminata con la espirazione nello stesso tempo: $CO_2 : O_2$.

Un gr. di amido nel sano abbisogna per la sua combustione di cc. 828 di O_2 e cede cc. 828,8 di CO_2 per cui il rapporto $CO_2 : O_2$ quoziente respiratorio è = 1. È stato infatti dimostrato che dopo un pasto ricco di idrati di carbonio, il quoziente respiratorio non cambia nel diabetico e resta basso, mentre nel soggetto normale si eleva vicino all'unità. L'organismo del diabetico non è in grado di bruciare gli zuccheri cioè di scomporsi in anidride carbonica ed acqua donde iperglicemia e conseguente glicosuria; perciò con l'espirazione sarà emessa poca quantità di anidride carbonica che sarà sempre minore a seconda che il diabete è più grave, in cui si può avere $CO_2 : O_2$ inferiore a 0,73

Complicanze del diabete. — Il diabete crea un terreno favorevole allo sviluppo dell'*arterite cronica* ad un'età molto meno avanzata anzichè in un soggetto normale. L'*arterite* è più marcata a carico degli arti inferiori, a carico del cervello, e a carico del rene.

a) A carico degli *arti inferiori* si nota che le pulsazioni sono indebolite o abolite al di sotto della stenosi arteriosa: la pedidia e la tibiale posteriore non si sentono più pulsare, mentre i battiti della femorale, al di sopra della stenosi, sono spesso violenti. Tali alterazioni sono messi in rilievo meglio con l'esame radiografico e con l'oscillometro di Pachon.

La radiografia dimostra le arterie sinuose, calcificate.

L'oscillometro di Pachon, applicando il bracciale alla gamba, rileva la pressione massima molto abbassata, la minima più elevata e l'indice oscillometrico nettamente diminuito e, nelle forme gravi, abolito. In posizione decline gli arti inferiori prendono spesso una colorazione rossa, cianotica. Non sono rare la claudicazione intermittente, e la cangrena secca che si rivela per lo più sotto forma di chiazze violacee in corrispondenza delle dita dei piedi.

In seguito facilmente la *cangrena secca* diviene umida per l'insedarsi di germi anaerobi.

L'*arterite cronica cerebrale* è la causa di trombosi arteriosa e conseguente rammollimento cerebrale.

b) L'*arterite renale* causa la *nefrite cronica azotemica* (rene grinzo), che finisce col coma azotemico.

Il cattivo stato del sistema arterioso, produce ipertensione la quale a sua volta può provocare un'insufficienza acuta del ventricolo sinistro, o un edema polmonare acuto o un'angina di petto.

L'iperglicemia favorisce inoltre l'attecchimento di varî germi patogeni, ed in special modo il bacillo di Koch, il pneumococco e i germi piogeni anaerobi.

La tubercolosi polmonare è nel diabetico l'affezione più temibile, e si pre-

senta sotto la forma ulcero-caseosa, che brucia le sue tappe e porta a morte il p., nella metà dei casi, entro l'anno dell'accertamento della tubercolosi.

La *polmonite* crupale, assai frequente, è sempre molto grave: è una polmonite adinamica, con lieve febbre e segni obbiettivi assai scarsi, da ricercare specialmente verso un apice. L'esito è sempre letale.

Lo *streptococco* e lo *stafilococco* son causa dei favi e dell'eresipela.

Gli *anaerobi* son causa della cangrena *polmonare* (nel diabetico senza cattivo odore) e della cangrena umida degli arti inferiori.

Altra complicanza non rara è l'impianto di tumori maligni.

Da una *statistica di Joslin* che abbraccia 887 casi di morte, di diabetici si rileva che:

- il 51 % muoiono di coma (il pericolo maggiore del coma, che rappresenta lo stadio finale della malattia si ha nella prima metà della vita);
- il 17 % di affezione cardio-renale;
- il 12 % di malattie infettive;
- il 4 % di cangrena;
- il 6 % di tubercolosi;
- il 4 % di cancro;
- il 2 % di inanizione;
- il 3 % d'altre affezioni.

Trattamento insulinico.

Poichè nel diabete, specie quello magro, la sintomatologia della malattia, nonchè le sue complicanze, son causate dalla mancanza della secrezione interna del pancreas, così parecchi autori hanno cercato di rimediare a tale deficienza, mediante la sostituzione con insulina esogena, estratta dal pancreas di animali. Banting e Best della scuola di Toronto nel 1921 son riusciti infatti ad isolare mediante estrazione alcoolica, l'insulina, e a dosarne il potere glicolitico, in modo che un'unità clinica di insulina permette la combustione di 5-6 gr. di idrati di carbonio.

L'azione dell'insulina nel diabete pancreatico si è dimostrata veramente efficace, così da modificare la prognosi, che prima dell'era insulinica era quasi sempre infausta. Infatti l'insulina, nei casi lievi e di media intensità diminuisce la glicemia, fa sparire la glicosuria ed anche i corpi chetonici, aumenta la tolleranza per gli idrati di carbonio, migliora le condizioni generali del paziente, ridonandogli il vigore fisico e la potenza sessuale, evita le complicanze infettive ed arteriose (azione angioidilatatrice e antispastica dell'insulina = angioxil) e così prolunga la vita. Purtroppo il trattamento insulinico rappresenta una cura sostitutiva, la cui benefica azione dura il tempo della somministrazione; smettendo infatti la cura, i pazienti tornano ad aggravarsi e spesso soccombono al coma diabetico.

Bisogna anche tener presente che vi sono dei pazienti refrattari alla insulina (insulinoresistenti) nei quali gli effetti utili si ottengono a stento e con dosi alte: invero questo avviene nel diabete grasso degli adulti nei quali l'alterazione del ricambio degli idrati di carbonio non risiede esclusivamente in una lesione del pancreas. E così pure le glicosurie causate da lesioni di altre ghiandole a secrezione interna come da iperfunzione dell'ipofisi, della tiroide, del surrene ecc. da abbassamento della soglia renale, poco o affatto risentono l'azione dell'insulina.

La cura insulinica va associata sempre ad un'adatta prescrizione degli idrati di carbonio, la quale ultima da sola è spesso efficace nel diabete grasso. Si vede quindi quale importanza ha la cura dietetico-insulinica nel giudizio prognostico del diabete: e debbono quindi essere prese in considerazione ogni volta le condizioni del caso (intelligenza, buona volontà, professione, stato sociale) che facilitano o impediscono la messa in pratica del trattamento.

Valutazione del rischio assicurativo.

Dopo aver stabilita la patogenesi delle glicosurie, di cui le più frequenti e le più importanti sono quelle del diabete magro e del diabete grasso, e dopo aver considerato i vari elementi prognostici, sarà agevole emettere il giudizio di accettazione o di rifiuto.

Per il giudizio dell'accettazione dei diabetici, utilizzando anche i suggerimenti proposti da Ueber e Rosenberg possiamo stabilire:

1° *Soggetti con tara ereditaria*, che non presentano diabete dimostrabile, ma bensì dei sintomi sospetti per il diabete quali foruncolosi frequente ed ostinata, pruriti ecc. In tali persone sarà opportuno osservare la curva glicemica dopo carico con zucchero ed osservare contemporaneamente le urine. Se in queste prove si rilevano alterazioni, allora bisognerà ritenere il candidato come un diabetico all'inizio dell'affezione e quindi giudicarlo diabetico.

Se le prove danno risultati normali allora si accetterà il soggetto con lieve sovrappremio, tenendo conto dell'eredità e delle sue condizioni di età, professione ecc.

2° *Diabete renale*: i casi cioè di glicosuria lieve con curva glicemica normale, senza quindi alcun sintomo diabetico, si accetteranno a condizioni quasi normali.

3° *Diabete lievi degli adulti*. In questi soggetti, come già abbiamo notato, si ha lieve glicosuria ed invece *iperghlicemia*, la quale porta con sé il pericolo di infezioni secondarie, specie della tbc. polmonare, e il pericolo di arteriti. Questa forma di diabete è poco influenzabile dal trattamento insulinico, e invece risente benefici effetti dalla riduzione degli idrati di carbonio (in genere 100 gr. di carboidrati sono ben tollerati): ma siccome tali pazienti presentano solo lievi disturbi, trascurano facilmente le regole dietetiche e quindi possono aggravare il loro stato di salute. Di questo gruppo si accetteranno quindi con un sovrappremio corrispondente ad una sovrarmortalità del 100-300 ‰, quei pazienti che presentano un basso stato di nutrizione senza esagerata obesità, e che non presentano alcuna complicanza a carico dell'apparato cardiovascolare. Per la valutazione del rischio sono indispensabili quindi i risultati forniti da: la palpazione delle arterie periferiche specie della arteria dorsale del piede, misurazione della pressione arteriosa, elettro cardiogramma che escluda lesioni coronarie, ricerca dell'albumina nelle urine, esame del sistema nervoso, esame del corpo vitreo.

Saranno rifiutati tutti gli altri.

4° *Diabete di media gravità e grave dell'età media e giovanile*.

Mentre questi casi prima dell'era insulinica venivano senz'altro rifiutati, perchè di prognosi infausta con esito letale a breve scadenza, adesso col trattamento dieto-insulina possono essere presi in esame poichè alcuni casi si possono accettare con adeguato sovrappremio. Le esperienze cliniche dimostrano infatti che la prognosi di questi casi gravi e di media gravità dipende meno dal grado del disturbo del ricambio materiale e molto invece dall'intelligenza, dall'accortezza, dalla posizione sociale e dalla volontà dei pazienti nell'eseguire accuratamente un equo trattamento dieta-insulina.

Sono da rifiutarsi invece i diabetici dello stesso gruppo che, poco istruiti, privi di ferma volontà e per il loro modo di vivere e per l'attività professionale, danno scarso affidamento dell'esecuzione accurata del trattamento dieta-insulina.

L'insulino-terapia ha molto migliorato la mortalità dei diabetici nel campo assicurativo, perchè prolunga la vita dei diabetici accettati tali all'ingresso in assicurazione, come pure di quelli che presentano il diabete durante il corso della assicurazione.

BIBLIOGRAFIA.

CECONI, *Medicina interna*.

FEILCHENFELD, *Lehrbuch der praktischen Versicherungsmedizin*.

MAC LAREN, *Medical insurance examination*.

NONNENBRUCH, *Über die Einstellung schwerer Diabetesfälle*, in *Medizinische Klinik*, 1935.

Su di un nuovo metodo rapido e preciso per il dosaggio del glucosio nell'urina

Dott. MARCELLO BIASIOTTI

Medico della Direzione dell'I.N.A.

Tra i numerosi metodi proposti per il dosaggio del glucosio nelle urine molti richiedono strumentario e tecnica alquanto complessi e talora presentano anche qualche difficoltà nella lettura dei risultati, mentre d'altra parte sono di una precisione relativa; tali metodi sono perciò inadatti per il medico pratico che non disponga di un laboratorio bene attrezzato e del tempo necessario per espletare ricerche alquanto laboriose.

I più comuni metodi di dosaggio del glucosio nell'urina sono fisici e chimici. Tra i primi la determinazione del tasso del glucosio per mezzo del polarimetro è senza dubbio comoda ed abbastanza rapida ma richiede un apparecchio costoso, di lettura non sempre facile e che non si presta per il dosaggio di piccole quantità di glucosio; inoltre, pur essendo abbastanza precisa, non è del tutto esente da errori perchè nell'urina, insieme al glucosio destrorigiro, si possono trovare altre sostanze ad azione levogira (levulosio, acido ossibutirrico, composti dell'acido glicuronico ecc.) che possono alterare i risultati della determinazione; poichè anche l'albumina è levogira, per ottenere risultati esatti, è necessario dealbuminizzare l'urina.

Tra i secondi il metodo più esatto sarebbe forse quello della fermentazione alcoolica col lievito di birra, ma anche questo presenta notevoli difficoltà, che ne limitano la diffusione nella pratica, quali l'uso di speciali apparecchi, la necessità di una temperatura ambiente costante, il lungo tempo che è necessario lasciar trascorrere prima di praticare la lettura, ecc.

I metodi più usati nella pratica sono quindi quelli basati sulla proprietà, posseduta dal glucosio, di ridurre, in soluzione alcalina, i sali metallici negli ossidi rispettivi: ricorderò il metodo di Fehling colle sue numerose modificazioni e il metodo di Benedict. Anche questi metodi sono tutt'altro che esenti da inconvenienti e da cause di errore. Infatti il potere riducente del glucosio varia, sia pure in limiti abbastanza ristretti, col variare della diluizione della soluzione, e bisogna perciò, dopo aver fatto una determinazione preliminare, diluire l'urina con acqua distillata fino a portarla ad una concentrazione di glucosio non superiore al 5^o/₁₀₀, e ripetere poi su questa urina diluita il dosaggio del glucosio.

Inoltre la capacità di ridurre la soluzione cupropotassica non è esclusiva del glucosio ma comune a molte altre sostanze riducenti, alcune delle quali (urati, acido ossalico, creatina, xantina, alcaptone ecc.) si trovano anche normalmente nelle urine e quindi riducendo sia pure lentamente, per loro conto il Fehling, possono alterare i risultati della determinazione; è perciò necessario ricorrere alla defecazione dell'urina col reattivo di Courtonne od usare altri accorgimenti di tecnica, diretti allo scopo di liberare l'urina da tutte le sostanze capaci di disturbare la riduzione della soluzione cupropotassica o di ridurre questo reattivo per proprio conto.

Ricordo ancora che nelle urine ammoniacali l'ammoniaca impedisce la precipitazione dell'ossidulo di rame ed è quindi necessario far bollire preventivamente l'urina per ottenere la volatilizzazione dell'ammoniaca; così occorre diluire l'urina se contiene un elevato tasso di urea perchè questa viene ridotta

dal reattivo cupropotassico con sviluppo di ammoniaca che impedisce la precipitazione o meglio facilita la ridissoluzione dell'ossidulo di rame.

Ma il principale inconveniente del metodo di Fehling consiste nelle notevoli difficoltà che spesso si incontrano nel riconoscimento del preciso istante nel quale, essendosi raggiunta la decolorazione completa del reattivo cupropotassico, si deve considerare terminata la reazione. Infatti, per la riduzione della massima parte del solfato di rame, la soluzione cupropotassica di Fehling assume un colorito arancio o rosso mattone che maschera il colore azzurro primitivo rendendo difficile, e talora impossibile, il riconoscimento dell'istante preciso del passaggio da un debolissimo colore azzurro allo scoloramento completo.

Per ovviare a questa difficoltà e poter cogliere il momento preciso della decolorazione, fu consigliato di prelevare di quando in quando una goccia del liquido bollente contenuto nella capsula e deporla su una lastra di porcellana aggiungendovi circa 3 cc. di una soluzione di ferrocianuro potassico e qualche goccia di acido acetico; se il rame non è ancora del tutto ridotto si ha una tinta bruna dovuta alla formazione di ferrocianuro di rame, mentre la scomparsa di questa tinta bruna ci dimostra che tutto il rame è stato ridotto.

Il metodo di Fehling richiede ancora un dettaglio di tecnica: durante tutta la determinazione il liquido deve essere costantemente mantenuto in ebullizione perchè non appena il liquido si raffredda comincia la riossidazione dell'ossidulo di rame e quindi ricompare il primitivo colore azzurro caratteristico della soluzione cupropotassica.

Allo scopo di evitare gli inconvenienti sopraaccennati furono suggerite diverse modificazioni del metodo di Fehling; mi limiterò a ricordare quelle di Pavy-Sahli e di Causse Bonnans.

Il Pavy, aggiungendo alla soluzione di Fehling una certa quantità di ammoniaca riuscì a mantenere in soluzione incolore l'ossidulo di rame e quindi ad impedire l'intorbidamento prodotto dalla precipitazione dell'ossidulo stesso; col metodo di Pavy-Fehling il liquido rimane limpido durante tutta l'operazione e permette quindi di osservare con molta chiarezza il momento finale della reazione che coincide esattamente colla totale scomparsa del colore azzurro della soluzione cupropotassica.

Anche a questo metodo, indubbiamente semplice ed abbastanza rapido, sono state mosse delle critiche; infatti alcuni AA. lo ritengono poco esatto perchè, come il metodo originale di Fehling, presenta delle difficoltà per cogliere il punto preciso della decolorazione; secondo altri Autori, essendo il recipiente che contiene il liquido aperto e la superficie del liquido in ebullizione abbastanza estesa, la maggior parte dell'ammoniaca volatilizza rapidamente per opera del riscaldamento ed allora l'ossidulo di rame precipita intorbidando fortemente il liquido mentre l'aria, carica di vapori di ammoniaca, diventa irrespirabile.

Per eliminare questo inconveniente dell'evaporazione dell'ammoniaca per opera della forte e protratta ebullizione, con conseguente precipitazione dell'ossidulo di rame, il Sahli consiglia di usare la soluzione ammoniacale di rame in forte diluizione. Avendo questa avvertenza si può lasciar bollire il liquido, anche a lungo ed in un matraccio aperto, senza ricorrere all'uso degli speciali apparecchi creati allo scopo di evitare il contatto dell'aria durante l'ebullizione, perchè basta la diluizione del liquido per ridurre in proporzioni trascurabili lo sviluppo dei vapori di ammoniaca e il pericolo della riossidazione dell'ossidulo di rame in presenza dell'aria.

Secondo il Sahli, inoltre, è necessario regolare attentamente l'ebullizione, del liquido perchè, per il pronto svolgimento della reazione di riduzione, basta che il liquido venga mantenuto in dolce ebullizione; questo accorgimento di tecnica serve ad ostacolare l'evaporazione dell'ammoniaca evitando la conseguente precipitazione dell'ossidulo di rame. Per ottenere questa dolce e costante ebullizione bisogna avere l'avvertenza di aggiungere l'urina in modo da non interrompere mai l'ebullizione, perchè se da un lato una ebullizione troppo violenta facilita l'evaporazione dell'ammoniaca e la precipitazione dell'ossidulo di rame,

d'altra parte se il liquido non bolle la riduzione si produce malamente e con eccessiva lentezza.

Infine il Sabli consiglia di usare un matraccio piuttosto piccolo perchè il pericolo dell'evaporazione dell'ammoniaca e della riossidazione dell'ossidulo di rame è tanto minore quanto più piccola è la superficie di contratto del liquido coll'aria.

Secondo questo Autore il metodo di Pavy-Fehling per il dosaggio del glucosio nell'urina con soluzione ammoniacale di solfato di rame, è molto comodo e consigliabile per il medico pratico.

Per il dosaggio del glucosio nelle urine col metodo di Pavy-Fehling si usa la tecnica seguente:

in un cilindro graduato da 100 cc. si versano successivamente 60 cc. di acqua distillata, 30 cc. di ammoniaca, 5 cc. di Fehling A, e 5 cc. di Fehling B; il liquido così preparato, che ha un bel colore azzurro, viene travasato in un matraccio e portato alla ebullizione; mentre il liquido bolle dolcemente, si versa pian piano l'urina mediante una pipetta graduata.

L'aggiunta di urina può essere dapprima fatta abbastanza rapidamente, badando a non interrompere l'ebullizione, poi quando il liquido comincia a scolorarsi va fatta sempre più cautamente e con maggior lentezza, perchè, verso la fine, la riduzione si svolge con maggior lentezza che in principio e si può quindi facilmente oltrepassare il punto finale della reazione.

La reazione si considera terminata quando il liquido bollente, che si è andato gradualmente scolorando, ad un certo momento diventa del tutto incolore; la completa decolorazione del liquido, punto finale della reazione, è di solito facilmente e nettamente riconoscibile. Poichè gr. 0,05 di glucosio riducono completamente l'ossido di rame contenuto nei 10 cc. di reattivo di Fehling basta dividere 50 per il numero dei cc. di urina impiegati per ottenere il tasso di glucosio in grammi per mille.

Il metodo di Pavy-Fehling, cogli accorgimenti di tecnica sopradescritti, è stato da noi largamente usato da molto tempo; mai abbiamo avuto occasione di riscontrare particolari difficoltà nel cogliere il punto preciso della decolorazione; per quello poi che riguarda l'irrespirabilità dell'aria carica di vapori di ammoniaca, riteniamo che si tratti di un inconveniente facilmente evitabile grazie agli opportuni dettagli di tecnica sopradescritti, e certo non così grave da impedire di sorvegliare e guidare l'andamento della reazione.

Quindi per quello che risulta dalla nostra personale esperienza, e da quella di numerosi precedenti ricercatori, riteniamo che questa modificazione del metodo di Fehling sia tra le più consigliabili per la sua facilità e rapidità di esecuzione (non richiedendo in genere più di 10-15 minuti), nonchè per la sua relativamente grande esattezza.

Altra buona modificazione del metodo di Fehling, sempre diretta allo scopo di far riconoscere più agevolmente il preciso momento nel quale si deve considerare terminata la reazione, è quella proposta da Causse e Bonnans che consigliano la seguente tecnica:

1) In un matraccio si pongano successivamente 10 cc. di Fehling A, 10 cc. di Fehling B e 5 cc. di una soluzione al 5‰ di ferrocianuro di potassio;

2) Si porta il liquido alla ebullizione e mentre il liquido bolle si versa pian piano l'urina con un contagocce e con una pipetta graduata, lasciando cadere ogni volta solo 4-5 gocce e ristabilendo subito l'ebullizione.

Il liquido azzurro si andrà scolorando e ad un certo momento diverrà verde e poi giallo; aggiungendo allora l'urina in esame a 2 gocce per volta ad un certo momento apparirà una colorazione bruna che indica il termine della reazione.

Questo metodo pur presentando il grande vantaggio di non lasciare dubbi sul termine della reazione è alquanto indaginoso; per renderlo più agevole e rapido, pur conservandogli una esattezza clinicamente sufficiente, Ganassini propone la seguente semplificazione:

dopo aver mescolato 20 cc. di Fehling A e 20 cc. di Fehling B, si aggiunge

1/2 gr. di ferrocianuro potassico in polvere e si ottiene così una miscela che, in bottiglia scura con tappo di gomma, si conserva inalterata per diverso tempo.

L'ebullizione in provetta di 1 cc. di questa miscela non determina modificazioni nel suo colore. Tenendo conto che 1 emc. di liquido viene ridotto da gr. 0,0021 di glucosio si può dalla quantità di urina necessaria per ottenere il precipitato bruno in 1 cc. di questo liquido dedurre il tasso per mille del glucosio.

Si opera quindi nel modo seguente:

1 cc. della miscela sopradescritta viene posto in una provetta e portato all'ebullizione; si aggiunge a goccia a goccia l'urina in esame (con una pipetta graduata o con un comune contagocce), fino ad ottenere la tinta bruna.

Se si usa il contagocce la quantità di glucosio può calcolarsi dalla seguente tabella:

| N. di gocce | Glucosio per mille |
|-------------|--------------------|
| 1 | gr. 42 |
| 2 | » 21 |
| 3 | » 14 |
| 4 | » 10,5 |
| 5 | » 8,4 |
| 6 | » 7 |
| 7 | » 6 |
| 8 | » 5,25 |
| 9 | » 4,66 |
| 10 | » 2 |

Se la decolorazione si ottiene con una sola goccia o con poche gocce si diluisce l'urina 10 volte e poi si moltiplica per 10 il risultato ottenuto.

Se si usa un numero di gocce maggiore di 10 la quantità di glucosio si calcola dividendo 420 per il numero delle gocce impiegate.

Ricordo infine il metodo di Benedict che è molto usato, specialmente in America, e da molti Autori ritenuto più esatto del Fehling e capace di associare la massima semplicità alla massima esattezza.

Il reattivo di Benedict infatti, pur essendo anche esso a base di solfato di rame, presenta sul reattivo cupropotassico di Fehling gli indiscutibili vantaggi di non essere ridotto dall'acido urico, dalla creatinina, ecc. e di essere più sensibile (Secondo alcuni autori il reattivo di Benedict sarebbe 10 volte più sensibile del Fehling) perchè contenendo del carbonato di sodio, invece della potassa caustica, non vengono decomposte a differenza del Fehling, piccole quantità di glucosio. La formula del reattivo di Benedict è la seguente:

| | |
|-----------------------------------|----------|
| Solfato di rame | gr. 18 |
| Citrato di sodio | gr. 200 |
| Carbonato di sodio anidro gr. . . | gr. 100 |
| Solfocianato di potassio gr. . . | gr. 125 |
| Acqua distillata | gr. 1000 |

Soluzione al 5% di ferrocianuro di potassio cc. 5.

L'aggiunta di ferrocianuro di potassio ha lo scopo di produrre un precipitato bianco di solfocianato di rame che permette di determinare con facilità il momento finale della reazione.

La tecnica del dosaggio è la seguente:

In un pallone da 150 cc. vengono posti cc. 25 del reattivo, 20 grammi di carbonato di sodio cristallizzato (allo scopo di aumentare l'alcalinità della soluzione e quindi poter cogliere con maggiore facilità il momento finale della reazione); si porta all'ebullizione e si aggiunge l'urina, diluita 1 a 10, fino a che si produca il precipitato bianco di solfocianato di rame e il colore azzurro della soluzione scompare totalmente.

Dividendo 0,05 per il numero dei cmc. di urina impiegata e moltiplicando il risultato per mille si ottiene il tasso percentuale di glucosio.

Se noi confrontiamo i valori ottenuti dal dosaggio al polarimetro con quelli ottenuti con uno dei metodi chimici sopradescritti, se la tecnica è stata corretta, noi riscontreremo abitualmente delle differenze minime che si aggirano intorno all'1‰.

Qualche volta però le cifre fornite dal polarimetro sono in grave disaccordo con quelle fornite dai metodi chimici. Questa differenza può dipendere da svariate cause e cioè: se il dosaggio del glucosio al polarimetro ha dato valori inferiori a quelli ottenuti coi metodi chimici, dobbiamo ritenere che probabilmente le urine esaminate contenevano delle sostanze levogire riducenti (levulosio) o non riducenti (acido ossibutirrico, albumose e peptoni); se, con i reagenti opportuni, noi possiamo escludere la presenza di queste ultime sostanze, potremo attribuire senz'altro al levulosio la differenza riscontrata.

La presenza accidentale di saccarosio (dovuta alla raccolta dell'urina in bottiglie che prima contenevano soluzioni sciroppose e che non sono state accuratamente lavate), purtroppo non così rara come si sarebbe portati a ritenere, da invece al polarimetro cifre superiori a quelle fornite dai metodi chimici.

Poichè nessuno dei metodi sopraesposti è esente da inconvenienti di una certa importanza, i ricercatori si sono sforzati di trovare un metodo che al tempo stesso presentasse facile riconoscimento del momento finale della reazione, massima semplicità di strumentario e di tecnica e massima rapidità di esecuzione; in una parola un metodo capace di mettere il medico pratico in condizioni di praticare in pochi minuti un esatto dosaggio del glucosio nelle urine.

Recentemente alcuni autori hanno proposto un metodo basato sulla proprietà, posseduta dal glucosio, di scolorare, se aggiunto a caldo, una soluzione alcalina di ferricianuro di potassio.

Il Solomos nel 1935 ha proposto un nuovo metodo rapido e preciso per il dosaggio del glucosio nelle urine a tale metodo è appunto basato sulla riduzione, per opera del glucosio, del ferricianuro di potassio rosso a ferrocianuro di potassio quasi incolore, con una tecnica affine alla comune tecnica del Fehling ed alle sue modificazioni.

Per praticare questo dosaggio occorre ottenere una urina limpida e quasi completamente incolore; bisogna perciò diluire l'urina 1 a 5, defecarla coll'acetato di piombo, filtrarla e poi praticare la titolazione del glucosio. Per eseguire la titolazione si mettono 10 cc. di una soluzione di ferricianuro al 20‰, in una capsula di porcellana o in un matraccino da 25 cc., si aggiungono 5 cc. di soda al 4‰ e poi dopo essersi messi bene in luce, davanti ad una finestra, si riscalda senza interruzione con fiamma piuttosto piccola. Quando comincia una leggera ebullizione si fa cadere, nella capsula o nel matraccino, l'urina in esame goccia a goccia per mezzo di una pipetta graduata al centesimo, agitando continuamente: se l'acqua evapora troppo rapidamente si riporterà, con una spruzzetta, il liquido al volume primitivo.

Il liquido si decolora lentamente e poi ad un certo momento, facilmente apprezzabile, si scolora completamente.

Poichè 10 cc. di soluzione al 20‰ di ferricianuro corrispondono in genere a gr. 0,22 di glucosio, la quantità di glucosio sarà:

$$x = \frac{0,22}{n} \text{ dove } n \text{ è il numero dei cmc. impiegati per ottenere lo scoloramento della soluzione di ferricianuro; il risultato poi sarà moltiplicato per 5 essendo stata impiegata urina diluita 1 a 5.}$$

È bene di quando in quando titolare la soluzione di ferricianuro mediante una soluzione di glucosio al 5‰: per scolorare 10 cc. di soluzione di ferricianuro occorrono in genere cc. 4, 4 della soluzione di glucosio al 5‰; in tal caso questi 10 cc. corrispondono a gr. 0,22 di glucosio.

Ancora più recentemente (Febbraio 1936) il Gugliucci ha proposto un me-

todo che pur essendo egualmente sensibile e presentando eguale facilità nel riconoscimento del momento finale della reazione, ha, rispetto a tutti i metodi precedenti, il grande vantaggio di richiedere un'unica soluzione, non costosa e di facile preparazione.

Il Gugliucci consiglia l'uso di una soluzione alcalina di ferricianuro di potassio, così composta:

ferricianuro di potassio gr. 9,90
carbonato di sodio anidro g. 60,85
Acqua distillata fino a 1000 cc.

È ovvio che si debbono usare solo prodotti purissimi per analisi. Il reattivo del Gugliucci, che una volta preparato si conserva in bottiglia scura per molto tempo, ha un bel colore giallo carico.

Per il dosaggio del glucosio nelle urine l'A. consiglia la seguente tecnica: in un largo provettone (15-18 mm. di diametro per 18-20 cm. di altezza) o in un matraccino da 25-50 cc. si versano 10 cc. del reattivo e si porta alla fiamma fino all'ebullizione; in questo momento, con una pipetta graduata al centesimo, si aggiunge goccia a goccia e piuttosto rapidamente l'urina in esame; dopo l'aggiunta di ogni goccia si porta di nuovo il liquido alla ebullizione e si osserva se si verifica qualche variazione di colorito. Si arriva così ad un momento nel quale il colorito giallo della reazione si attenua notevolmente.

A questo punto conviene insistere qualche secondo nella ebullizione e poi lasciare raffreddare un po' la provetta tenendola lontana dalla fiamma; in tal modo, ad un certo momento, lo scoloramento si accentua e ben presto si giunge alla totale scomparsa della tinta gialla.

Allora si legge la quantità di urina impiegata e si procede al calcolo.

Poichè il reattivo è preparato in modo che trattando a caldo 10 cc. di esso con una soluzione di glucosio all'1%, il colorito giallo scompare quando si sia aggiunta una quantità di soluzione glucosata tale da corrispondere a 1 ctgr. di glucosio; i 10 cc. di reattivo impiegati nel dosaggio saranno scolorati dall'aggiunta di 1 ctgr. di glucosio e la formula per il calcolo sarà la seguente:

$$0,01 : n = x : 1000$$

in cui n è eguale ai cc. di urina impiegati e x è uguale alla quantità di glucosio contenuta nell'urina in esame, dalla quale si ricava che:

$$x = \frac{0,01 \times 1000}{n} = \frac{10}{n}$$

Basta quindi dividere 10 per il numero dei cc. di urina aggiunta per avere in grammi la quantità di glucosio per mille.

La scomparsa della colorazione gialla è sempre nettamente apprezzabile sia che si esegua la reazione alla luce del giorno che a luce artificiale.

L'A. osserva che praticando il dosaggio su urine contenenti solo piccole quantità (gr. 1-3^o/₁₀₀) di glucosio, può residuare una lieve tinta paglierina, la quale però è sempre preceduta da un netto e rapido viraggio dal giallo carico alla tinta paglierina, così evidente da non causare incertezza nell'apprezzamento del punto finale della reazione stessa.

Naturalmente anche per il metodo proposto dal Gugliucci sono necessari tutti gli abituali accorgimenti di tecnica (defecazione col reattivo di Courtonne in caso di presenza di molte sostanze riducenti nell'urina in esame, eventuale dealbuminizzazione, diluizione 1 a 10 dell'urina se un saggio preliminare rivela un notevole grado di glicosuria, ecc.).

Per gli indiscutibili pregi di grande semplicità e notevole facilità di esecuzione il metodo proposto dal Gugliucci ci è sembrato particolarmente degno

di considerazione e ed abbiamo perciò voluto praticare una serie di ricerche di controllo su un discreto numero di urine glicosuriche e di soluzioni glucosate a titolo noto, nonchè di urine normali alle quali erano state aggiunte quantità note di glucosio.

Tutte le nostre determinazioni sono state eseguite seguendo esattamente la tecnica proposta dall'A. Contemporaneamente al dosaggio col metodo di Gugliucci abbiamo eseguito il dosaggio del glucosio nelle urine in esame col metodo di Pavy-Fehling e col metodo polarimetrico.

I risultati delle nostre ricerche sono esposti nelle tabelle seguenti il testo.

Prima di esporre i risultati delle nostre personali ricerche crediamo opportuno insistere su qualche piccolo accorgimento di tecnica, del quale nel corso delle nostre ricerche, abbiamo potuto riscontrare l'utilità.

Insistiamo innanzi tutto sulla assoluta necessità di praticare il dosaggio con una urina perfettamente limpida e quasi incolore, defecandola col reattivo di Courtonne o col carbone animale.

In secondo luogo insistiamo sulla necessità di usare, per il riscaldamento del reattivo, una fiamma piuttosto piccola allo scopo di evitare una ebullizione tumultuosa con proiezione del liquido fuori del recipiente; inoltre, data la piccola quantità di liquido usato, talora; per la troppo rapida evaporazione, è necessario aggiungere con una spruzzetta dell'acqua distillata fino a riportare il liquido al volume primitivo.

Infine quando il liquido comincia a scolorarsi bisogna raddoppiare di cautela nell'aggiunta dell'urina in esame e bisogna attendere ogni volta che il liquido, che è stato portato all'ebullizione, si raffreddi alquanto prima di aggiungere la successiva goccia di urina.

Dalle mie ricerche chiaramente risulta che il metodo di dosaggio del glucosio nelle urine proposto dal Gugliucci, per la sua grande semplicità e facilità di esecuzione, merita di essere introdotto nella pratica corrente.

Infatti, in confronto al metodo di Fehling e sue modificazioni, e allo stesso metodo di Benedict, che pur essendo preciso richiede reattivi complessi e tecnica alquanto delicata, il metodo di Gugliucci, pur essendo abbastanza preciso, presenta il vantaggio, tutt'altro che trascurabile, per il medico pratico, di richiedere una soluzione unica, poco costosa, facile a prepararsi e conservabile a lungo.

Ma se al metodo del Gugliucci dobbiamo riconoscere il grande pregio della semplicità e rapidità di esecuzione, dovuti all'impiego di un unico reattivo sempre pronto per l'uso, e anche una notevole precisione, d'altra parte non possiamo riconoscere al metodo stesso il pregio di offrire sempre un facile riconoscimento del preciso istante nel quale, per l'avvenuto totale scoloramento del liquido, dobbiamo considerare terminata la reazione.

Anche usando urina perfettamente defecata e decolorata (perchè il colore giallo citrino o giallo paglierino dell'urina impedisce di apprezzare lo scoloramento del liquido), sebbene il viraggio sia in genere abbastanza netto talvolta non è così evidente come quello che si può ottenere usando il metodo di Benedict o una delle modificazioni del Fehling che abbiamo riportato nel principio nel nostro lavoro. Talvolta il liquido si intorbida e assume una tinta paglierina, che rende molto difficile e qualche volta impossibile, il riconoscimento del momento esatto nel quale si produce lo scoloramento totale del liquido; e questo inconveniente si verifica, contrariamente a quanto afferma l'A., non solo con urine contenenti piccola quantità (gr. 1-3‰) di glucosio ma anche con urine contenenti glucosio in concentrazioni molto superiori (gr. 10‰ ed oltre).

Questi inconvenienti però non sono molto frequenti ed anzi si verificano con relativa rarità.

Le mie ricerche confermano la stabilità della riduzione del ferricianuro di potassio, già osservata dai precedenti ricercatori: lasciando a se il liquido, scolorato per l'aggiunta di glucosio, il colore giallo primitivo non riappare più, anche dopo molto tempo.

Crediamo quindi di poter concludere affermando che il metodo di dosaggio del glucosio nelle urine proposto dal Gugliucci, pur presentando degli inconvenienti di una certa entità, per la sua estrema semplicità e grande rapidità di esecuzione, principalmente dovuta all'impiego di un unico reattivo ben conservabile e sempre pronto per l'uso, merita di essere largamente introdotto nella pratica corrente.

Per quello che riguarda l'esattezza dei risultati naturalmente anche il dosaggio con questo metodo presenta la causa di errore comune a tutti i dosaggi del glucosio basati sulla sua proprietà riducente; presenta cioè la possibilità che i valori ottenuti esprimano non soltanto il glucosio ma la somma di tutte le sostanze riducenti contenute nell'urina in esame.

Però, specialmente usando quegli accorgimenti di tecnica che hanno lo scopo di allontanare le altre sostanze riducenti (defecazione, ecc.), questa causa di errore è così piccola che non merita di essere presa in considerazione. Infatti tutti i controlli da noi eseguiti su urine normali alle quali avevamo aggiunto quantità note di glucosio, hanno dato risultati precisi e quasi perfettamente corrispondenti alle quantità di glucosio aggiunte.

Il metodo di dosaggio del glucosio delle urine proposto dal Gugliucci ci sembra inoltre particolarmente adatto per la pratica assicurativa perchè presenta molti dei requisiti necessari ai metodi di esame da usare in medicina delle assicurazioni vita e cioè: massima semplicità di strumentario e di tecnica, rapidità di esecuzione e notevole esattezza.

TABELLA I.

Dosaggi del glucosio praticati su urine diabetiche.

| Numero | Soggetto | Dosaggio col metodo di Gugliucci | | Dosaggio col metodo di Pavy-Fehling | | Dosaggio col polarimetro | |
|--------|----------|----------------------------------|---|-------------------------------------|---|--------------------------|---|
| | | gr. | ‰ | gr. | ‰ | gr. | ‰ |
| 1 | N. L. | 4 | ‰ | 4 | ‰ | 5 | ‰ |
| 2 | L. B. | 12 | ‰ | 12 | ‰ | 10 | ‰ |
| 3 | T. S. | 14 | ‰ | 15 | ‰ | 14 | ‰ |
| 4 | D. A. | 4 | ‰ | 4 | ‰ | 5 | ‰ |
| 5 | O. V. | 15 | ‰ | 16 | ‰ | 14 | ‰ |
| 6 | C. M. | 4 | ‰ | 4 | ‰ | 4 | ‰ |
| 7 | P. C. | 18 | ‰ | 15 | ‰ | 16 | ‰ |
| 8 | N. A. | 20 | ‰ | 19 | ‰ | 20 | ‰ |
| 9 | T. G. | 18 | ‰ | 21 | ‰ | 16 | ‰ |
| 10 | F. M. | 16 | ‰ | 14 | ‰ | 15 | ‰ |
| 11 | N. R. | 40 | ‰ | 40 | ‰ | 40 | ‰ |
| 12 | V. A. | 8 | ‰ | 9 | ‰ | 10 | ‰ |
| 13 | L. S. | 2,50 | ‰ | 2 | ‰ | 3 | ‰ |
| 14 | E. V. | 6,20 | ‰ | 6,60 | ‰ | 7 | ‰ |
| 15 | B. U. | 2,80 | ‰ | 2,50 | ‰ | 3 | ‰ |
| 16 | P. A. | 9 | ‰ | 8 | ‰ | 8 | ‰ |
| 17 | Z. F. | 3,10 | ‰ | 3,50 | ‰ | 4 | ‰ |
| 18 | M. L. | 0,60 | ‰ | 0,80 | ‰ | — | ‰ |
| 19 | S. D. | 5,50 | ‰ | 5 | ‰ | 6 | ‰ |
| 20 | A. R. | 3,10 | ‰ | 3 | ‰ | 3 | ‰ |
| 21 | V. C. | 1 | ‰ | 1 | ‰ | 1 | ‰ |
| 22 | D'A. M. | 13 | ‰ | 15 | ‰ | 12 | ‰ |
| 23 | P. F. | 8 | ‰ | 8 | ‰ | 8 | ‰ |
| 24 | L. U. | 0,50 | ‰ | 0,60 | ‰ | — | ‰ |
| 25 | C. L. | 20 | ‰ | 23 | ‰ | 22 | ‰ |
| 26 | M. G. | 5,60 | ‰ | 5,10 | ‰ | 5 | ‰ |
| 27 | De A. C. | 5,50 | ‰ | 5 | ‰ | 5 | ‰ |

TABELLA II.

Dosaggi del glucosio praticati su soluzioni glucosate.

| Soluz. al 0,50‰ | Dosaggio col metodo di Gugliucci | Dosaggio col metodo di Pavy-Fehling |
|-----------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Soluz. al 0,50‰ | gr. 0,50‰ | gr. 0,50‰ |
| » all' 1 » | » 1 » | » 1 » |
| » al 5 » | » 5 » | » 5 » |
| » al 10 » | » 10 » | » 10 » |
| » al 50 » | » 50 » | » 50 » |

TABELLA III.

Dosaggi del glucosio praticati su urine normali con aggiunta di glucosio

| Quantità di glucosio aggiunta | Dosaggio col metodo di Gugliucci | Dosaggio col metodo di Pavy-Fehling |
|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| gr. 0,50‰ | gr. 0,70‰ | gr. 0,60‰ |
| » 1 ‰ | » 1,10 » | » 1,20 » |
| » 5 » | » 5,30 » | » 5,50 » |
| » 10 » | » 11 » | » 11 » |
| » 50 » | » 51 » | » 52 » |

BIBLIOGRAFIA

- ALESSANDRINI, *Pampana e Sabatucci*: Esami di laboratorio; Pozzi Ed., Roma, 1932.
- BLAREZ Ch., *L'urine*; Maloine, Ed., Paris, 1907.
- CECONI A., *Trattato dalle malattie del ricambio*. « Minerva Medica », Ed., Torino, 1928.
- CHIMICHJ G. e ISONNI T., *Guida alle ricerche di chimica clinica per il medico pratico*. Zerboni Ed., Milano.
- GANASSINI, *Archivio dell'Istituto Biochimico Italiano*, Febbraio 1930.
- GUGLIUCCI A. *Un nuovo semplice metodo per il dosaggio del glucosio nell'urina*, in « Riforma Medica », 1936, N° 12, pag. 389.
- LOMONACO D., *Lezioni di chimica fisiologica*, Roma, Sampaolesi ed., 1927.
- REALE E., *Chimica clinica*. Preisig Ed., Napoli, 1907.
- SAHLI, *Metodi clinici di esame*, Soc. Ed. Libreria, Milano, 1935.
- SOLOMOS, *Bull. Soc. Chim. Biol.*, nn. 9-10, pag. 1465.
- TARULLI G., *Policlinico Sez. Pratica*, n. 13, 1933.

Tubercolosi e medicina dell'Assicurazione Vita

(Archiv. für orthopädische und Unfall-Chirurgie, n. 4, 1936)

Dott. HÖRNIG, Berlino

Medico Capo della Soc. Ass. Vita « Alliauz »

Al giorno d'oggi la tubercolosi quale causa di morte nell'assicurazione vita non ha più l'importanza di una volta, come si può constatare dalla tabella n. 1. In tale tabella si distinguono i seguenti gruppi:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|-----------|
| L'andamento della mortalità nel periodo 1852-1902 | | | | | |
| > | > | > | > | > | 1904-1913 |
| > | > | > | > | > | 1925-1934 |

Per il primo periodo abbiamo i dati statistici di quattro Compagnie e precisamente della « Gothan Lebensversicherungsbank H. G. » per gli anni 1852-1895, della « Germania » di Stettino per gli anni 1858-1894, della « Friedrich-Wilhelm Lebensversicherungs A. G. » di Berlino per gli anni 1867-1876 e della Compagnia svedese « Thuleö » di Stoccolma per gli anni 1873-1902.

Per il secondo periodo disponiamo ancora dei dati della « Gotham » (1904-1913).

Per il terzo ed ultimo periodo fu osservata la mortalità della « Allgemeine Reutenaustalt. e Lebens-und Reutenversicherungs A. G. » di Stoccarda negli anni 1927-1931, della Karlsruhe Lebensversicherungsbank A. G. » di Karlsruhe negli anni 1925-1934 e della « Allianz und Stuttgarter Lebensversicherungsbank A. G. » di Berlino negli stessi anni.

Come base di confronto è stata presa la mortalità per tubercolosi della popolazione che fu accertata dal 1877 al 1881 nelle città tedesche di oltre 15.000 abitanti, per il secondo periodo la mortalità generale per tubercolosi dal 1906-1910 e per l'ultimo periodo la mortalità per tubercolosi della popolazione dal 1927 al 1931 (dall'*Annuario statistico* del 1933).

È però da osservare che nel primo periodo il concetto « tubercolosi » non era ancora definito. Le pubblicazioni della « Germania » e della « Friedrich-Wilhelm », nonché della statistica della popolazione parlano soltanto di tisi polmonare. Sembra che anche tra i sinistri definiti dalla « Gothaer » come « malattie croniche degli organi respiratori » e dalla « Germania » come « altre malattie degli organi respiratori » siano compresi un notevole numero di sinistri per tubercolosi. I medici della « Friedrich Wilhelm » hanno sempre diagnosticato « tisi polmonare » tutti i casi di morte dovuti a malattie croniche della respirazione che si accompagnano a consunzione corporea e che conducono a morte per tisi, a prescindere dall'enfisema cronico e dalle bronchiti purulente dei vecchi. Finanche le polmoniti croniche e caseose che altrove erano comprese nella voce « malattie croniche della respirazione », sono incluse nella voce « tisi polmonare ».

Che allora si procedesse secondo il concetto strettamente scientifico dell'epoca è fuor di dubbio. I nomi dei medici-revisori della « Friedrich-Wilhelm » e precisamente Paul, Binar, Naump e Nothnagel ne fanno fede.

Se ora osserviamo le cifre constatiamo che per il primo periodo le cifre di mortalità della « Gothaer » sono più favorevoli di quelle della « Germania » e cioè 2,76 ‰ per tubercolosi rispettivamente 3,72 ‰ per tubercolosi e malattie croniche degli organi respiratori contro 3,45 ‰ per tisi polmonare e 5,2 ‰ per tisi polmonare e altre malattie degli organi respiratori (escluse le polmoniti da tubercolosi laringea). Questa differenza è probabilmente dovuta alla diversa classe sociale cui appartengono gli assicurati della « Germania » rispetto a quella degli assicurati della « Gothaer ». Risulta anche dalle relazioni che la « Germania » ha lavorato in ambienti socialmente peggiori di quelli in cui la « Gothaer » cercava i propri assicurandi.

Anche la « Friedrich-Wilhelm » ha una mortalità per tubercolosi più elevata di quella della « Gothaer ».

Essa dichiara per la tubercolosi il 3,65 ‰ e per tubercolosi e malattie croniche dell'apparato respiratorio 3,80 ‰.

Per cui è confermata la netta distinzione che si faceva tra tubercolosi e malattie croniche dell'apparato respiratorio. Poichè nella « Friedrich-Wilhelm » abbiamo a che fare con un portafoglio vecchio di soli 10 anni e nella « Gothaer » con un portafoglio di ben 43 anni, la mortalità in quest'ultima avrebbe di per se stessa dovuto essere più elevata di quella della « Friedrich-Wilhelm »; ma va considerato che la « Friedrich-Wilhelm » a differenza della

Tavola comparativa della mortalità per tbc negli anni 1852-1934

| COMPAGNIA | ANNI | Polizze sotto rischio | Numero dei sinistri per | | % ₁₀₀ dei sinistri delle polizze sottorischio | | Complessivamente | Osservazioni |
|--|-----------|-----------------------|-------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|------------------|--|
| | | | TBC | Malattie croniche app. respiratorio | TBC | Malattie croniche app. respiratorio | | |
| A — 1° Periodo | | | | | | | | |
| Gothaer Lebensversicherungsbank . | 1852-1895 | 1414054 | 3827 | 1358 | 2,76 | 0,96 | 3,72 | (1) Tisi polmonare. |
| « Germania » | 1858 1894 | 2761575 | 9514 (1) | 4326 (2) | 3,45 (1) | 1,57 (2) | 5,02 | (2) Malattie dell'apparato respir. escluse la polmonite e la tbc laringea. |
| « Friedrich-Wilhelm » | 1867-1876 | 161491 | 590 (1) | 24 | 3,65 (1) | 0,15 | 3,80 | |
| « Thule » (Compagnia Svedese Assicurazione Vita | 1873-1902 | 271683 | 369 (1) | 37 (2) | 1,36 (1) | 0,14 (2) | 1,50 | (1) Tisi polmonare. |
| Mortalità per tbc fra la popolazione del Reich nelle città con oltre 15.000 abitanti | 1877-1881 | | | | | | | (1) Tisi polmonare e altre forme di tbc. |
| | | | | | 3,58 (1) | | | (2) Altre malattie dell'apparato respiratorio escluse le polmoniti. |
| | | | | | 4,18 (2) | | | (1) Tisi polmonare. |
| B — 2° Periodo | | | | | | | | |
| Gothaer Lebensversicherungsbank . | 1904 1913 | 366727 | 200 | | 0,55 | | | (2) Tbc. |
| Mortalità per tbc tra tutta la popolazione tedesca | 1906 1910 | | | | 1,75 | | | |
| C — 3° Periodo | | | | | | | | |
| Allgemeine Rentenanstalt Stuttgart | 1927-1931 | 135960 | 54 | | 0,40 | | | S. V. M. |
| | | 42972 | 14 | | 0,33 | | | C. V. M. |
| | | 178932 | 68 | | 0,38 | | | S. e C. V. M. |
| « Karlsruher » Lebensversicherungsbank | 1925-1934 | 697142 | 285 | | 0,41 | | | C. e S. V. M. |
| Allianz und Stuttgarter Lebensversicherungsbank | 1925-1934 | 924572 | 193 | | 0,21 | | | C. V. M. |
| Bevölkerung des Deutsch Reiches. | 1927-1931 | | | | 0,84 | | | |

Tubercolosi e mortalità fra gli assicurati della « Thule » negli anni 1875-1904

TAVOLA N. 2.

| Gruppi di Età | Mortalità | | Gruppi di Età | Mortalità | |
|---|-------------|-----------|--|-------------|-----------|
| | Prevista | Accertata | | Prevista | Accertata |
| 1) Padre tubercoloso | | | 2) Madre tubercolosa | | |
| 25 - 34 | 3,1 | 4 | 25 - 34 | 4,7 | 8 |
| 35 - 44 | 4,6 | 3 | 35 - 44 | 5,8 | 5 |
| 45 - 54 | 3,0 | 3 | 45 - 54 | 3,9 | 5 |
| <u>25 - 54</u> | <u>10,7</u> | <u>10</u> | <u>25 - 54</u> | <u>14,4</u> | <u>18</u> |
| 3) Un fratello o una sorella tubercolotici | | | 4) Diversi fratelli tubercolosi | | |
| 25 - 34 | 13,1 | 13 | 25 - 34 | 2,1 | — |
| 35 - 44 | 19,4 | 17 | 35 - 44 | 3,3 | 5 |
| 45 - 54 | 15,7 | 11 | 45 - 54 | 3,1 | 2 |
| 55 - 60 | 5,7 | 6 | 55 - 60 | 1,5 | 1 |
| <u>25 - 60</u> | <u>53,9</u> | <u>47</u> | <u>25 - 60</u> | <u>10,0</u> | <u>8</u> |
| 5) Sospetto di precedente affezione di natura tubercolare | | | 6) Polmoniti | | |
| 25 - 34 | 6,4 | 6 | 25 - 34 | 21,8 | 8 |
| 35 - 44 | 12,0 | 9 | 35 - 44 | 34,4 | 14 |
| 45 - 54 | 10,8 | 5 | 45 - 54 | 31,6 | 8 |
| 55 - 60 | 4,0 | 5 | 55 - 60 | 9,9 | 6 |
| <u>25 - 60</u> | <u>32,7</u> | <u>25</u> | <u>25 - 60</u> | <u>97,7</u> | <u>36</u> |
| 7) Debolezza di costituzione o magrezza | | | 8) Tara ereditaria e precedenti affezioni di sospetta natura tbc | | |
| 25 - 34 | 2,1 | 30 | 25 - 34 | 1,4 | 4 |
| 35 - 44 | 2,4 | 17 | 35 - 44 | 1,8 | 1 |
| 45 - 54 | 2,9 | 11 | 45 - 54 | 2,0 | — |
| 55 - 60 | 1,3 | 3 | 55 - 60 | 0,9 | 1 |
| <u>25 - 60</u> | <u>8,7</u> | <u>61</u> | <u>25 - 60</u> | <u>6,1</u> | <u>6</u> |
| 9) Tara ereditaria e debolezza costituzionale o magrezza | | | 10) Sospetto di precedenti affezioni di natura tbc e debolezza c. o m. | | |
| 25 - 34 | 5,0 | 7 | 25 - 34 | 2,6 | 7 |
| 35 - 44 | 6,4 | 13 | 35 - 44 | 4,2 | 2 |
| 45 - 54 | 4,1 | 10 | 45 - 54 | 3,6 | 1 |
| 55 - 60 | 0,9 | 1 | 55 - 60 | 0,9 | 5 |
| <u>25 - 60</u> | <u>16,4</u> | <u>31</u> | <u>25 - 60</u> | <u>11,3</u> | <u>15</u> |



Costituzione ed anamnesi familiari

| | ETÀ | Percentuale di sottopeso | | | | | | | Percentuale di soprappeso | | | | | | |
|---|-----|--------------------------|------|------|------|------|-----|-----|---------------------------|------|------|------|------|------|------|
| | | - 30 | - 25 | - 20 | - 15 | - 10 | - 5 | 0 | + 10 | + 20 | + 30 | + 40 | + 50 | + 60 | + 70 |
| Nessuna tara di natura tubercolosi nell'anamnesi familiare. | 15 | 145 | 135 | 130 | 120 | 115 | 110 | 105 | 95 | 95 | 105 | 115 | 125 | 135 | 160 |
| | 20 | 140 | 130 | 125 | 115 | 110 | 105 | 100 | 95 | 95 | 110 | 125 | 135 | 150 | 175 |
| | 30 | 120 | 115 | 110 | 105 | 100 | 100 | 95 | 95 | 100 | 115 | 130 | 150 | 170 | 200 |
| | 40 | 110 | 105 | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 100 | 105 | 125 | 140 | 160 | 190 | 210 |
| | 50 | 105 | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 95 | 100 | 115 | 135 | 150 | 170 | 200 | 220 |
| | 60 | 100 | 100 | 100 | 100 | 95 | 95 | 95 | 105 | 115 | 135 | 150 | 170 | 200 | 220 |
| Un caso di tubercolosi fra parenti prossimi viventi o un fratello o una sorella morti di tubercolosi | 15 | 180 | 170 | 160 | 150 | 140 | 135 | 130 | 125 | 120 | 120 | | | | |
| | 20 | 170 | 160 | 150 | 140 | 135 | 130 | 125 | 120 | 115 | 120 | | | | |
| | 30 | 160 | 145 | 130 | 125 | 120 | 115 | 115 | 110 | 115 | 125 | | | | |
| | 40 | 140 | 130 | 120 | 115 | 100 | 105 | 100 | 100 | 110 | 125 | | | | |
| | 50 | 115 | 110 | 105 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 115 | 135 | | | | |
| | 60 | 110 | 105 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 105 | 115 | 135 | | | | |
| Uno dei genitori morti di tubercolosi o due fratelli. | 15 | 205 | 195 | 180 | 170 | 165 | 155 | 145 | 140 | 130 | 125 | | | | |
| | 20 | 185 | 175 | 165 | 155 | 150 | 140 | 135 | 130 | 120 | 125 | | | | |
| | 30 | 155 | 150 | 140 | 135 | 130 | 125 | 120 | 115 | 115 | 125 | | | | |
| | 40 | 145 | 135 | 125 | 120 | 115 | 110 | 105 | 110 | 110 | 130 | | | | |
| | 50 | 125 | 120 | 115 | 115 | 105 | 100 | 100 | 100 | 115 | 135 | | | | |
| | 60 | 115 | 110 | 105 | 110 | 100 | 100 | 100 | 105 | 115 | 135 | | | | |
| Padre o madre e uno dei fratelli o ambedue i genitori morti di tubercolosi oppure tre o più casi di tubercolosi fra i parenti prossimi. | 15 | 220 | 210 | 200 | 190 | 180 | 170 | 160 | 150 | 140 | 130 | | | | |
| | 20 | 210 | 200 | 190 | 180 | 170 | 160 | 150 | 140 | 130 | 125 | | | | |
| | 30 | 190 | 180 | 170 | 160 | 150 | 140 | 125 | 120 | 115 | 125 | | | | |
| | 40 | 170 | 160 | 150 | 140 | 130 | 120 | 115 | 110 | 120 | 130 | | | | |
| | 50 | 150 | 140 | 130 | 125 | 120 | 110 | 105 | 115 | 115 | 135 | | | | |
| | 60 | 130 | 125 | 120 | 115 | 110 | 105 | 100 | 115 | 115 | 135 | | | | |

«Gothaer» ha scientemente accettato rischi particolarmente tarati mentre la «Gothaer» non ha accettato che rischi che all'ingresso si presentavano assolutamente normali. Dei 590 sinistri citati dalla «Friedrich-Wilhelm» 223 — cioè il 38 % — vennero accettati con un soprappremio per precedenti e gentilizio tarato; furono quindi definiti sin dall'ingresso come rischi particolarmente tarati.

La Compagnia svedese «Thule» presenta — tra tutte le altre compagnie citate — il più lieve tasso in $\frac{0}{100}$ di mortalità.

Infatti tisi polmonare e tubercolosi di altri organi ammontano ad $1,36 \frac{0}{100}$ e ad $1,5 \frac{0}{100}$ incluse le malattie dell'apparato respiratorio (senza la polmonite). Di conseguenza presenta il 50 rispettivamente il 40 $\frac{0}{100}$ della mortalità della «Gothaer» negli anni 1852-1895. I medici della «Thule» sono quindi stati particolarmente abili nel tener lontani dall'assicurazione i minacciati da tubercolosi.

Nel secondo periodo la «Gothaer» registra una fortissima diminuzione della mortalità per tubercolosi che è scesa a $0,55 \frac{0}{100}$. Per tale epoca mancano i dati statistici di altre Compagnie.

Questa mortalità è ancora diminuita nel terzo periodo, il che si rivela specialmente dal portafoglio con visita medica della «Allianz und Stuttgarter», dove negli anni 1925-1934 fu riscontrata una mortalità per tubercolosi di appena $0,21 \frac{0}{100}$.

Ora se si contrappone alla mortalità degli assicurati la mortalità della popolazione del Reich, otteniamo per gli anni 1877-1881 il $3,58 \frac{0}{100}$ per tisi polmonare. Poiché la mortalità per altre forme di tubercolosi ammonta secondo le esperienze degli ultimi decenni a circa $1/6$ della mortalità per tubercolosi polmonare, il tasso suddetto si eleverebbe quindi a $4,18 \frac{0}{100}$. Peraltro negli anni 1906-1910 la mortalità della popolazione tedesca fu appena dell' $1,75 \frac{0}{100}$ e negli anni 1927-1931 diminuì al $0,84 \frac{0}{100}$. È naturale che diminuendo la mortalità della popolazione anche la mortalità tra gli assicurati debba *a priori* diminuire in modo adeguato. Ma in seguito alla v. m. la diminuzione di mortalità tra gli assicurati è proporzionalmente di gran lunga superiore a quella della popolazione.

Così la mortalità registrata dalla «Gothaer» negli anni 1904-1913 è il $31,4 \frac{0}{100}$ e quella della «Allianz und Stuttgarter» negli anni 1925-1934 è appena il $25 \frac{0}{100}$ della mortalità della popolazione del Reich. In ambedue i casi trattasi di un portafoglio costituito in un decennio e pertanto si prestano bene ad un confronto.

Il tasso straordinariamente basso di $0,21 \frac{0}{100}$ della «Allianz und Stuttgarter» è tanto più sorprendente in quanto questa compagnia accetta rischi tarati la cui percentuale di mortalità oscilla tra i 100 e i 500, mentre la «Gothaer» non ha accettato che rischi che presentavano una sopramortalità massima del $20 \frac{0}{100}$. La situazione della «Allianz und Stuttgarter» è anche più favorevole di quella della «Allgemeine Reutenaustalt» che negli anni 1927-1931 ha registrato tra gli assicurati c. v. m. una mortalità per tubercolosi del $0,33 \frac{0}{100}$.

Quale metodo ha seguito la medicina assicurativa per riconoscere le costituzioni tarate? Essa dispone — com'è noto — soltanto di osservazioni statistiche che si riferiscono ai rapporti esistenti tra le singole misure somatiche e tende a stabilire la loro correlazione con la mortalità.

Il primo lavoro di medicina assicurativa che rappresenta qualcosa di nuovo in questo campo è quello dell'americano Huntington, pubblicato nel 1878.

L'A. stabilì che con un soprapeso e sottopeso del $15 \frac{0}{100}$ la mortalità prevista sarà rispettivamente del $7,6 \frac{0}{100}$ e del $61 \frac{0}{100}$.

Tra questi magri la tisi polmonare era la principale causa di morte.

In seguito apparvero molti lavori ma, ad eccezione di Huntington, solo Croner indicò dei valori che dovevano permettere di stabilire il grado della tara costituzionale, secondo lui bisogna sospettare dell'assicurato quando il quoziente inspiratorio supera la cifra e il quoziente differenziale supera 35. Però a quanto mi risulta tali valori non hanno mai trovato un'applicazione pratica.

Solo in base ad ulteriori statistiche americane Rücher-Emden, Funk e Hecker (medici revisori della «Munchener Rückversicherungsgesellschaft» di Monaco) crearono valori appropriati alla situazione tedesca. (Tali valori sono indicati nella tabella n. 4).

In sostanza dopo un accurato esame delle tabelle riportate possiamo giungere alle seguenti conclusioni:

Il tipo magro è di per sé — sempre in linea di massima — il più resistente e longevo. Ma se la magrezza si accoppia alla tara tubercolare ereditaria, in tal caso il magro va maggiormente soggetto a t. b. c. che non il grasso. Si può quindi addirittura concludere che la magrezza dell'uomo discendente da tubercolotici è un sintomo di tubercolosi latente. Tale magrezza mi sembra allora la conseguenza di un processo patologico e non un valore costituzionale.

Ciò che le presenti ricerche ci fanno concludere con certezza è il fatto che dalla sola costituzione — come è accertata in base alle misure somatiche — non si può riconoscere l'individuo minacciato da t. b. c.

Medicina legale delle Assicurazioni vita

Considerazioni su la « Malattia di Ménière » e su « l'angina pectoris »

Dott. B. GIORDANO

Medico della Direzione dell'I. N. A.

Il punto di partenza per queste considerazioni è stato segnato da un sinistro d'invalidità e da un sinistro di morte, dei quali mi sono dovuto recentemente occupare. Il sinistro d'invalidità riguardava un assicurato, il quale aveva chiesto l'esonero dal pagamento dei premi, per alcuni disturbi, nei quali si poteva individuare una « Malattia di Ménière »: il sinistro di morte era avvenuto nella persona di un assicurato (il quale solo da qualche mese aveva perfezionato il contratto di assicurazione) in seguito ad un attacco di « angina pectoris ».

Malattia di Ménière ed angina pectoris costituiscono due sindromi morbose, completamente diverse per etiologia, patogenesi, manifestazioni cliniche. Ma quello che più importa ai fini assicurativi, è il fatto che, mentre la prima è relativamente rara, la seconda si presenta con una certa frequenza, proprio nell'età migliore della vita: la prima può permettere anche una prognosi benigna *quoad vitam* (almeno a base della sindrome non stia un tumore dell'orecchio medio), nella seconda invece è insita una prognosi infausta per se stessa, a più o meno breve scadenza. Bastano questi due ultimi concetti, frequenza e prognosi, a dare una diversa valutazione al rischio: l'assicurando affetto da « Malattia di Ménière » può essere ammesso in Assicurazione, con un adeguato sovrappremio; l'affetto da « angina pectoris » va senz'altro rifiutato. Questo concetto, semplice e di facile intuizione, incontra nella pratica una grande difficoltà d'attuazione. Sindrome di Ménière ed angina pectoris infatti, diverse l'una dall'altra per tutti i caratteri sovraesposti, presentano in comune due particolarità, importantissime dal punto di vista della medicina assicurativa, e cioè, il carattere accessionale ed il silenzio sintomatologico nel periodo d'intervallo tra un eccesso ed un altro. Esistono altre malattie, che possiedono questi due caratteri; per es. la litiasi biliare e quella renale. Ma in queste ultime due, una attenta esplorazione del punto cistico, o delle loggie renali, o dei vari punti ureterali può mettere in evidenza una sensazione dolorosa, un atteggiamento di difesa della parte, che può indurre in sospetto il medico, anche nel periodo di calma della malattia. La sindrome di Ménière e l'angina pectoris non offrono invece alcuno spunto; un eventuale accenno al Romberg o un leggerissimo soffio sistolico sul focolaio aortico possono non richiamare l'attenzione del medico, o essere giudicati da questi di scarsa importanza, in assenza di ogni dichiarazione dell'assicurando in rapporto a precedenti attacchi del male (in queste considerazioni si esclude il caso che tali attacchi si verificino per la prima volta dopo la stipulazione del contratto). Scaturisce da tutto ciò l'importanza delle dichiarazioni dell'assicurando, cosa del resto già nota; se infatti l'assicurando avesse reso una anamnesi perfettamente corrispondente a verità, quei piccoli segni sopramenzionati avrebbero acquistato un altro valore agli occhi del medico e diversa sarebbe stata quindi la valutazione del rischio. Ma non basta; conseguenza di quanto sopra è stato detto è anche questa: che la visita di assicurazione va fatta con tutte le regole dell'arte e nè dal pubblico, che si assicura, nè dai produttori (come purtroppo in qualche caso avviene) essa deve venir considerata una visita pro forma. Tale visita completa, minuziosa, coscienziosa, per essere apportatrice di benefici risultati all'Istituto assicuratore, va fatta da un medico, non solo colto, ma soprattutto nel pieno esercizio della sua professione, poichè solo con una accurata e continua educazione dei sensi (che sono alla base della semeiotica) si possono mettere in rilievo i minimi segni, alle volte precursori di una malattia. Ed io credo che questa condizione, questo allenamento dei sensi, deve essere una delle doti precipue dei Dirigenti dei Centri di Assistenza; tali Dirigenti infatti sono chiamati, fra le altre attribuzioni, alla funzione di controllo dei rischi giudicati tarati dai Fiduciari, che, a buon ragione, la Direzione dell'I. N. A. sceglie fra i più quotati professionisti. Ma questa è una questione di organizzazione, caso mai, e non di medicina assicurativa. La lascio quindi da parte per passare a considerare invece la posizione di due assicurati, uno affetto da sindrome

di Ménière e l'altro da angina pectoris, in caso di contestazione : qui le loro reticenze acquistano diverso valore. Dobbiamo ritenere, infatti, in buona fede l'assicurando, che, all'atto della visita medica, omette di dire di aver sofferto, qualche tempo prima, di un attacco in cui ronzii agli orecchi, vertigine, vomito, senso di mancamento senza perdita della coscienza sono stati da lui interpretati come dipendenti da un banale imbarazzo gastrico ; probabilmente egli non avrà neppure consultato un sanitario, il quale forse, anche se consultato, non avrà potuto in quel momento dare ai sintomi la giusta interpretazione, ed anch'egli si sarà limitato a fare diagnosi di imbarazzo gastrico. Viceversa bisognerà incriminare di mala fede l'assicurando, che dimentica di dire di aver sofferto di un attacco, sia esso rimasto pure isolato, di angina pectoris. Il particolare carattere doloroso dell'attacco di angina pectoris, accompagnato da angoscia e da sensazione di morte imminente non ammette scuse di facile dimenticanza. In caso di attacco di angina il malato non avrà potuto fare a meno di chiamare il medico, il quale non avrà trovato soverchie difficoltà a porre la giusta diagnosi di un male da tutti temuto per la sua gravità, a nessuno sconosciuta. Non si può, inoltre, facilmente dimenticare un fenomeno morboso, sia pure rimasto isolato, il quale però costringe ad un regime di vita rigorosissimo, se si vuole allontanare da sé l'ombra della morte in agguato alla minima deroga. E' ancora da considerare in mala fede l'assicurando, che omette di riferire che tale affezione si è verificata nei suoi ascendenti, pur essendo egli rimasto immune fino allora, perchè tutti conoscono l'importanza del fattore ereditario nella etiologia dell'angina pectoris.

In rapporto all'invalidità, la malattia di Ménière pone sul tappeto un interessantissimo problema.

Come è già noto, e come è esplicitamente espresso nel Mod. S. S. n. 15, l'invalidità si basa sui seguenti concetti : la malattia, che la determina, deve essere indipendente dalla volontà dell'assicurato, deve essere oggettivamente constatabile, deve mettere l'individuo in condizioni di non esercitare più non solo il mestiere o la professione, di cui si è occupato fino allora, ma anche qualsiasi altro lavoro remunerativo. E' facile convincersi che la sindrome di Ménière è indipendente dalla volontà dell'assicurato : il dubbio può sorgere solo quando si è indotti al sospetto di autolesionismo dell'orecchio medio ; caso possibile ma difficile a verificarsi se non in particolari condizioni di vita sociale, o in casi speciali, guerre ecc. In quanto alla constatazione obiettiva della sindrome di Ménière, la cosa è tutt'altro che facile : deve essere una pura combinazione che il medico, incaricato della visita di controllo, possa assistere allo scoppio di un accesso. Ciò però, secondo me, non toglie alcuna cosa al requisito richiesto dalla definizione dell'invalidità. La malattia infatti, per ragioni speciali di decorso, non sarà apprezzabile in quel dato momento, in cui si svolge la visita ; ma sicuramente essa è stata constatata, e sarà constatata in altri momenti, da altri medici, ai quali non esiste nessun motivo per non credere. La constatazione quindi esiste, ma in via indiretta ; nè la definizione, contenuta nel citato Mod. SS. n. 15, accenna ad una necessaria constatazione diretta. Sarà quindi compito del medico, incaricato della visita, arrivare a questo raggiungimento della prova indiretta. Rimane così da vedere se la sindrome di Ménière può permettere un lavoro proficuo. Ciò naturalmente è in rapporto col decorso della malattia e col genere di mestiere o di professione esercitata. Attacchi molto riavvicinati l'uno all'altro devono facilmente impedire qualunque occupazione ; lo stesso devesi dire per le professioni o mestieri pericolosi per sé e per gli altri. Anche in questo caso, naturalmente, dato che non è possibile una lunga osservazione, bisognerà arrivare alla conclusione favorevole o no all'assicurato, solo per via indiretta, ossia con una scrupolosa inchiesta. Nel caso da me esaminato, potei convincermi che esistevano tutte le condizioni richieste e conclusi perciò per ammettere l'invalidità totale e permanente.

Indagini di Statistica Medica

Le cause di morte di un gruppo di assicurati sulla vita di sesso femminile con particolare riguardo al loro stato civile

Dr. FERNANDO VINCENTINI
Medico della Direzione Generale dell' I. N. A.

Nel periodo 1926-1934 sono decedute N. 1337 assicurate dell' Istituto Nazionale delle Assicurazioni in età da quindici anni in su appartenenti al portafoglio ordinario con visita medica.

Le cause di morte di esse sono le seguenti cifre in percentuali :

| | | | |
|---|-------|---|--------|
| Ogni forma di tubercolosi | 12,04 | Malattie dell'apparato respiratorio | 10,03 |
| Altre malattie infettive e parassitarie | 10,92 | Malattie dell'apparato digerente | 8,60 |
| Tumori maligni. | 14,88 | Malattie dell'apparato genito-urinario. | 8,30 |
| Emorragia, trombosi ed embolia cerebrale | 6,36 | Malattie della gravidanza, parto, puerperio | 4,86 |
| Malattie del sistema nervoso ed organi di senso | 1,87 | Suicidi | 1,27 |
| Malattie dell'apparato circolatorio | 11,29 | Morti violente ed accidentali | 1,05 |
| | | Altre cause e non precisate | 8,53 |
| | | <hr style="width: 100%;"/> | 100,00 |

In ordine di importanza al primo posto stanno i tumori maligni, al secondo la tubercolosi, al terzo le malattie dell'apparato circolatorio, al quarto le altre malattie infettive e parassitarie, al quinto le malattie dell'apparato respiratorio, al sesto le malattie dell'apparato digerente, al settimo le altre cause di morte e le non precisate, all'ottavo le malattie dell'apparato genito-urinario, al nono l'emorragia, trombosi ed embolia cerebrale, al decimo le malattie della gravidanza, parto e puerperio, all'undicesimo le malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi, al dodicesimo i suicidi, al tredicesimo le morti violente ed accidentali.

Secondo l'età alla morte (per gruppi) così risultano distribuite le nostre 1337 assicurate :

| | | | |
|--------------|---------|---------------|---------|
| 15 - 19 anni | 0,74 ‰ | 45 - 49 anni | 13,84 ‰ |
| 20 - 24 » | 3,37 ‰ | 50 - 54 » | 10,85 ‰ |
| 25 - 29 » | 7,26 ‰ | 55 - 59 » | 11,37 ‰ |
| 30 - 34 » | 9,87 ‰ | 60 - 64 » | 8,23 ‰ |
| 35 - 39 » | 13,16 ‰ | 65 - ed oltre | 8,59 ‰ |
| 40 - 44 » | 12,72 ‰ | | |

Appare evidente che il maggior numero dei morti è compreso nella classe 45-49 anni; ad essa fa seguito la classe 35-39 a. e poi la classe 40-44 a.

Per poter dare il loro giusto valore a queste cifre e di conseguenza poter giudicare sulla longevità delle assicurate occorrerebbe conoscere la composizione per gruppi di età delle assicurate esposte al rischio dalle quali provenivano le componenti il nostro gruppo. Ma questo purtroppo non ci è possibile ottenere con esattezza probativa.

Riguardo al loro stato civile all'epoca della morte, argomento sul quale si impenna il presente studio, le assicurate ci risultano così ripartite :

| | | |
|---------------------|-------------|---------------|
| nubili | 237 | 17,73 % |
| coniugate | 799 | 59,76 % |
| vedove | 301 | 22,51 % |
| | <u>1337</u> | <u>100,00</u> |

Esaminiamo ora brevemente le cause di morte in ognuna delle tre categorie: nubili, coniugate, vedove.

Cause di morte delle assicurate nubili (cifre percentuali).

| | | | |
|--|-------|---|---------------|
| Ogni forma di tubercolosi | 19,83 | Malattie dell'apparato digerente | 7,17 |
| Altre malattie infettive e parassitarie | 9,70 | Malattie dell'apparato genito-urinario. | 8,02 |
| Tumori maligni | 17,72 | Malattie della gravidanza, parto, puerperio | — |
| Emorragia, trombosi, embolia cerebrale | 3,38 | Suicidi | 2,95 |
| Malattie del sistema nervoso ed organi dei sensi | 2,11 | Morti violente ed accidentali. | 1,69 |
| Malattie dell'apparato circolatorio | 6,33 | Altre cause di morte e non precisate. | 13,08 |
| Malattie dell'apparato respiratorio | 8,02 | | <u>100,00</u> |

La causa di morte che abbraccia il maggior numero di frequenze è la tubercolosi nelle varie forme; al secondo posto troviamo i tumori maligni; al terzo le altre cause di morte e non precisate; al quarto le altre malattie infettive e parassitarie; al quinto alla pari le malattie dell'apparato respiratorio e le malattie dell'apparato genito-urinario, al sesto; le malattie dell'apparato digerente; agli ultimi due posti stanno le malattie del sistema nervoso e le morti violente ed accidentali.

Le frequenze percentuali relative ai gruppi di età alla morte delle assicurate nubili sono le seguenti:

| | | | |
|------------------------|---------|-------------------------|---------|
| 15 - 19 anni | 3,38 % | 45 - 49 anni | 11,81 % |
| 20 - 24 » | 10,55 % | 50 - 54 » | 7,17 % |
| 25 - 29 » | 11,81 % | 55 - 59 » | 5,91 % |
| 30 - 34 » | 13,50 % | 60 - 64 » | 5,49 % |
| 35 - 39 » | 14,35 % | 65 - ed oltre | 4,64 % |
| 40 - 44 anni | 11,39 % | | |

Il gruppo di età comprendente il maggior numero di frequenze è quello 35-39, segue il gruppo 30-34 e poi il gruppo 45-49.

Cause di morte delle assicurate coniugate (cifre percentuali).

| | | | |
|--|-------|---|---------------|
| Ogni forma di tubercolosi | 11,76 | Malattie dell'apparato digerente | 9,13 |
| Altre malattie infettive e parassitarie | 11,76 | Malattie dell'apparato genito-urinario. | 9,13 |
| Tumori maligni | 13,14 | Malattie della gravidanza, parto, puerperio | 8,14 |
| Emorragia, trombosi, embolia cerebrale | 5,51 | Suicidi | 0,75 |
| Malattie del sistema nervoso ed organi dei sensi | 1,63 | Morti violente ed accidentali | 1,13 |
| Malattie dell'apparato circolatorio | 9,89 | Altre cause di morte e non precisate | 7,89 |
| Malattie dell'apparato respiratorio | 10,14 | | <u>100,00</u> |

Dal prospetto precedente risulta che al primo posto stanno i tumori maligni, al secondo la tubercolosi e le altre malattie infettive alla pari, al terzo le malattie dell'apparato respiratorio, al quarto le malattie dell'apparato circolatorio, al quinto le malattie dell'apparato digerente, alla pari con quelle dell'apparato genito-urinario, al sesto le malattie della gravidanza, parto e puerperio. Le frequenze minori sono quelle relative alle morti violente ed accidentali ed al suicidio.

Ed ecco la distribuzione delle assicurate coniugate decedute, per gruppi di età alla morte :

| | | | |
|--------------|---------|---------------|---------|
| 15 - 19 anni | 0,25 % | 45 - 49 anni | 14,77 % |
| 20 - 24 » | 2,50 % | 50 - 54 » | 10,39 % |
| 25 - 29 » | 8,26 % | 55 - 59 » | 10,76 % |
| 30 - 34 » | 12,02 % | 60 - 64 » | 5,76 % |
| 35 - 39 » | 16,14 % | 65 - ed oltre | 4,13 % |
| 40 - 44 » | 15,02 % | | |

Anche per le coniugate il gruppo di età alla morte più numeroso è quello 35 - 39, ad esso segue il gruppo 40 - 44 e poi il gruppo 45 - 49.

Cause di morte delle vedove (in cifre percentuali).

| | | | |
|--|-------|--|--------|
| Ogni forma di tubercolosi | 6,64 | Malattie dell'apparato respiratorio | 11,30 |
| Altre malattie infettive e parassitarie | 9,63 | Malattie dell'apparato digerente | 8,31 |
| Tumori maligni | 17,28 | Malattie dell'apparato genito urinario | 6,31 |
| Emorragia, trombosi ed embolia cerebrale | 10,96 | Malattie della gravidanza, parto e puerperio | — |
| Malattie del sistema nervoso ed organi dei sensi | 2,33 | Suicidi | 1,33 |
| Malattie dell'apparato circolatorio | 18,94 | Morti violenti ed accidentali | 0,33 |
| | | Altre cause di morte e non precisate | 6,64 |
| | | | 100,00 |

La causa di morte che raccoglie il maggior numero di frequenze è : le malattie dell'apparato circolatorio, vengono al secondo posto i tumori maligni, al terzo le malattie dell'apparato respiratorio, al quarto l'emorragia trombosi ed embolia cerebrale, al quinto le altre malattie infettive e parassitarie, al sesto le malattie dell'apparato digerente. Le frequenze minori sono quelle relative al suicidio ed alle morti violente ed accidentali.

Ed ecco la distribuzione delle vedove per gruppi di età alla morte :

| | | | |
|--------------|--------|---------------|---------|
| 15 - 19 anni | — | 45 - 49 anni | 12,96 % |
| 20 - 24 » | — | 50 - 54 » | 14,95 % |
| 25 - 29 » | 0,99 % | 55 - 59 » | 17,28 % |
| 30 - 34 » | 1,33 % | 60 - 64 » | 16,94 % |
| 35 - 39 » | 4,32 % | 65 - ed oltre | 23,59 % |
| 40 - 44 » | 7,64 % | | |

Appare evidente che il gruppo più numeroso è quello 65 ed oltre, cui fa seguito il gruppo 55-59 ed il gruppo 60 - 64.

Se diamo uno sguardo comparativo sintetico alle cause di morte nelle tre categorie e sempre considerando le cifre proporzionali a 100 assicurate morte appartenenti ad ognuna delle categorie medesime vediamo che la cifra della tubercolosi è maggiore nelle nubili, quella delle altre malattie infettive e parassitarie nelle coniugate, quella dei tumori maligni nelle nubili, l'emorragia, trombosi ed embolia cerebrale nelle vedove, quella delle malattie del sistema nervoso ed organi dei sensi nelle vedove, quella delle malattie dell'apparato respiratorio nelle vedove, quella delle malattie dell'apparato digerente nelle coniugate, quella delle malattie dell'apparato genito-urinario nelle coniugate, i suicidi nelle nubili, le morti violente ed accidentali nelle nubili, le altre cause di morte e le non specificate nelle nubili.

Le malattie della gravidanza, parto e puerperio figurano solamente nella categoria delle coniugate.

Per chi volesse fare qualche cauto confronto tra le cifre delle assicurate e quelle

della popolazione generale nel Regno (femmine), abbiamo con le cifre dell'Istituto Centrale di Statistica compilato il seguente prospetto :

Femmine della popolazione generale del Regno in età da 15 anni in su, morte nel biennio 1933-34 distribuite per cause di morte e secondo lo stato civile (cifre proporzionali a 100 femmine morte di ogni categoria di stato civile).

| CAUSE DI MORTE | Nubili | Coniugate | Vedove |
|---|--------|-----------|--------|
| Ogni forma di t.b.c. | 24,11 | 10,50 | 1,89 |
| Altre malattie infettive e parassitarie | 6,27 | 5,25 | 2,92 |
| Tumori maligni | 6,67 | 11,25 | 7,32 |
| Emorragia, trombosi, embolia cerebrale | 7,82 | 11,99 | 16,55 |
| Malattie del sistema nervoso ed organi dei sensi | 3,27 | 1,74 | 0,80 |
| " dell'apparato circolatorio | 15,30 | 18,24 | 24,52 |
| " " " respiratorio | 12,67 | 14,60 | 15,38 |
| " " " digerente | 5,66 | 6,88 | 4,59 |
| " " " genito-urinario | 3,84 | 5,35 | 3,52 |
| " della gravidanza, parto e puerperio | 0,60 | 3,40 | 0,04 |
| Suicidi | 1,13 | 0,53 | 0,17 |
| Morti violente e accidentali. | 1,55 | 1,25 | 0,82 |
| Altre cause di morte | 11,11 | 9,07 | 21,48 |
| <i>Totale</i> | 100,00 | 100,00 | 100,00 |

Dall'esame di esso emerge che la tubercolosi predomina tra le nubili, le altre malattie infettive e parassitarie tra le nubili, i tumori maligni tra le coniugate, l'emorragia, trombosi ed embolia cerebrale tra le vedove, le malattie del sistema nervoso tra le nubili, le malattie dell'apparato circolatorio tra le vedove, le malattie dell'apparato circolatorio tra le vedove, le malattie dell'apparato digerente tra le coniugate, le malattie dell'apparato genito-urinario tra le coniugate, le malattie della gravidanza parto e puerperio tra le coniugate, i suicidi tra le nubili, le morti violente ed accidentali tra le nubili, le altre cause di morte infine tra le nubili.

Ad eccezione dunque delle altre malattie infettive, dei tumori maligni e delle malattie del sistema nervoso, le varie cause di morte hanno nelle due popolazioni considerate (assicurate e popolazione femminile del Regno), dei dati che possono sembrare discretamente concordanti. Non bisogna qui dimenticare che le cifre delle assicurate possono, specialmente per quello che riguarda alcune cause di morte (es. i tumori maligni) risentire la influenza tutt'altro che trascurabile del fattore antiselettivo. È inoltre bene insistere sul fatto che il confronto viene eseguito fra le appartenenti ad una classe scelta morti in un lungo periodo di tempo, e le appartenenti alla popolazione generale di un solo biennio.

Analizzando tutte le cifre delle cause di morte delle nostre assicurate nelle tre categorie (nubili, coniugate, vedove) e la distribuzione per gruppi di età alla morte, siamo venuti nella convinzione che la selezione secondo le cause di morte stesse sia in stretto rapporto con il fattore età e che il fattore stato civile abbia una importanza molto minore, se si fa eccezione per le malattie della gravidanza parto e puerperio, appannaggio delle coniugate.

Tuttavia per ricercare se ed in quanto agissero sulla distribuzione per cause di morte la presenza di fattori legati strettamente allo stato civile (sociali, morali, economici ecc. con ripercussione biologica) abbiamo considerato la distribuzione percentuale delle cause di morte in ognuna delle tre categorie in gruppi di assicurate della stessa età (gruppi di età alla morte) sempre tenendo conto però delle cifre proporzionali a 100 assicurate morte delle stesse categorie di stato civile.

Ogni forma di tubercolosi

| | 15 - 39 anni | 40 - 54 anni | 55-60 anni |
|-----------------|--------------|--------------|------------|
| Nubili | 29,92 | 9,72 | 5,26 |
| Coniugate . . . | 18,53 | 9,97 | 2,43 |
| Vedove | 35,00 | 12,15 | — |

Altre malattie infettive e parassitarie

| | 15 - 39 anni | 40 - 54 anni | 55-60 anni |
|-----------------|--------------|--------------|------------|
| Nubili | 11,02 | 9,72 | 5,26 |
| Coniugate . . . | 14,06 | 11,21 | 2,48 |
| Vedove | 15,00 | 9,35 | 9,20 |

Tumori maligni

| | 15 - 39 anni | 40 - 54 anni | 55-60 anni |
|-----------------|--------------|--------------|------------|
| Nubili | 13,39 | 22,22 | 23,68 |
| Coniugate . . . | 5,75 | 19,00 | 15,77 |
| Vedove | 20,00 | 22,43 | 9,20 |

Emorragia, trombosi, embolia cerebrale

| | 15 - 39 anni | 40 - 54 anni | 55-60 anni |
|-----------------|--------------|--------------|------------|
| Nubili | 1,58 | 2,78 | 5,26 |
| Coniugate . . . | 2,24 | 5,30 | 12,12 |
| Vedove | — | 8,41 | 13,79 |

Malattie del sistema nervoso ed organi dei sensi

| | 15 - 39 anni | 40 - 54 anni | 55-60 anni |
|-----------------|--------------|--------------|------------|
| Nubili | 1,58 | 2,78 | 2,63 |
| Coniugate . . . | 0,96 | 1,87 | 2,43 |
| Vedove | 5,00 | 4,67 | 0,57 |

Malattie dell'apparato circolatorio

| | 39 anni | 40 - 54 anni | 55-60 anni |
|-----------------|---------|--------------|------------|
| Nubili | 3,15 | 5,56 | 18,42 |
| Coniugate . . . | 6,70 | 9,35 | 16,97 |
| Vedove | 5,00 | 12,15 | 24,71 |

Malattie dell'apparato respiratorio

| | 15 - 39 anni | 40 - 54 anni | 55-60 anni |
|-----------------|--------------|--------------|------------|
| Nubili | 6,30 | 8,33 | 13,17 |
| Coniugate . . . | 7,67 | 9,97 | 15,15 |
| Vedove | 5,00 | 9,35 | 13,22 |

Malattie dell'apparato digerente

| | 15 - 39 anni | 40 - 54 anni | 55-60 anni |
|-----------------|--------------|--------------|------------|
| Nubili | 5,51 | 11,11 | 5,26 |
| Coniugate . . . | 5,43 | 11,84 | 10,70 |
| Vedove | 15,00 | 5,61 | 9,20 |

Malattie dell'apparato genito-urinario

| | 15 - 39 anni | 40 - 54 anni | 55-60 anni |
|-----------------|--------------|--------------|------------|
| Nubili | 6,30 | 8,33 | 13,17 |
| Coniugate . . . | 9,58 | 8,10 | 10,30 |
| Vedove | — | 8,41 | 5,75 |

Suicidi

| | 15 - 39 anni | 40 - 54 anni | 55-60 anni |
|-----------------|--------------|--------------|------------|
| Nubili . . . | 4,72 | 1,39 | — |
| Coniugate . . . | 0,64 | 1,25 | — |
| Vedove . . . | — | 1,87 | 1,15 |

Morti violente ed accidentali

| | 15 - 39 anni | 40 - 54 anni | 55-60 anni |
|-----------------|--------------|--------------|------------|
| Nubili . . . | 2,36 | 1,39 | — |
| Coniugate . . . | 1,92 | 0,93 | — |
| Vedove . . . | — | — | 0,57 |

Questa ricerca però non ci ha fornito risultati molto soddisfacenti. Ad alterarne il valore ha concorso certamente la differente composizione numerica dei vari gruppi sia riguardo alla distribuzione per età che per stato civile. Forse disponendo di un materiale più omogeneo si giungerebbe a risultati più probativi. Tuttavia abbiamo elementi sufficienti per dedurre che, almeno per alcune cause di morte (tubercolosi, suicidio, malattie infettive e parassitarie) al fattore età deve essersi aggiunto nel determinismo della causa di morte stessa qualche altro fattore probabilmente legato allo stato civile della assicurata.

Qui ha termine l'esposizione dei risultati della nostra indagine. Dato il carattere della rubrica nella quale viene ospitato il lavoro non ci soffermiamo a trarre deduzione alcuna ai fini della medicina delle assicurazioni vita. Avvertiamo però fin d'ora i nostri lettori che queste cifre saranno da noi nuovamente prese in considerazione in altro studio di prossima pubblicazione, riguardante il problema molto interessante dal punto di vista assicurativo sul rischio donna.

Varie**Attività e programma dell' I. N. A. nel campo della prevenzione**

(Relazione del Prof. Dr. Ilario Romanelli, Capo del Servizio Sanitario dell' I. N. A. al X° Congresso Nazionale di Igiene - Napoli, 4-7, ottobre-XIV)

Eccellenze, Signore, Signori,

Riassumo l'opera che l'I.N.A. svolge nel campo della prevenzione.

In occasione dell'VIII Congresso di Igiene tenuto a Roma nell'Ottobre del 1932 ebbi l'onore di accennare all'opera che l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni svolge nel campo dell'igiene generale del Paese.

Posso aggiungere oggi che nel solo quinquennio 1930-34 l'Istituto ha impiegato un miliardo e duecento milioni circa in opere per il miglioramento igienico del Paese (case, acquedotti, fognature, ospedali, terme, ecc.).

Ma qui oggi voglio limitarmi ad accennare a quella parte del programma più strettamente medica; poichè dalla primavera del 1930 l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha iniziato l'attuazione di un programma sanitario ai propri assicurati.

Esso ha per fine il **prolungamento della vita degli assicurati nelle migliori condizioni di salute** ed ha per mezzo **la larga applicazione della medicina preventiva individuale.**

Questo campo della **medicina preventiva individuale intesa nel senso di medicina preventiva per qualsiasi causa morbosa, è stato scelto perchè più consono agli interessi dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.** Peraltro non vi sono oggi Enti che svolgono la loro attività in questo campo. Perciò l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni evita duplicati, non intralcia in qualsiasi modo l'opera di altri Enti, nè turba interessi di classi o di persone.

L'Ente di Stato che ha il compito di regolare l'assicurazione Vita in Italia ha il dovere di collaborare con lo Stato per la tutela della salute.

E' interesse dello Stato avere cittadini sani e validi che col loro lavoro apportino ricchezza alla Patria.

E' interesse dell'Ente assicuratore che il maggior numero dei contratti di assicurazione si esauriscano per scadenza e che il numero dei sinistri di premorienza sia il più limitato possibile.

E' interesse di ogni uomo vivere più lungamente e nelle migliori condizioni di salute.

Perciò l'interesse dello assicurato coincide perfettamente con quello dello Stato e dell'Ente assicuratore.

E l'Istituto, Ente di Stato, ha sentito il dovere di intervenire in questo campo, ma non ha voluto assolutamente fare duplicati nè turbare interessi preconstituiti.

Perciò ha scelto il campo più adatto allo scopo che si prefiggeva, quello cioè della medicina preventiva individuale.

*
* *

L'Istituto richiama l'attenzione degli assicurati sulla loro salute perchè essi vigilino e sorvegliano il buono stato di essa ed eventualmente venga sorpreso qualsiasi inizio di deviazione dal normale.

A tale uopo ha istituito le visite mediche periodiche.

L'Istituto concede a tutti gli assicurati per somme superiori a lire ventimila un buono gratuito di visita medica per cui l'assicurato, secondo gli accordi intervenuti tra l'Istituto ed il Sindacato Nazionale dei Medici, può rivolgersi a qualunque medico di sua fiducia per essere sottoposto alla visita di collaudo.

Il medico è tenuto al segreto professionale anche verso l'Istituto. Egli, dopo aver visitato l'assicurato e dopo avergli dato i consigli del caso, deve ritornare il buono firmato all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni che provvede a spedirgli l'onorario concordato con il Sindacato dei medici.

*
* *

Peraltro la medicina odierna sente il bisogno dell'ausilio dei Laboratori e non può tralasciare le indicazioni che possono derivare da esami serologici, di chimica e di fisica applicata alla medicina.

Per questa ragione l'Istituto ha attrezzato modernamente i propri Laboratori e concede periodicamente ai propri assicurati esami quali l'azotemia, la glicemia, la uricemia, la reazione di Kahn e di Wassermann, l'esame dello espettorato e delle urine, la misurazione della pressione arteriosa, l'elettrocardiogramma, la teleradiografia del torace.

In tal modo l'Istituto diffonde largamente la utilità di queste ricerche di Laboratorio che egli concede solo periodicamente.

E per venire incontro ai bisogni degli assicurati che sono distribuiti in tutta Italia, ha creato i Centri Sanitari Regionali ed Interregionali. Questi sono attrezzati in modo da soddisfare agli impegni che l'Istituto ha assunto per gli esami di Laboratorio periodici agli assicurati.

Hanno inoltre un « Consultorio per il collaudo periodico della salute » per tutti quegli assicurati che non hanno diritto al buono di visita medica.

Per tutti, comunque assicurati, vi è un « Consultorio di Igiene » per dare agli assicurati consigli circa l'igiene personale, l'igiene del lavoro e la prevenzione delle malattie specialmente infettive. Questa è una istituzione assolutamente nuova e che può rendere utili servizi al Paese.

E per adeguarsi alle necessità del momento, poichè molti sentono il bisogno di contribuire allo sviluppo della civiltà italiana nelle Colonie e nel nuovo Impero Italiano di Etiopia, vengono praticate agli assicurati, presso i Centri sanitari, « Visite consultive gratuite, per dare circa la idoneità alla vita coloniale ».

*
* *

Per diffondere norme per vivere sani, per prevenire le malattie o per consentire a coloro che ne fossero affetti, una vita quanto più è possibile lunga e di lavoro proficuo, l'Istituto bandisce concorsi a premi per monografie da distribuire agli assicurati.

Sono l'esito di un primo concorso le due pubblicazioni « Vivere Sani » e « Salute, tesoro della Vita ».

Esse furono scelte e giudicate da una Commissione di cui faceva parte S. E. De Blasi Presidente di questa nostra Associazione Nazionale di Igiene.

Scade il 15 di questo mese il secondo concorso bandito dall'Istituto per una monografia che deve contenere « una chiara e semplice esposizione di norme atte a prevenire le affezioni del cuore e dei vasi sanguigni e le norme che possano consentire una vita relativamente lunga e di lavoro proficuo a coloro che da tali affezioni fossero stati colpiti ».

La Commissione giudicatrice di questo concorso è costituita da S. E. De Blasi, dal Prof. Giulio Galli, Prof. Antonio Sebastiani e Prof. Agenore Zeri.

Nel Gennaio del 1937 scade il terzo concorso bandito all'Istituto per una monografia che deve contenere « norme di vita igienica e di lavoro proficuo nell'Impero Italiano di Etiopia e nelle altre Colonie e possedimenti italiani, e norme per prevenire le malattie che risultano ivi più frequenti ».

La pubblicazione periodica dell'Istituto « L'Assistenza Sanitaria agli Assicurati », distribuita in « edizione speciale » agli assicurati, diffonde norme di igiene e di medicina preventiva.

*
* *

Ma l'Istituto non trascura gli aiuti per la medicina curativa, ed agli assicurati che hanno bisogno di sottoporsi ad operazioni di alta chirurgia concede prestiti senza interesse. Spinge gli assicurati a curare la propria salute rivolgendosi alle varie Terme, Case di cura ed a medici specialisti presso i quali ha ottenuto, d'intesa con il Sindacato Nazionale dei medici, delle facilitazioni allo scopo di indurli più facilmente a curarsi.

Seguendo questa strada di esaltazione e di tutela della salute, l'Ente di Stato si è ispirato alle direttive del Regime che ha dato oggi in Italia nuovo e più vigoroso impulso alla medicina preventiva col redimere l'Italia dalla secolare malaria, col creare l'Opera della Maternità ed Infanzia e l'Opera Nazionale del Dopolavoro, che sono vanto di questa nuova Italia.

L'ASSICURAZIONE VITA DEI RISCHI TARATI NEI CONGRESSI E CONFERENZE INTERNAZIONALI

Dott. A. LAMBERTI-BOCCONI
Segretario del C. I. R. T.

Poste, nei congressi medici, le basi per l'ammissibilità in assicurazione dei rischi aggravati, l'importante problema passò al vaglio dei tecnici i quali, nei loro convegni internazionali, studiarono le possibilità tariffarie da applicare alle differenti classi di rischi anormali, classi costituite da gruppi di individui che presentano tare uguali od affini e che, con un po' di tolleranza, si potrebbero dire omogenee.

L'assenza di statistiche e di indagini opportunamente disposte, creava molte difficoltà e non tutte facilmente superabili, ma l'importanza dell'argomento era tale per cui, d'ogni parte, sorsero iniziative pratiche e scientifiche e le une sboccarono nella creazione di consorzi nazionali per la assicurazione dei rischi aggravati, le altre nel richiamare particolarmente l'attenzione degli studiosi fino al punto da includere questo argomento fra quelli posti in discussione nei congressi internazionali degli attuari.

Ma il problema della valutazione dei rischi aggravati non è problema soltanto medico o soltanto attuariale.

La molteplicità degli aspetti che esso presenta, la opportunità della coordinazione nelle indagini mediche ed attuariali, la convenienza che i criteri della valutazione delle varie classi di rischio si mantengono per quanto possibile entro direttive da tutti accettabili, ed altre considerazioni d'ordine meno rilevante, indussero le organizzazioni specializzate, nel frattempo, in questo genere di assicurazione, a trattare l'argomento dell'accettazione dei rischi aggravati separatamente da i temi dei convegni internazionali degli attuari e dettero vita, pertanto, a particolari periodiche conferenze, ove si discutono problemi attuariali, medici, statistici ecc. riflettenti *soltanto* i rischi aggravati.

Ecco, in rapidi cenni, la strada percorsa fin qui ed il cammino prosegue con ritmo non diminuito. L'argomento è estremamente interessante e si illumina, come non altri, d'una luce che trova la sua origine ed il suo alimento nel desiderio di offrire una manifestazione di solidarietà che consenta, a chi è diretta, di dissipare fondatissime preoccupazioni permettendo di compiere l'atto previdenziale che era, per il passato, precluso.

*
**

L'ultimo congresso internazionale dei medici specialisti che si occupò della questione dell'assicurazione dei rischi aggravati, è stato quello di Berlino del 1906, e convinto ormai dell'assicurabilità anche dei rischi aggravati, il Comitato Permanente dei Congressi Internazionali degli Attuari di Brusselle, proponeva a tutte le associazioni di attuari, di costituire una commissione di studio, con lo scopo di indagare attorno ai rischi anormali.

A dire il vero, tale proposta, ma forse più ancora per i metodi indaginosi ch'essa suggeriva, non riscosse l'unanime approvazione delle associazioni, e nel Congresso di Vienna del 1909, la questione dei rischi aggravati tornò alla ribalta. Il quesito che formò oggetto delle discussioni venne così espresso:

« E' raccomandabile l'assicurazione di persone non ammesse attualmente all'assicurazione normale, secondo speciali classi di rischi? »

« Nel caso affermativo, come bisognerà stabilirne le basi? »

Tecnici e teorici si manifestarono favorevoli a che gli studi iniziati fossero continuati sempre più intensamente, tanto più che, in quel congresso, erano state espresse delle opinioni, per quei tempi e dato lo stadio delle conoscenze in materia, veramente audaci.

Il Sig. L. Mangie, dell'associazione degli Attuari belgi, infatti, riferiva sui risultati a cui eran pervenute alcune sue indagini statistiche sui rischi rifiutati dalla compagnia di cui faceva parte, risultati che gli avrebbero consentito di affermare che certi rischi aggravati potevano esser considerati addirittura normali ed essere ammessi in assicurazione senza soprapremio, mentre i rischi veramente aggravati potevan dirsi ridotti a ben poca cosa.

Comunque, il Congresso concludeva con l'ammettere senza ormai più riserve, che poteva dirsi giunto il tempo di allargare i limiti di accettazione dei rischi includendovi, pertanto, anche una parte di quelli fino allora rifiutati.

Restava ora da vedere a quali condizioni tale ammissione poteva avvenire, dato che i suggerimenti del Sig. Mangie sembravano, nell'assenza di statistiche sicure ed indagini sufficien-

temente ampie, per lo meno troppo ottimisti. Tanto più che dalla stessa definizione del rischio aggravato data dal Dr. Mangie, si rileva l'importanza ch'egli attribuiva agli elementi statistici, che peraltro egli nemmeno forniva in modo sufficientemente ampio a dimostrazione di quanto asseriva. Per esso il rischio aggravato è quello: «*présentant au point de vue santé, des tares ayant un caractère de permanence d'une réelle importance étant estimée d'après des statistiques bien dressées. C'est un risque, qui possède un caractère spécial bien défini qui le rend nettement et surtout sensiblement inférieur à la limite des assurables*».

Un notevole passo innanzi nelle possibilità di valutazione della sopramortalità dei rischi aggravati è rappresentato dalla pubblicazione, avvenuta in America, di un importantissimo studio curato dal «*Joint Committee on Mortality*», nominato dalle due importanti associazioni nordamericane, la «*Actuarial Society of America*» e la «*Association of Life Insurance Medical Directors*». Tale studio, denominato «*Medico-Actuarial Mortality Investigation*» venne alla luce fra il 1912 ed il 1914, ed è raccolto in ben cinque volumi.

Vi fu poi l'interruzione della guerra, durante il qual periodo le organizzazioni scandinave si occuparono, più delle altre, dello studio dei problemi inerenti all'assicurazione dei rischi aggravati.

L'argomento, però, pur occupando vivamente gli studiosi, non è più oggetto di discussioni internazionali fino al 1927, anno nel quale, riunendosi a Londra l'8° Congresso degli Attuari, è finalmente inclusa, fra gli argomenti ufficiali, l'«*assicurazione dei rischi aggravati*».

Molti ed interessanti sono stati i lavori e le memorie presentate ed assai proficue le discussioni che si intrecciarono su questo problema che, dopo tanti anni, era messo in piena luce e ad un posto d'onore, figurando fra quelli altrettanto importanti, che richiamano l'attenzione e lo studio dei tecnici d'ogni parte del mondo.

Di nuovo, come a Vienna, i lavori dei belgi L. Mangie e E. Poëls, son quelli che per l'arditezza delle conclusioni a cui pervengono, maggiormente impressionano. Il Segretario del Consorzio Austriaco per l'assicurazione dei rischi aggravati, Dottor. Gruder, il Presidente del Consorzio Cecoslovacco, Dr. Kubicek, il danese Dr. Drachmann, il finlandese Dr. Kuusi, il tedesco Dr. Rudolph, l'inglese Dr. Maltby, il norvegese Dr. Aabakken, lo svedese Dr. Palme e gli americani Henderson, Moir e Mead, portano tutti un contributo validissimo di suggerimenti e di esperienza con le loro elaborate comunicazioni.

Gli ammaestramenti che dai lavori di quel Congresso si possono dedurre, potremmo riassumere brevemente così:

Malgrado l'assenza di statistiche sulla mortalità dei rischi aggravati che possano dare sufficienti affidamenti, dagli insegnamenti delle varie indagini, sia pur sporadiche e limitate nel numero e nel tempo, compiute da qualche studioso, dagli insegnamenti e dall'osservazione medica, dai suggerimenti e dai consigli esposti nei precedenti congressi dei Medici delle Compagnie di Assicurazione, si può senz'altro ammettere che la severità nella selezione dei rischi aggravati ha potuto essere notevolmente mitigata da un po' d'anni a questa parte, senza che, per questo si siano finora manifestati inconvenienti degni di rilievo.

Il cammino verso una più larga comprensione della rischiosità che presentano gli assicurandi menomati nel loro stato di salute, procedeva ormai sicuro, seppur lentamente, e la previdenza allargava definitivamente le braccia anche a coloro che, sol per non esser stati favoriti dalla sorte, avevano visto fino allora preclusa la possibilità di proteggere i congiunti dalle conseguenze di una morte precoce.

Nel Congresso di Londra, poi, prese forme precise un problema fino allora, se non trascurato, per lo meno non convenientemente approfondito: la necessità di basare sulle statistiche e sulla osservazione medica lo studio dei rischi aggravati *classificati in gruppi omogenei*.

Altra circostanza che merita di esser rilevata riguarda l'appello che fu rivolto da parecchi congressisti per una collaborazione europea fra le organizzazioni che si interessavano dell'assicurazione dei rischi aggravati.

Il Dr. Gruder del Consorzio Austriaco raccomandò una «*Association centrale scientifique, dont le rôle serait de faire naître entre les organisations isolées un échange régulier d'idées dans toutes les questions actuelles d'acceptation de risques tarés et, en mettant en oeuvre des principes uniformes, de préparer de futures recherches statistiques dans ce domaine*», e presentò un progetto provvisorio per un piano di lavoro e per l'organizzazione di un simile ufficio centrale internazionale e scientifico.

Il Dr. Kubicek, di Praga, auspicò che gli affari del Consorzio Cecoslovacco fossero aiutati e confortati da una collaborazione scientifica con le organizzazioni similari degli altri paesi.

Il Signor Sven Palme di Stoccolma infine proponeva alle Compagnie di assicurazione vita di tutti i paesi di voler stabilire una collaborazione in comune con le compagnie svedesi con lo scopo di estendere l'assicurabilità a tutti quei casi finora rifiutati, impiegando a tal fine un criterio per quanto possibile uniforme. E terminò la sua comunicazione al Congresso con queste parole:

« I feel sure that such international work, leaving aside the practical and purely technical benefit accruing therefrom, would carry with it important advantages, in so far as it would provide satisfactory scientific cooperation among the leading minds in life insurance throughout the world ».

Questi appelli e suggerimenti non rimasero infecondi e determinarono, già durante i lavori del Congresso di Londra, scambio di consultazioni da parte dei rappresentanti di molti paesi europei.

Infatti, è da segnalarsi, la riunione del 30 giugno 1927, presso l'Albergo Métropole di Londra, alla quale presero parte i rappresentanti degli otto stati: Cecoslovacchia, Danimarca, Finlandia, Olanda, Italia, Norvegia, Austria, Svezia.

Il Signor Palme precisò lo scopo della adunanza, scopo che mirava alla costituzione di un Comitato Internazionale, con il compito di discutere tutte le questioni teorico-pratiche relative all'assicurazione vita dei rischi tarati, di predisporre indagini statistiche uniformi presso tutti i Consorzi e organizzazioni di riassicurazione che si occupano della valutazione dei rischi aggravati e di stabilire una collaborazione fra tutti questi enti, i quali avrebbero dovuto lavorare di comune accordo allo scopo di estendere sempre più la possibilità di assicurazione nel campo dei rischi aggravati.

Il Dr. Gruder del Consorzio Austriaco, propose che, per passare senza indugio sul terreno della pratica attuazione degli scopi sopra accennati, fosse tenuta una conferenza nello stesso anno — 1927 — con la partecipazione di tutti gli Enti che in Europa si occupano di questa speciale attività assicurativa.

Ed infatti, organizzata dal Consorzio Austriaco, fu tenuta a Vienna la « 1^a Conferenza Internazionale concernente questioni sull'assicurazione vita dei rischi tarati », nei giorni 28 e 29 novembre 1927.

Erano rappresentate otto nazioni: Cecoslovacchia, Danimarca, Finlandia, Italia, Jugoslavia, Rumenia, Svezia, Austria.

Gli argomenti posti in discussione furono parecchi ed interessanti: l'adozione di una scheda statistica uniforme ed i metodi di selezione applicati dai vari consorzi; la opportunità di scambio di esperienze fra le varie organizzazioni e delle possibilità di migliorare le basi tecniche e statistiche dell'assicurazione dei rischi tarati; dell'utilità che le organizzazioni si concertassero per adottare criteri di valutazione per quanto possibile uniformi e così via. Ed a conclusione delle discussioni i consorzi e le organizzazioni di riassicurazione rappresentati alla Conferenza convennero di addivenire ad una cooperazione regolare nei riguardi delle questioni scientifiche e pratiche dell'assicurazione dei rischi tarati, prendendo in considerazione in prima linea il libero scambio delle esperienze reciproche. A tale scopo avrebbero inoltre contribuito tanto le assemblee che periodicamente sarebbero state tenute alternativamente nella sede dei singoli partecipanti alla cooperazione internazionale, quanto le regolari corrispondenze tra gli enti stessi, pel tramite di uno che avrebbe assunto le funzioni di segreteria della cooperazione stessa.

Per giungere alla formulazione di un piano pratico di lavoro, fu nominata una commissione la quale, sotto la presidenza del Sig. Osorovitz, pervenne alle seguenti deliberazioni:

1° per la conoscenza reciproca delle direttive di lavoro, ogni organizzazione dovrà far pervenire a quella che assumerà le funzioni di Segreteria, i bilanci, gli statuti, le basi tecniche impiegate per il calcolo dei premi, delle riserve matematiche e dei valori di riscatto e di riduzione; il piano tecnico della partecipazione agli utili da parte degli assicurati ai premi maggiorati (se una tal cosa è prevista); le condizioni generali di assicurazione; le direttive seguite nella valutazione dei rischi aggravati e così via;

2° per la migliore utilizzazione degli elementi che derivano dallo scambio dei pareri, le organizzazioni riempiranno, per ogni caso loro sottoposto, un formulario il quale dovrà contenere le seguenti domande:

- a) è accettabile il rischio nella forma « Vita Intera » ?
- b) o, in caso contrario, quale durata massima potrebbesi concedere per la forma « Mista » ?
- c) per una assicurazione forma « mista » di durata 20 anni, indicare:
 - il premio di tariffa (per l'età reale);
 - il premio applicato (per l'età aumentata);
 - l'aumento espresso in percentuale;
 - la tavola di mortalità usata ed il saggio d'interesse;
 - la classe di sopramortalità;
 - le eventuali carenze;
 - la possibilità del riesame;
 - la possibilità di accordare la copertura del rischio di invalidità;
 - eventuali altre restrizioni.

3° circa la introduzione di una scheda statistica uniforme, la Commissione stimò opportuno nominare, a sua volta, un piccolo Comitato di tre membri, e la scelta cadde sulle persone del Dr. Spitzer (Italia), del Dr. Gruder (Austria) e del Dott. Keinanen (Finlandia), in certo qual modo rappresentanti rispettivamente delle organizzazioni della Europa meridionale, centrale e settentrionale, con l'incarico di studiare l'argomento e di riferirne alla prossima Conferenza internazionale.

Esaurito, con diligenza e sommo zelo, il suo incarico, la Commissione si presentò, con le deliberazioni a cui era giunta, all'Assemblea dei Rappresentanti, che quest'ultima adottò senz'altro, con voto unanime. Prima di chiudere gli importanti lavori fu deciso che la prossima conferenza sarebbe stata tenuta nel 1931 a Copenaghen, e che fino a nuova decisione, avrebbe funzionato come segreteria della Cooperazione Internazionale la « Dana », che è, in certo qual modo il fulcro danese intorno a cui si svolge il movimento che ha attinenza con l'assicurazione dei rischi tarati.

L'anno successivo fu dedicato dal piccolo Comitato allo studio della scheda statistica. L'elaborazione di un progetto al riguardo risultò, peraltro, assai facilitato dalla circostanza che le organizzazioni dei paesi nordici (Sverige, Norske Folk, Dana, Varma) avevano precedentemente ed in maniera assai esauriente discussa la questione e raggiunto una intesa sopra uno schema che poteva, con lievi modifiche, essere accettato dal Comitato. Il principio fondamentale che informava il progetto che risultò definitivo, considerava due gruppi di elementi, l'uno rigorosamente comune a tutte le organizzazioni, l'altro, prendeva in considerazione quelle caratteristiche che rispondevano a particolari esigenze delle singole organizzazioni.

Il progetto di scheda presenta dei lati assai interessanti, ma non è in grado di risolvere tutti i problemi statistici come, invece sarà il caso per la scheda che il Consorzio Italiano presenterà nel 1934 alla III Conferenza Internazionale tenutasi a Praga.

Il Comitato dei tre, oltre a ciò, ebbe ad occuparsi d'un altro argomento, anch'esso punto scervo di interesse e che, traendo lo spunto dalla considerazione che le indagini sulla mortalità dei rischi tarati è opportuno fare soltanto quando si può disporre di un materiale sufficientemente vasto e dopo che sia trascorso un periodo d'anni abbastanza lungo, suggeriva di eseguire — nel frattempo — delle semplici inchieste periodiche, a tal fine esprimendo il desiderio ch'esse fossero annuali. Tali inchieste avrebbero dovuto considerare: l'esame della frequenza con la quale i singoli Gruppi tarati si presentano; la ripartizione di tali gruppi per età con una esposizione schematica del giudizio; circa le cause di morte distinte a seconda che fossero in diretto rapporto con la taratura all'ingresso, ovvero no, e così via.

* * *

Alla Conferenza di Copenaghen, tenuta tra l'8 ed il 9 maggio del 1931, presero parte i rappresentanti delle seguenti organizzazioni: Consorzio Cecoslovacco di Praga, Consorzio Italiano di Roma, « Dana » di Copenaghen, « Compagnie Suisse de Réassurances » di Zurigo, « Sverige » di Stoccolma, « Varma » di Helsinki, Consorzio Austriaco di Vienna.

Non mancarono, anche in questa occasione, numerosi medici che, come i loro colleghi attuari, presentarono relazioni e fecero comunicazioni veramente interessanti.

I lavori cominciarono con la relazione del Comitato dei tre, di cui abbiamo già dato qualche cenno, e tutte le proposte presentate furono unanimemente approvate ed adottate dalla Conferenza. Così la scheda meccanica per indagini statistiche studiata dai Signori Spitzer, Gruder e Kainanen sarebbe stata adottata da tutte le organizzazioni europee che si interessavano dell'assicurazione di rischi tarati, a partire dal 1° gennaio 1931, per ogni e qualsiasi ricerca, sia che tali indagini dovessero avere una portata nazionale che internazionale. Sotto questo secondo aspetto la cosa appare assai importante in quanto che è affermato ancora una volta il riconoscimento unanime della grande utilità che, in un campo come questo, soltanto la somma delle esperienze può decisamente influire sulla valutazione e l'apprezzamento dei rischi aggravati proposti per l'assicurazione.

Alla Conferenza furono presentati parecchi lavori tutti assai pregevoli e fra essi ricorderemo: « il rapporto sulla statistica unica » del Dr. Kainanen di Helsinki; « In quale misura la moderna terapia influisce sulla valutazione dei rischi tarati » del Dr. Jahoda di Vienna; « un rapporto sui risultati raggiunti con i pareri circolari » (che, come s'è detto, furono proposti ed adottati nel 1927 in occasione della Conferenza di Vienna) del Dr. Gruder anch'esso di Vienna; « quali gruppi di tare esercitano un maggiore influsso sui rischi tarati » del Dr. Sturm di Monaco.

La Conferenza toccava poi due altri argomenti importanti, ma li lasciava insoluti, come insoluti sono tutt'ora, la cui decisione è rinviata di triennio in triennio e, cioè, a quando si potrà disporre di elementi statistici più attendibili di quelli finora usati. I quesiti erano:

- 1) quale pressione arteriosa può ritenersi « normale » in rapporto alle varie età;

2) quale peso può dirsi « normale » tenuto conto dell'età e del sesso.

Soltanto quando quei dati saranno stati precisati potremo renderci conto del valore di una tensione arteriosa del 15 o del 30 % superiore alla norma, come considera la scheda di Copenaghen e fin quando parleremo di soprappeso, fra il 10 e il 25 %, o oltre il 25 %, come vuole la scheda stessa, senza conoscere il peso « normale » non potremo che esprimere qualche cosa di vago e di impreciso, accettabile con molte riserve e sempre oggetto di fondatissima critica.

Allo scopo di giunger presto a qualcosa di concreto che potesse esser accettabile da tutti i Consorzi, la Conferenza di Copenaghen chiedeva che le singole organizzazioni facessero pervenire a quella che avrebbe funzionato da segreteria, le basi di lavoro che ciascuna d'esse adottava per la pratica quotidiana, relativamente ai due citati argomenti. Ciò avvenne, ma non si è ancora raggiunto nessun risultato tangibile.

Nella conferenza di Praga ove i due argomenti furon di nuovo discussi, i lavori si chiusero rinviando ad epoche migliori le soluzioni che pur si attendono con certo impaziente interesse.

Il raggiungimento di una base d'intesa comune su questi due punti si appalesa, peraltro, necessario in quanto che la classificazione del materiale statistico, come ho già accennato, secondo la scheda di Copenaghen, ha un preciso riferimento alla pressione « normale » ed al peso « normale ».

Infatti i raggruppamenti secondo la detta scheda si presentano così :

- Ipertensione, fra 15 e 30 mm. di Hg. *oltre la pressione normale* ;
- Ipertonia superiore a 30 mm. di Hg. rispetto alla *pressione normale* ;
- Sovrappeso fra il 10 ed il 25 % rispetto al peso « normale » ;
- Sovrappeso *oltre il 25 %* rispetto al peso « normale » ;
- Sottopeso fra il 10 ed il 20 % rispetto al peso « normale » ;
- Sottopeso *oltre il 20 %* rispetto al peso « normale » ;

Quali son, dunque, il peso e la pressione « normali » ?

Ogni organizzazione ha suoi particolari punti di vista ; tutte tengono conto del sesso e della età, ma il valore attribuito a ciascuno di questi due fattori non è lo stesso : ciò che rappresenta per alcuni titolo di aggravamento, non lo è per altri, o lo è in misura diversa : la conclusione è che i problemi restano insoluti. Ma mentre tali soluzioni si posson considerare indispensabili per la migliore esecuzione delle direttive statistiche tracciate dal codice della scheda meccanica di Copenaghen, il Consorzio Italiano, con la introduzione di altri criteri per la utilizzazione della scheda meccanica — di cui più innanzi diremo qualche particolare — ha evitato di urtare contro la necessità di fissare dei punti fermi (peso *normale*; pressione arteriosa *normale*) « a priori » ; rinviando ogni conclusione a quando il fenomeno, registrato così come si presenta, si sarà svolto ed eventualmente esaurito.

La Conferenza di Copenaghen fu peraltro assai importante perchè confermò come è quanto siano utili le riunioni internazionali che trattino *soltanto* argomenti interessanti l'assicurazione dei rischi aggravati.

*
*
*

Nei tre anni che trascorsero fra la Conferenza di Copenaghen e quella di Praga, le varie organizzazioni, riunite nella cosiddetta « cooperazione internazionale » a cui nel frattempo aderiva l'organizzazione norvegese con la « Norske Folk », si tennero in strettissimo contatto, attraverso lo scambio, attivissimo, di rischi sui quali era richiesto il parere di ciascuna di esse.

In questo triennio funzionò da segreteria il Consorzio Austriaco.

Fra le varie organizzazioni la più attiva fu la nostra.

Il desiderio di raccogliere una vasta ed istruttiva casistica indusse a chiedere, alle consorelle estere, pareri su oltre 250 casi, la maggior parte riflettenti affezioni non frequenti, la cui prognosi, ai fini assicurativi, non si prestava ad un facile apprezzamento. Ma il Consorzio Italiano volle anche sottoporre rischi tipici, rischi appartenenti ai Gruppi che assai frequentemente si presentano in assicurazione, allo scopo, non di esser confortato nella valutazione prognostica, ma di confrontare il suo giudizio con quello delle altre organizzazioni specializzate e, da tale confronto, il nostro Consorzio ne è uscito assai brillantemente.

Il Consorzio riunisce in fascicoli semestrali questi casi sui quali è raccolto il parere di otto o nove organismi dediti esclusivamente, o quasi, allo studio dei rischi aggravati.

Come si è detto, la terza Conferenza Internazionale su questioni interessanti l'assicurazione dei rischi tarati fu tenuta a Praga fra il 14 ed il 7 settembre 1934. Il locale Consorzio con squisita signorilità la organizzò, e fu davvero un notevole successo quello che poterono conseguire gli alacri organizzatori, quando si pensi che alla Conferenza stessa presero parte ben 15 nazioni con circa 140 delegati.

Elaborate relazioni, discussioni appassionate ed interessanti, una messe di utilissime notizie: ecco come si può sintetizzare la Conferenza di Praga.

Il programma dei lavori comprendeva tre parti: la prima riguardava questioni puramente statistiche: a) scopi e metodi delle progettate ricerche statistiche; b) mezzi per raggiungere un accordo sulla designazione uniforme dei singoli fatti; c) scheda statistica.

La seconda parte comprendeva relazioni sui seguenti argomenti: a) pareri circolari; b) misure intese a limitare gli obblighi dell'assicurazione nei primi anni di assicurazione; c) dell'assicurazione del rischio d'invalidità, inteso come liberazione dal pagamento dei premi; d) casi limite fra l'accettazione di rischi a premi fortemente aumentati e il rifiuto; e) misure atte ad aumentare l'interesse negli assicurati aggravati.

Infine, la terza parte, raggruppava argomenti di indole puramente medica: a) circa partecolari attestati medici nell'assicurazione di rischi aggravati; b) dell'obesità; c) pressione del sangue; d) del cancro; e) sulla valutazione del soprappeso e del sottopeso; f) la psicopatologia al servizio della medicina assicurativa.

Dire, anche brevemente, delle relazioni presentate da tutti coloro che contribuirono al successo della Conferenza, ci porterebbe assai lontani. Segneremo, invece, quelli, fra i lavori esteri, che ci son sembrati i migliori, ed accenneremo meno succintamente, alle relazioni presentate dai rappresentanti del nostro Consorzio.

Notevole è il rapporto del Dr. Cvetnic di Praga sugli scopi ed i metodi di indagini statistiche e sui mezzi per raggiungere un accordo sulla designazione uniforme dei fenomeni statisticabili. Così dicasi delle relazioni del Dr. Gruder di Vienna sui pareri circolari, e del Dr. Drachmann di Copenaghen sui rischi «limite». Merita particolare menzione il rapporto del Dr. Bergholm di Stoccolma, sulle misure attuate in Svezia allo scopo di aumentare il numero dei perfezionamenti di polizze con premio aumentato. Sui vari tipi di carenze e sulla possibilità di sostituirle allo scopo di offrire fin dall'origine all'assicurando il modo d'esser coperto per l'intero, hanno parlato i Sigg. Chodera e Sebor, entrambi cecoslovacchi.

Sulla concessione della garanzia di liberazione dal pagamento dei premi in caso di invalidità ha portato notizie molto interessanti il Sig. Aabakken di Oslo, il quale ha affermato, fra l'altro, che in Norvegia i casi verificatisi fra i rischi tarati sono, espressi in percentuale, presso a poco uguali a quelli che si registrano per i rischi normali.

Della «pressione arteriosa» parlò il Dr. Lindstedt di Stoccolma, a cui risulterebbe che la mortalità media a causa dell'ipertensione arteriosa è veramente notevole. Nei casi di ipertonia in soggetti obesi noterebbe una mortalità di 245% rispetto a quella normale.

Sull'obesità furon presentate — oltre quella italiana — tre altre relazioni da parte dei Dr. Montigel (Svizzera), Secher (Danimarca) e Jilek (Cecoslovacchia).

Particolare interesse hanno destato le relazioni presentate dai delegati italiani. La prima d'esse rifletteva la raccolta dei dati statistici, ed illustrava un tipo di scheda meccanica che si differenziava, nella forma più che nella sostanza, da quella che fu approvata a Copenaghen.

Il concetto fondamentale a cui si è informato il processo di elaborazione della scheda italiana poggia sullo sfruttamento delle possibilità meccaniche della scheda stessa, spinto al massimo limite possibile.

La scheda italiana, quindi, come tanto chiaramente illustra la relazione del Dr. De Mori, consente di ottenere, oltre i dati che può fornire la scheda di Copenaghen, una larghissima mole di altri elementi, ugualmente utili ed importanti.

Un esame delle molte possibilità pratiche della scheda meccanica predisposta dal Consorzio Italiano Rischi Tarati ci porterebbe lontano. Rimandiamo quindi il lettore alla Relazione già citata. Ci sembra, però, utile, per lo meno, indicare schematicamente quali elementi possono essere dedotti dalla scheda in parola, ed a tal fine riportiamo la destinazione delle 45 colonne di cui si dispone con la scheda «Powers»:

| | | |
|---------|-------|--|
| Colonna | 1 | -- Cedente. |
| » | 2-5 | — Numero del rischio. |
| » | 6-7 | — Data di nascita. |
| » | 8 | — Professione. |
| » | 9-10 | — Ereditarietà (malattie delle quali sono o furono affetti: il padre — la madre — i discendenti ed i collaterali). |
| » | 11 | — Longevità nei genitori. |
| » | 12-13 | — Altezza. |
| » | 14-15 | — Peso |
| » | 16 | — Misure riguardanti il collo, il torace, l'addome. |
| » | 17 | — Pressione arteriosa massima in mm. di Hg. |
| » | 18 | — Pressione arteriosa minima in mm. di Hg. |

| | | |
|---------|-------|--|
| Colonna | 19 | — Valori dell'azotemia e della glicemia rilevati — a digiuno — nel sangue dell'assicurando. |
| > | 20 | — Tempo trascorso dall'inizio della malattia all'epoca della visita medica. |
| > | 21 | — Tempo trascorso dal termine della malattia all'epoca della visita medica. |
| > | 22-23 | — Tara principale: le malattie sono raccolte in 18 Gruppi. |
| > | 24-25 | — Tara secondaria — Gruppi di malattie come per la tara principale. |
| > | 26-27 | — Tara di terzo ordine — Gruppi di malattie come per la tara principale. |
| > | 28 | — Classi di sopramortalità. |
| > | 29 | — Forma d'assicurazione. |
| > | 30 | — Decrescenza del soprapremio. |
| > | 31 | — Durata del contratto. |
| > | 32-34 | — Capitale assicurato. |
| > | 35-36 | — Entrata del rischio sotto osservazione. |
| > | 37-38 | — Età all'uscita del rischio dall'osservazione. |
| > | 39 | — Causa di uscita del rischio dalla osservazione |
| > | 40-41 | — Cause di morte. Esse sono raggruppate in XV classi secondo la Nomenclatura nosologica dettagliata deliberata dalla IV conferenza Internazionale dell'ottobre 1930 Parigi. |
| > | 42 | — Antidurata. |
| > | 43 | — Grandi gruppi di malattie (tare all'ingresso, per le selezioni per gruppi). |
| > | 44-45 | — Disponibili. |

Dalla utilizzazione poi delle sopraelevazioni, moltissime altre notizie sono fornite, per esempio: obesità, lieve o grave, e magrezza, lieve o notevole, secondo la scheda di Copenaghen; ipertensione arteriosa lieve o notevole secondo la medesima scheda; revisioni di rischio; scaglionamento del capitale assicurato; sesso; categorie delle tare: costanti, crescenti, decrescenti; rinvii a nuovo esame; precedenti assicurativi ecc. ecc. Come vedesi, dunque, è una raccolta di dati che può soddisfare anche l'esigente più raffinato in fatto di statistica.

Il Prof. De Gregorio, membro del Comitato Medico Attuariale del Consorzio Italiano Rischi Tarati, intrattenne i partecipanti alla Conferenza di Praga sulla notevolissima importanza e l'indiscutibile valore dei « Pareri internazionali » su singoli casi che presentano tare particolarmente interessanti o poco frequenti. Giunse a conclusioni pratiche che, proposte, furono accettate in pieno dalla Conferenza. Esse riguardavano fra l'altro:

1) — la utilità che siano tenute più frequenti riunioni fra i tecnici, segnatamente i medici, per discutere casi concreti sui quali i giudizi espressi siano stati disparati;

2) — la opportunità che i rischi che formarono oggetto di « expertises circulaires » siano mantenuti in evidenza notificando le successive eventuali notizie che li riguardassero.

Infine, il Prof. Romanelli, anch'esso membro del Comitato Medico Attuariale e del Consiglio Direttivo del Consorzio Italiano, trattò della « valutazione del sovrappeso e del sottopeso nell'assicurazione sulla vita » interessando molto l'uditorio ed invitando tutti i consorzi rappresentati alla Conferenza di sperimentare le tabelle che usa il CIRT nell'apprezzamento dei rischi tarati per eccesso o difetto di peso.

Fra le proposte che meritano particolare menzione va ricordata quella del Dr. Smolensky, Direttore delle Assicurazioni Generali di Trieste e membro anch'esso del Comitato Direttivo del Consorzio Italiano, mirante alla costituzione di un « Comitato Permanente », analogamente a quanto già da molti anni esiste per i Congressi Internazionali degli Attuari, e quella del Dr. Coppet, intesa a sollecitare la collaborazione americana.

La conferenza di Praga stabilì di tenere la prossima riunione a Parigi nel 1937, in occasione dell'XI Congresso Internazionale degli Attuari.

Natalità e mortalità della popolazione Greca nel quinquennio 1929-1933

Come risulta dall'ultima statistica del Ministero dell'Economia Nazionale, negli anni 1929-1933 l'igiene pubblica in Grecia, rispetto a quella delle altre Nazioni civili, è migliorata di poco. Fortunatamente però la natalità è ancora superiore alla mortalità essendovi in media 29,71 nati contro 21,09 morti per ogni mille abitanti.

Pertanto, nonostante la crisi economica, i matrimoni contratti nel quinquennio 1928-1933 si mantengono allo stesso livello di prima, ammontano cioè al 6,84 ‰. Mentre in Romania e in Bulgaria, per non citare che i nostri vicini, la natalità è diminuita in questi ultimi tempi. La nuova statistica testè pubblicata dal Ministero suddetto, dà i seguenti dettagli:

Nascite.

| | | |
|--------------------|------------|---------|
| Nati vivi nel 1929 | n. 181.870 | 28,6 ‰ |
| » » 1930 | » 199.565 | 31,42 » |
| » » 1931 | » 199.243 | 30,94 » |
| » » 1932 | » 185.523 | 28,47 » |
| » » 1933 | » 189.583 | 28,76 » |

La statistica registra un aumento di natalità nella Grecia settentrionale, specialmente nella Tracia e nella Macedonia, infatti:

| | | |
|-----------------|---------|----------|
| Nascite a Drama | 42,26 ‰ | abitanti |
| » Serrès | 40,10 » | » |
| » Cavalla | 34,27 » | » |
| » Salonicco | 33,69 » | » |

La natalità è invece in diminuzione nelle isole:

| | | |
|-----------------|---------|----------|
| Nascite a Corfù | 22,32 ‰ | abitanti |
| » Cefalonia | 22,75 » | » |
| » Mitilene | 23,40 » | » |
| » Samos | 24,39 » | » |
| » Creta | 25,51 » | » |

I neonati di sesso maschile sono più numerosi di quelli di sesso femminile, ma tale soprannumero va diminuendo. Per esempio:

| |
|---|
| Nel 1924-1928 su 1.000 neonati femmine si avevano 1118 maschi |
| » 1929-1933 » » » » 1094 » |

I maschi sono soprattutto più numerosi tra le popolazioni rurali.

Su 1000 femmine nate nelle città vi sono 1101 nascite di maschi.

Su 1000 femmine nate nei paesi vi sono 1129 nascite di maschi.

Circa l'età dei genitori, la prevalenza dei padri si ha tra i 30-34 anni e delle madri tra i 25-29 anni:

Mortalità.

La mortalità del paese presenta alternativamente aumenti e diminuzioni a seconda delle epidemie e della virulenza delle diverse malattie. Pertanto le cifre complessive dei morti nel quinquennio 1929-1935 sono le seguenti:

| | | | |
|----------------|------------|---------|----------|
| Morti nel 1929 | n. 115.561 | 18,42 ‰ | abitanti |
| » 1930 | » 103.811 | 16,35 » | » |
| » 1931 | » 114.369 | 17,70 » | » |
| » 1932 | » 117.593 | 18,05 » | » |
| » 1933 | » 111.447 | 16,9 » | » |

Su mille abitanti in campagna la mortalità è di 17,37, su mille abitanti in città è di 17,76. Ma la differenza è ancora più grande nelle diverse regioni. Infatti:

| | | |
|--|------|-------|
| nel dipartimento di Serrès (Macedonia) | è di | 26,92 |
| » Rodopi (Tracia) | » | 25,29 |
| » Trikkala (Rumelia) | » | 21,72 |
| » Drama (Macedonia) | » | 20,44 |
| » Cozani (Macedonia) | » | 20,12 |

Mentre nelle isole la mortalità è notevolmente più bassa. Infatti:

| | | |
|------------------|-----------|-------|
| In Canea (Creta) | | 12,53 |
| A Samo | | 13,78 |
| A Chios | | 14,11 |
| A Mitilene. | | 18,20 |

Per quanto riguarda le diverse malattie che hanno provocato tale mortalità risulta dalla statistica:

| | 1932 | 1933 | 1934 |
|-----------------------------|------|------|------|
| Febbre tifoide | 1308 | 999 | 1194 |
| Tifo esantematico | 14 | 11 | 11 |
| Scarlattina | 1701 | 957 | 824 |
| Difterite | 548 | 360 | 400 |
| Rosolia | 462 | 608 | 725 |
| Influenza | 476 | 8768 | 2882 |

In linea di massima si osserva che tra tutte, le così dette malattie degenerative hanno fatto molte vittime. Infatti sono morti in seguito a:

| | 1932 | 1933 | 1934 |
|-------------------------------|------|------|------|
| Affezioni cardiache | 3675 | 3751 | 4051 |
| Diabete | 250 | 279 | 289 |
| Emorragia cerebrale | 3814 | 3804 | 3901 |
| Cancro | 2685 | 2836 | 3114 |

Per quanto si riferisce alle stagioni, la mortalità più elevata si ha nei mesi di marzo (9,85 ‰), dicembre (9,47 ‰), gennaio (9,39 ‰) e febbraio (9,06 ‰). La mortalità più bassa si ha in maggio (6,63 ‰) e giugno (6,43 ‰).

La mortalità maschile è più elevata di quella femminile in ragione di 1079 su 1000 donne.

Purtroppo la mortalità infantile è ancora molto alta. Le misure fino ad oggi adottate non sono sufficienti, essendo tale mortalità ancora del 20,39 ‰ per i bimbi al di sotto di un anno. Di essi il 33,80 ‰ sono morti nei primi mesi di nascita.

Si osserva inoltre una mortalità esagerata tra il 7° e 12° mese di nascita (23,43 ‰).

Considerazioni comparative.

L'ultima statistica ministeriale, pubblicata per l'anno 1934, fa notare che almeno per quanto concerne le malattie abituali la mortalità comincia a diminuire, ad eccezione delle malattie degenerative per le quali la mortalità è aumentata.

| | | |
|--------------------|---|---------|
| Nel 1932 | a | 18,05 ‰ |
| » 1933 | » | 16,01 » |
| » 1934 | » | 15,04 » |

I due più grandi flagelli del Paese, la malaria e la tubercolosi, presentano una diminuzione abbastanza notevole. Sopra tutto la malaria; infatti:

| | |
|--------------------|------------|
| nel 1932 | 7042 morti |
| » 1933 | 4118 » |
| » 1934 | 2984 » |

Purtroppo le varie forme di Tbc. non presentano che una lieve diminuzione :

| | 1932 | 1933 | 1934 |
|-----------------------------------|--------|--------|-------|
| T. B. C. delle vie respiratorie . | 8.469 | 8.070 | 7.753 |
| Altre forme di T. B. C. . . . | 10.537 | 10.059 | 9.717 |

In sostanza la popolazione greca aumenta in ragione di 75.000 persone all'anno.

Prof. Dott. BASILIADES.

ATTIVITÀ DELL'ASSEMBLEA MEDICA PANELLENICA

Nelle riunioni tenutesi ad Atene ultimamente sono stati discussi vari argomenti di Medicina Sociale.

In riferimento alla organizzazione della lotta contro la tubercolosi il Prof. Saccorafos si è dichiarato contrario all'impianto di nuovi sanatori di lusso in alta montagna ed ha proposto invece la fondazione di nuovi ospedali sanatoriali a tipo popolare costruiti in località con clima secco riparati dal vento, lontano dalle città e dalle fabbriche, provvisti di gabinetto radiologico e di una sala operatoria.

Lo stesso oratore ha ricordato come debba essere perseguita la lotta contro gli sputi, come si debba tenere all'igiene dei pubblici uffici e dei luoghi di riunione consigliando anche la vaccinazione degli scolari e dei giovani con la « Phimateine ».

A proposito dell'alcoolismo il Prof. Dontas è giunto alle seguenti conclusioni di notevole importanza. Egli ha rilevato che secondo le statistiche l'alcoolismo tende a diffondersi maggiormente in Grecia come pure che è dovuto quasi sempre all'abuso dell'acquavite presentato in varie forme di etichette e prodotto con imperfetta distillazione. Dontas propone perciò che lo Stato interdica l'uso di piccoli alambicchi adoprati nei piccoli centri e raccomanda di preferire all'acquavite il vino che a dose anche medie non può produrre nocuenti. Anzi come ha rilevato negli individui che lavorano materialmente e che si nutrono di alimenti mediocri l'uso del vino è indispensabile per completare l'alimentazione. Del resto il vino usato moderatamente durante i pasti è utile e facilita la digestione ; fanno eccezione gli stati patologici, le notevoli obesità ed alcune sovralimentazioni,

A conclusioni diverse giunge invece il rapporto Kattesaras e Moissidis secondo i quali autori l'estensione dell'alcoolismo ha causato un notevole accrescimento delle psicopatie e nevropatie. In base ad elementi statistici e scientifici ritengono che non sia vera la teoria secondo la quale il vino sarebbe un antidoto all'alcoolismo ; al contrario come ogni altra bevanda alcoolica il vino può determinare l'alcoolismo. In questo rapporto gli autori propongono per la lotta contro l'alcoolismo in Grecia che venga istituito per via legislativa un regolamento che limiti e controlli la fabbricazione, la vendita ed il consumo dell'alcool. A completamento di questa legge dovrebbe esser riformato il Codice Penale per quanto riguarda lo stato d'ubriachezza.

Kattesaras e Moissidis preoccupati dall'aggravamento della crisi vinicola che con tali norme si determinerebbe, raccomandano l'aumento del consumo dell'uva, lo sviluppo della fabbricazione di varii prodotti a base di succo d'uva e l'uso a scopo industriale dell'alcool etilico.

Prof. BASILIADES.

N. d. r. — *La grave piaga dell'alcoolismo una volta notevolmente diffusa da noi tende a ridursi per le numerose provvidenze e divulgazioni fatte in ogni classe sociale dal Regime Fascista. Come pure è da vari anni in atto una campagna per il maggior uso dell'uva portata sui grandi mercati cittadini di consumo e l'utilizzazione di essa per mosti non fermentati, cioè del succo d'uva dolce e fragrante bevanda a scopo dissetante.*

L'Italia nuova come per tanti altri campi è alla testa per ogni progresso d'igiene e di prevenzione sociale.

St.

La pagina del Medico fiduciario

LA PROVA FUNZIONALE CARDIACA DA SFORZO

Troppo spesso nella compilazione dei moduli di visita medica viene omessa questa importante ricerca e pertanto crediamo bene richiamare l'attenzione dei fiduciari su tale lacuna. Questa omissione è soprattutto ingiustificabile nella compilazione dei moduli, ove nell'esame obiettivo dell'apparato circolatorio alla lettera 5 viene richiesta in modo esplicito con le parole: « Numero delle pulsazioni allo stato di riposo e dopo 5 flessioni sulle ginocchia, indicare il tempo necessario al ritorno al numero iniziale ».

L'importanza della prova funzionale cardiaca che si determina con lo sforzo è molto maggiore di quanto non creda qualche medico frettoloso. Basta pensare che essa ci dimostra come risponderà un cuore nell'evenienza dell'affaticamento non solo fisiologico miscolare, ma anche in certe condizioni patologiche, per comprendere quale interesse rivesta ai fini della prognosi. Possiamo anzi dire che come un buon motorista non si contenta di esaminare durante il riposo la macchina ma vuol sentire, avviandola, come risponderà al suo comando nei vari regimi, così un medico che deve dare un coscienzioso giudizio sopra un cuore non può esimersi dal fare eseguire i movimenti della flessione per accertarsi come esso si comporti dopo uno sforzo.

È troppo noto a tutti i medici la grande importanza che dal punto di vista prognostico ha la forza di riserva di un cuore perchè debba insistere sopra questo argomento; essa, ricordiamolo, rappresenta la garanzia che la natura ha dato ad ogni uomo per superare i momenti più difficili in diverse malattie od in speciali condizioni (malattie apparato respiratorio, interventi chirurgici, gravidanza ecc.).

Se la tachicardia e l'esaurimento rappresentano entro certi limiti un fenomeno fisiologico; quando essi compaiono rapidamente avremo la dimostrazione che il cuore sta divenendo insufficiente.

In altre parole non è la tachicardia dopo lo sforzo di per sè indice di insufficienza cardiaca, ma è il momento d'insorgenza e l'intensità e la durata di essa che ha valore nel complessivo giudizio diagnostico. Perchè la valutazione della forza cardiaca e del grado di resistenza con cui il cuore risponda allo sforzo è anche dato da altri segni quali il senso subiettivo di esaurimento, la polipnea ecc. Ma nell'esame obiettivo essa risulta soprattutto nel rapporto tra lo sforzo compiuto e il grado della tachicardia manifestata.

Naturalmente non vogliamo con ciò affermare che la percussione e la ascoltazione di un cuore non abbiano la loro grande importanza, soltanto teniamo a rivelare come questo elemento della prova da sforzo sia importante per un giudizio globale del sistema cardiovascolare e non vada tralasciato; nelle persone di media età, un po' pletoriche, cardiopazienti o enfisematose la prova deve essere praticata assolutamente.

È ovvio che in un individuo di 90 kg. le cinque flessioni regolamentari determineranno uno sforzo e relativa tachicardia assai maggiore di quella che si proverà in un individuo di soli 60 kg. di peso. Così pure l'abitudine ai lavori manuali rende la reazione cardiaca meno intensa; ma questi dati per la giusta interpretazione della risposta del cuore risulteranno dall'insieme del rapporto di visita e saranno ponderati all'atto dell'accettazione del rischio dalla competente Direzione Medica.

Niente quindi giustifica una così frequente negligenza per questa prova da parte del fiduciario; nè per essa occorre alcun apparecchio speciale; si tratta di una ricerca semplice che viene espletata in pochi minuti.

A tal proposito, come è esplicitamente richiesto nel modulo, si dovrà segnare nella risposta oltre al numero delle pulsazioni accertate subito dopo lo sforzo anche il tempo occorso perchè il numero dei battiti torni normale espresso in minuti primi ed in secondi. Nell'in-

dividuo sano di medie proporzioni il tempo richiesto oscilla tra un minuto ed un minuto e mezzo, cifre superiori ai due minuti consigliano ulteriori accertamenti dell'apparato cardiaco.

Queste norme devono essere tenute presenti dal medico se vorrà evitare frequenti richieste di chiarimenti o accertamenti successivi disagevoli per l'assicurato e che non depongono a favore della precisione da parte del fiduciario. Bisogna ricordare che tutti i singoli elementi obbiettivi domandati devono essere forniti alla Direzione perchè questa possa, con piena cognizione di causa, giudicare sopra il rischio in esame; il giudizio prognostico globale richiesto alla fine del modulo non esonera il medico dal rispondere con scrupolo ad ogni domanda. L'aver taciuto a qualcuna di esse oltre che indicare una indubbia pigrizia del fiduciario fa convergere sopra di lui una maggiore responsabilità in caso di sinistro.

Dott. A. STARNA.

Le sostanze riducenti, aggiunte alle urine per conservarle, causa di errore nella ricerca del glucosio

In una mia precedente nota richiamavo l'attenzione dei medici fiduciari sulle sostanze riducenti contenute nelle urine normali, causa di errore nella ricerca del glucosio, limitandomi ad elencare le sostanze riducenti che appartengono alla categoria dei fisiologici componenti dell'urina normale (acido urico, acido ossalico, ecc.).

Ritengo ora opportuno insistere in particolar modo su alcune sostanze antisettiche che vengono spesso aggiunte all'urina per assicurarne la conservazione quando non è possibile praticare l'esame dell'urina subito dopo la minzione.

È noto infatti che l'urina, abbandonata a se stessa, subisce dopo un tempo variabile a seconda della temperatura ambiente, un processo di fermentazione ammoniacale per opera del micrococcus ureae che trasforma l'urea in carbonato d'ammonio, ed è pure noto che l'analisi chimica delle urine così fermentate non dà più risultati precisi. Allo scopo di evitare questa fermentazione, particolarmente facile e precoce durante la stagione estiva, si consiglia di aggiungere all'urina qualche sostanza antisettica capace di impedire lo sviluppo dei batteri della fermentazione.

Tra gli antisettici più usati per la conservazione delle urine ve ne sono due, e cioè la formalina ed il cloroformio, che se da un lato raggiungono perfettamente lo scopo di impedire la fermentazione della urina, dall'altro lato presentano il gravissimo inconveniente di essere sostanze fortemente riducenti e quindi capaci di simulare la presenza del glucosio in urine che non ne contengono affatto.

Infatti la formalina o formolo, che è una soluzione acquosa al 40% di formaldeide, riduce a caldo in modo evidentissimo sia il liquido di Fehling che il reattivo di Nyländer, ed anche il cloroformio trattato a caldo cogli alcalini contenuti nei liquidi sopramenzionati si scompone dando acido formico e riducendo i liquidi stessi.

Queste due sostanze antisettiche esplicano la loro azione riducente anche in soluzione molto diluita e basta quindi l'aggiunta nella urina normale di qualche goccia di formalina per ottenere col liquido di Fehling o col reattivo di Nyländer una pronta ed evidente riduzione.

Per evitare i gravi inconvenienti sopra accennati è dunque assolutamente necessario evitare l'aggiunta delle sopramenzionate sostanze riducenti alle urine nelle quali si voglia in seguito praticare la ricerca del glucosio. In luogo della formalina e del cloroformio potremo aggiungere all'urina per conservarla un po' di canfora polverizzata od un sottilissimo strato di toluene, o gr. 0,20 di cianuro di mercurio.

Data l'importanza dell'argomento ci ripromettiamo di parlare più estesamente, in un prossimo articolo, delle sostanze antisettiche da preferire per la conservazione dell'urina.

Dott. M. BIASIOTTI.

Dai Libri e dai Periodici

La medicina dell'assicurazione vita e i suoi rapporti con la medicina legale.

Per i tipi della S. A. Trevigiana ha avuto recentemente la luce una pubblicazione del SEMINI di medicina di assicurazione vita. La veste tipografica, assai curata arricchita da grafici e tabelle ausiliarie è decorosa, ma il merito principale del lavoro è nella sua nitida esposizione, che senza faragginosi ragionamenti, e complesse formule, inoltra il lettore, senza sforzo, in seno alla medicina delle assicurazioni.

Il materiale illustrativo è molto ricco e larghe sono le fonti alle quali il Semini ha attinto.

Malgrado la complessa materia, il libro si legge pianamente e interessa dal principio alla fine, dando al lettore la sensazione precisa, della buona trattazione di un così vasto argomento.

Le modeste intenzioni dell'A. destinano il libro al medico fiduciario; ma anche cultori eminenti di medicina delle assicurazioni possono trovarvi le loro tesi affrontate e orientate con una sana critica, verso i più vitali problemi della medicina assicurativa. Prelude la trattazione un breve cenno storico non limitato al solo svolgimento delle vicende assicurative in Italia, ma anche trattando quelle estere, che molto contributo hanno apportato alla moderna organizzazione delle Società di Assicurazioni.

Dopo brevi note di matematica attuariale svolte con molta disinvoltura e senza eccessive formule, l'A. tratta « Il contratto di assicurazione vita dal punto di vista legale » paragonando gli articoli che più differiscono tra le Società che operano in Italia. Segue una dei più belli e meglio esposti capitoli dell'opera: « Il rapporto di visita medica, la dissimulazione in assicurazione vita ».

Dopo aver analizzato i moduli e i doveri e la scelta dei medici fiduciari, egli tratta le dichiarazioni dell'assicurando, scrutando con occhio di medico legale di psicologico. Con molta efficacia egli descrive la mentalità dell'assicurando, opposta a quella del malato, e caratterizza i fattori che infirmano le dichiarazioni degli assicurandi in vari gruppi.

Il capitolo dei rischi tarati, comprende tutte le teorie vigenti in materia di valutazione di rischi.

Quando l'A. passa ad analizzare il fondamento scientifico della valutazione dei rischi, e la valutazione del rischio individuale non incorniciato nei gruppi che si sono trovati ad uso degli attuari, mostra un senso critico assai veristico. E pur riconoscendo che le « conclusioni sulla mortalità dei rifiutati e dei rischi tarati accettati in assicurazione seguiti dopo regolare storno, consentiranno un sensibile progresso verso giudizi sempre più fondati » non esita a riconoscere, più oltre, che la tara dei rischi ha presso alcuni Enti assicuratori

criteri un po' elastici non del tutto di natura prettamente medica.

Il capitolo della selezione medica dei rischi tarati è certamente più esteso; perchè oltre ai dati tecnico-assicurativi vi sono aggiunte le notevoli cognizioni mediche che interessano l'assicurazione. Particolare menzione merita il capitolo « Costituzione e i suoi rapporti con la morbilità e mortalità ». È a tutti noto come la biotipologia ha per patria l'Italia, dove fioriscono i veri e originali cultori di questa branca, destinata a travolgere molte vecchie teorie ad aprire nuovi e vasti orizzonti.

Nel capitolo delle malattie incidenti sul rischio tutta la patologia vien passata in rivista dal punto di vista assicurativo e col conforto dei dati statistici (ai quali un vasto contributo ha apportato il Romanelli e la sua scuola) il Semini trae tutte quelle conclusioni che poi costituiscono il corredo più indispensabile per i cultori di medicina di assicurazione.

Chiude l'opera il capitolo: « Il segreto professionale in assicurazione vita », argomentando che si presta a molte discussioni e interpretazioni che variano da nazione a nazione, da medico a medico, vengono in proposito riportati i pareri di autorevoli competenti italiani quali il Marsella ed il Romanelli.

CONF.

Correlazione tra i grandi diametri del cuore ed alcune misure somatiche.

Leggiamo nel « Giornale dell'Istituto Italiano degli Attuari » del Luglio u. s. un articolo in proposito del Dott. Vicentini.

Prendendo le mosse da un articolo pubblicato nel n. 2 dell'« Assistenza Sanitaria » l'A. passa ad uno studio statistico delle correlazioni esistenti dell'esame di 100 individui tra alcuni caratteri somatici ed i grandi diametri del cuore confermando la precedente ricerca fatta con metodo non matematico.

Delle conclusioni di carattere morfologico sono ricavate dal Vicentini, e le riportiamo nella parte medica che più interessa.

La teleradiografia del torace, se correttamente eseguita, permette di misurare i grandi diametri del cuore in modo facile e sufficientemente esatto. Per individui in posizione eretta i due diametri maggiori del cuore hanno rapporti dimensionali con la statura, il perimetro toracico, il peso somatico. È il diametro orizzontale del cuore che varia in più stretto rapporto diretto con il variare del peso somatico e del perimetro toracico.

Anche il diametro longitudinale del cuore varia col variare della statura, nel senso che negli individui più alti esso è maggiore che in quelli di più bas

sa statura. Il peso somatico ha più scarso rapporto col diametro longitudinale del cuore. Per quello che riguarda poi le relazioni esistenti tra diametro longitudinale del cuore e perimetro toracico, è interessante notare che i due caratteri variano in ragione inversa e cioè con l'aumentare del valore del perimetro toracico diminuisce quello del diametro longitudinale del cuore e viceversa, per quanto in maniera non molto sensibile.

St.

Valutazione dei dati sulla pressione sanguigna.

Il Dott. K. L. Schmitz tratta ampiamente dell'argomento in «Blatter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung» (1936, N. 2). Poichè il materiale dell'autore è molto vasto e le deduzioni che egli trae sono interessanti crediamo far cosa utile riassumere per i nostri lettori il lavoro stesso.

Per la pratica giornaliera è risaputo che una pressione massima superiore ai 145 mm. comincia ad essere «alta» e inferiore ai 110 mm. comincia ad essere «bassa». Quando la pressione minima si mantiene tra i 95-70 mm. non è ancora considerata come sintomo di malattia. La cosiddetta pressione differenziale sarebbe quindi, secondo questa delimitazione, di 50-40 mm. in soggetti sani. Pertanto una pressione di 145/70 (ossia pressione differenziale di 75 mm. nonchè una pressione di 110/65 (P. d. di 25 mm.) dovrebbero essere considerate come «ancora normali», il che è certamente errato. Poichè nulla è così caratteristico per una pressione ancora «sana» come il fatto che la pressione differenziale deve mantenersi in rapporto costante e circoscritto con il valore della pressione massima.

Per la valutazione della pressione sono quindi innanzi tutto necessarie delle cifre comparative corrispondenti a valori normali.

L'A. ha utilizzato i risultati di Hunter che sono dati dalla misurazione di mezzo milione di americani sani e di circa 50 mila americane sane e che vennero suddivisi in gruppi di età e di peso. Queste cifre corrispondono egregiamente a quelle di altri ricercatori e alle lunghe e personali osservazioni dell'A.

In base ai dati della pressione rilevati per gruppi di età e per sesso Schmitz riassume in una tavola i risultati della Mx , Mn e della pressione differenziale (P. D.). A questo punto egli rileva che i valori suddetti sono tra loro proporzionali come le cifre 3:2:1. L'esattezza di questo rapporto ci è data dalla seguente tabella, nella quale tutte le cifre sono esposte nella loro media:

| | Mx : 3 | Mn : 2 | D : 1 | Media |
|----------------------------------|----------|----------|-------|-------|
| Uomini di tutti i gruppi di età | 42,0 | 41,5 | 43,0 | 42,17 |
| Donne di tutti i gruppi di età | 41,6 | 41,1 | 42,3 | 41,67 |
| Uomini di tutti i gruppi di peso | 41,3 | 45,6 | 42,5 | 41,47 |
| Media generale | 41,63 | 41,07 | 42,60 | 41,77 |

Dal che risulta che le principali cifre indici sono:

$$Mx = 126 \text{ mm.}, Mn = 84 \text{ mm.}, P. D. = 42 \text{ mm.}$$

Ma per rendere più elastiche queste cifre rispetto ai sani esse sono aumentate e diminuite di 1/7 ed otteniamo così per individui ancora sani le seguenti cifre:

$$Mx = 126 \text{ (da 108 a 144)}, Mn = 84 \text{ (da 72 a 96)}, \\ P. D. = 42 \text{ (36 a 48)}$$

restando costante il rapporto:

$$36 : 24 : 12 \\ \text{ovvero } 3 : 2 : 1$$

Praticamente ad es. in un caso di insufficienza aortica con arteriosclerosi abbiamo:

$$Mx = 161 \text{ mm.}, Mn = 63 \text{ mm.}, \\ P. D. = a (Mx - Mn) 98 \text{ mm.}$$

In tal caso i tre valori si trovano al di là dei limiti stabiliti per i soggetti sani. Per meglio analizzare queste oscillazioni, Schmitz divide Mx : 3 e Mn : 2. Invece del valore base di pressione normale di 42 egli ottiene una serie numerica di 54, 32, 98. Rileviamo quindi che rispetto alle cifre-basi in questo caso abbiamo uno spostamento per la Mx di + 12, per la Mn di - 10 e per la differenziale di + 56.

Se definiamo con H l'altezza dalla pressione ($Mx + Mn$) notiamo che tale cifra indica lo stato del sistema dei vasi, mentre la pressione differenziale $P. D.$ indica lo stato ed il comportamento del cuore.

Dalle tabelle di Hunter si rileva inoltre che in soggetti sani il rapporto $H : P$ è pressochè costante e cioè corrisponde a 5 (esattamente 4,85). Possiamo quindi dire che con un limite di tolleranza di 1/7 tale rapporto, che definiremo V dovrà oscillare nelle persone sane tra 4,15 e 5,55. Deviazioni che superano tali limiti rivelano l'esistenza di disturbi dell'equilibrio tra pressione circolatoria e pressione differenziale la cui causa va ricercata sia nella parete dei vasi che nella costituzione del sangue nonchè nella temporanea o definitiva modificazione del miocardio e dell'apparato valvolare. Nell'esempio V è uguale a 2,29, cioè appena la metà del valore normale. Mentre la cifra V ci permette di valutare le condizioni circolatorie senza tener conto delle cifre assolute di pressione, il prodotto $H \cdot P$, che contrassegneremo con E , ci permetta di valutare lo sforzo del cuore in quel determinato istante e, tenendo conto della frequenza del polso, anche fino a un certo punto il ricambio rispetto al lavoro circolatorio. Nella valutazione di E è consigliabile di considerare le particolari circostanze della prima determinazione poichè anche in circostanze fisiologiche questo valore può presentare notevoli oscillazioni. Se però da tale modificazione della cifra indice V è rilevabile che si tratta di una condizione morbosa dell'apparato circolatorio, anche la cifra E può essere considerata come espressione dell'energia circolatoria consumata; mentre anche in condizioni normali ($V = 4,15 - 5,55$) si possono veri-

ficare notevoli aumenti e diminuzioni di E , che in una pressione normale di 126/84 mm. (valori limiti 7560 — 10.000) ammonta a 8320, dette oscillazioni sono dovute a transitorio esaurimento o sovraffaticamento.

Così in una pressione di 180/120 o rispettivamente di 100/67 mm. (rapporto riportato alla base di 100), nella quale V può avere un valore normale di 5, il valore di E sarebbe uguale a 18.000 o rispettivamente 5.555 oltrepassando quindi i limiti normali per cui si potrebbe soltanto notare che in condizioni circolatorie normali il consumo di energia circolatoria in un dato istante si è notevolmente modificato. Questo metodo si dovrebbe rivelare oltremodo conveniente nelle visite sportive e in pari tempo riconoscere precocemente i pericoli di certi sovraffaticamenti in rapporto anatomico e di poterli valutare numericamente.

Per la pratica la più semplice forma dell'esame della pressione dovrebbe bastare.

Questo consiste nello stabilire il valore di V . Se si trova uno spostamento oltre il limite di tolleranza, cioè oltre i valori normali che vanno da 4,15 a 4,55, si tratta di una variazione organica nel movimento circolatorio. Ancora più semplice è, qualora in un primo tempo si volesse rinunciare ad una valutazione numerica, segnare accanto al valore misurato della Mx e della Mn la loro differenza $P. D.$ e di conseguenza $Mx = 3$, $Mn = 2$, $P. D. = 1$. Se tali cifre si trovano al di là dei limiti di tolleranza da 36 a 48 ci troviamo sicuramente di fronte ad un disturbo di circolazione di notevole entità.

Nell'ultima parte l'A. propone altro indice sensibile delle alterate condizioni nella ricerca del quoziente E che rappresenta il prodotto di H per $P. D.$

Infine per comodità volendo riportare i valori normali a 100 Schmitz indica altri due indici da ricavare da V e da E . Per ottenere ciò basta procedere per V moltiplicandolo per 20 e per E dividendolo per 88. In un ultimo quadro risulta infatti che in svariate malattie le cifre così ottenute sono ben lontane dalla norma (100).

In linea generale però sarà sufficiente per osservazioni scientifiche stabilire le seguenti cifre ed indici della pressione:

$$Mx, Mn, H (Mx Mn), P. D., E (Hx P. D.)$$

St.

L'elettrocardiogramma nell'ipertensione

L. H. STRAUSS — (*Medizinische Klinik* 1935, N. 33).

Vennero fatti 145 elettrocardiogrammi di individui affetti da ipertensione (dei quali il 45% al di sotto di 40 anni).

La morte improvvisa per paralisi cardiaca e i disturbi cardiaci — caratteristiche della ipertensione — richiamano sempre più l'attenzione su quanto si svolge nel miocardio e nei vasi del cuore.

La questione era di riassumere nell'elettrocardiogramma tutti i vari stadi che attraversa l'iperteso. Vennero pertanto osservati durante un decennio ipertesi di tutti i gruppi di età (dai 15 ai 70 anni). L'esito fu il seguente: nel 50-60% si riscontrò quale caratteristica una deviazione con diverse derivazioni del segmento S. T., generalmente in 1^a e 2^a derivazione di diversa intensità a seconda della gravità del disturbo.

Se la pressione aumenta sino a 200 mm. Hg. questa deviazione si è manifestata nel 50% dei casi, oltre il 200 mm. Hg. essa si verifica nell'85% dei casi. Nell'80% si è rilevata una maggiore tendenza verso sinistra dell'asse elettrico, 6 volte si sviluppò una tachicardia parossistica, 12 volte un blocco di branca, due volte disturbi di circolo, 9 volte una sclerosi delle coronarie. L'onda P. non ebbe mai a modificarsi, soltanto in caso di contemporanea bradicardia si rivelò più bassa.

Nelle forme avanzate l'oscillazione finale T presentava una pendenza e diventava negativa e in stato finale una « T coronaria ». In una parte dei pazienti queste modificazioni furono reversibili. Nell'esperimento su animali l'elettrocardiogramma presentava analoghe modificazioni del segmento S. T. che in un primo tempo erano parimenti reversibili e non indicavano alcuna modificazione del miocardio di natura istologica, ma in seguito (dopo parecchio tempo) rivelavano notevoli modificazioni anatomiche. I disturbi funzionali dei vasi e la tendenza a spasmi dei vasi, l'aumentata eccitabilità del centro vaso-costrittore, la frequente combinazione con disturbi stenocardici e angina pectoris convalidano il nostro parere e cioè che nell'ipertensione essenziale ci troviamo di fronte a spasmi delle arteriole nel miocardio che in seguito conducono a disturbi dei tessuti, a disturbi del chimismo degli elementi del miocardio e quindi alla paralisi cardiaca. I risultati sono notevoli per il giudizio del cuore nei riguardi della sua capacità lavorativa, sportiva e militare qualunque sia l'età dell'iperteso.

Contributo allo studio del diabete insipido.

Il collega dott. Giordano della nostra Direzione ha pubblicato nel n. 2 del c. a., in *Endocrinologia e Patologia costituzionale* un interessante lavoro su questo argomento.

Egli ha studiato un caso clinico che si riferiva ad una donna di 35 anni luetica in periodo di gravidanza, seguendo il soggetto per cinque mesi durante il quale ha potuto sperimentare varie terapie e prove funzionali. La terapia ipofisaria ha influenzato la poliuria che si è ridotta notevolmente, ma per breve tempo e si è dimostrata per tanto una cura temporanea; più efficace si è dimostrata la somministrazione per via endorachidea.

Anche i diuretici mercuriali hanno abbassato la poliuria; la dieta ipoclorurata ha solo leggermente ridotto la poliuria. Invece né l'insulina né gli estratti epatici hanno dimostrato alcun effetto

Volendo indagare meglio la funzione renale, tra le varie prove l'A. ha rivolto particolare interesse a quelle di Rehberg e di Ferro-Luzzi, le quali, come è noto, si propongono: la prima di studiare la quantità di filtrato glomerulare quella del liquido riassorbito nell'unità di tempo; la seconda, di calcolare la concentrazione di urea nel liquido riassorbito.

Alla prova di Ru.: è notevole il rilievo di diminuzione della quantità di liquido riassorbito. Alla prova di Ferro Luzzi si nota forte diminuzione di Ru. Complessivamente quindi queste due prove confermano il dato già noto che cioè la poliuria da diabete insipido è di natura tubulare, mentre dimostrano la coesistenza di un notevole aumento della capacità di barriera verso la diffusione retrograda dell'urea.

Il comportamento dei cloruri nel sangue e nelle urine fanno ascrivere il caso alla forma ipocloremica-iperclorurica di Veil.

St.

Morbosità e mortalità per diabete.

Di questo argomento tratta Fürth di Vienna nella *Münchener Mediz. Wochen.*, n. 31 del c. a.

L'A. ritiene che il numero dei diabetici negli ultimi anni sia realmente aumentato in modo evidente. Però per quello che riguarda la mortalità per diabete, ritiene, che pur essendo gradualmente aumentata, l'aumento di mortalità si riferisce esclusivamente agli individui di età avanzata (60 anni ed oltre).

La mortalità per diabete quindi andrebbe aumentando gradatamente, col crescere dell'età raggiungendo il suo massimo nei gruppi in individui in età superiore ai 60 anni. La mortalità per diabete non è affatto aumentata nei diabetici giovani. L'A. porta numerose tabelle con dati statistici riguardanti la mortalità per diabete nei vari gruppi di età, per la città di Vienna e per la provincia.

I quozienti di mortalità per diabete esposti in queste tabelle confermano pienamente quanto l'A. afferma. L'A. pertanto ritiene di poter concludere affermando che è vero che la mortalità per diabete è aumentata in questi ultimi anni, però questo aumento colpisce esclusivamente i soggetti in età avanzata, e non si riscontra nessun aumento della mortalità per diabete nei soggetti giovani (di età inferiore ai 40 anni). BIA.

Lo strozzamento erniario.

Un notevole contributo clinico statistico sull'argomento porta il Dott. G. Medri (*Ospedale Maggiore*, 1936 n. 1), riferendo i casi occorsi durante l'anno 1934 al Padiglione Chirurgico di Urgenza e Guardia degli Istituti Ospitalieri di Milano. Il numero totale di ernie strozzate sono state 192; di queste 182 vennero operati, 31 casi non ebbero trattamento, perché giunti in condizioni generali gravissime, 4 vennero trattati con riduzione per taxis e successivamente trasferiti per la cura operatoria nei vari reparti chirurgici.

Distinti per sede questi casi così si possono suddividere:

S E D E

| | |
|-------------------------------|-------|
| Ernie crurali | N. 59 |
| • inguinali | 112 |
| • epigastriche | 3 |
| • ombelicali | 12 |
| • postlaparotomiche | 6 |
| Totale N. 192 | |

Esse, distinte per sesso riguardano: 108 uomini e 81 donne, così divise:

| | Uomini | Donne |
|-----------------------------|--------|--------|
| Crurali | 11 | 48 |
| Inguinali | 94 | 18 |
| Epigastriche | 2 | 1 |
| Ombelicali | 0 | 12 |
| Postlaparotomiche | 3 | 3 |
| Totale | | 112 81 |

Secondo i lati si ebbero:

| | Destre | Sinistre |
|-------------------------|--------|----------|
| Ernie crurali | 38 | 21 |
| • inguinali | 72 | 40 |

Riguardo all'età considerata in decenni i casi osservati si possono così suddividere:

| E T À | Crurali | | Inguinali | | Ombelicali Epigastriche e Postlaparotomiche | |
|-------|---------|-------|-----------|-------|---|-------|
| | Maschi | Femm. | Maschi | Femm. | Maschi | Femm. |
| 0-1 | — | — | 5 | 1 | — | — |
| 1-10 | — | — | 4 | — | — | — |
| 11-20 | — | — | 3 | — | 1 | — |
| 21-30 | — | 2 | 8 | 1 | 1 | 1 |
| 31-40 | 3 | 5 | 8 | 7 | — | 3 |
| 41-50 | 2 | 11 | 12 | 2 | — | 5 |
| 51-60 | 1 | 11 | 12 | — | 1 | 4 |
| 61-70 | 3 | 9 | 20 | 5 | — | 4 |
| 71-80 | 2 | 7 | 16 | 1 | — | — |
| 81-90 | — | 3 | 3 | 1 | — | — |

Seguendo il metodo della scuola (Pizzigalli, Moncoli ecc.) i casi sottoposti a manovre di taxis sono state pochissime per i notevoli inconvenienti che esso comporta.

Un dato importante dal punto di vista medico e assicurativo sarebbe conoscere a quanto tempo prima dello strozzamento risalisce l'ernia ma purtroppo dalle schede esaminate dall'A. non è stato possibile ricavare questo elemento. Così pure non è stato possibile precisare se il paziente fu portatore di cinto erniario, quale tipo di cinto abbia egli usato e per quanto tempo tale cinto sia stato portato. In generale però l'uso del cinto appare frequente, specialmente nel tipo di cinto a pelotta, a forte compressione, come si può rilevare dalle alterazioni della cute nelle zone interessate.

In una decina di casi trattavasi di ernie congenite, mentre nel resto dei casi l'insorgenza dell'ernia datava da un minimo di un anno ad un

massimo di 25, con una maggiore frequenza nei casi di insorgenza fra i 5 e 6 anni.

Lo strozzamento in ernie recidivanti fu osservato in 12 casi, dei quali 9 inguinali, 1 crurale, 1 ombelicale, ed 1 epigastrica.

La recidiva in tutti i casi datava da parecchio tempo, minima di 2 anni, massima di 4.

L'inizio e la durata dello strozzamento variano da un minimo di due ore ad un massimo di 6 giorni.

Si trattava generalmente (90%) di casi in cui lo strozzamento non aveva avuto inizio che da 24 ore, il che dipende dalla diminuzione dei tentativi di taxis da parte del medico, che con maggiore prontezza invia lo strozzamento erniario nelle mani del chirurgo. Fatto questo di grande importanza, quando si può affermare che le alterazioni a carico degli organi cavitari (anse) sono in direzione diretta con il tempo di strozzamento. Altrettanto non si può invece dire per l'omento forse perché l'omento nei casi riscontrati presentava alterazioni da pregresse aderenze uniti a fatti di sacculite dovute a lungo uso di cinto erniario.

Dopo una esposizione sui fattori dello strozzamento di cui Medri riporta alcuni di rara evenienza viene riportata una tabella sulle differenti varietà del contenuto erniario e parte della casistica di ernie che contenevano l'appendice. Quanto agli errori di diagnosi, di cui alcuni sono riferiti per esteso, quasi sempre si trattava di ghiandole più o meno flogosate.

Gli interventi praticati sono esposti in altra tabella dalla quale risulta che delle resezioni quella dell'omento è prevalsa di gran lunga con 28 casi.

I morti furono 8 con una percentuale sulla totalità degli operati del 3,9% dato che si avvicina notevolmente a quello del Pisani e che segna un sicuro e progressivo miglioramento rispetto alle precedenti statistiche del Pizzagalli e Della Mano (rispettivamente 11% e 9,7%). In rapporto alla varietà la percentuale di mortalità fu del 5% nelle ernie inguinali e del 1,7% nelle crurali.

St.

La costituzione somatica nei malati di ulcera gastro-duodenale.

Un contributo allo studio di questo problema trattato da vari AA. viene portato da Saitta, Maggiore M-dico della R. M. con alcune ricerche statistiche procedendo alla misurazione dei soggetti con il metodo del Viola, pubblicato negli *Annali di Medicina Navale e Coloniale* (1936, Vol. 1, Fasc. 1-2).

Si tratta di 39 malati appartenenti a località della Toscana di varie condizioni sociali e con svariati tipi di ulcerazione tutti di età superiore ai 18 anni. I calcoli sono stati fatti confrontando i dati ottenuti con le tabelle del Viola sugli emiliani mancando quelle per i toscani.

Risulta dalle tabelle del Saitta una forte prevalenza della malattia in individui longilinei microspalanci, anche i normotipi sono scarsi ma ciò dipende dalla scarsità dei normotipi nella popolazione. Nei casi esaminati dall'A. i longitipi rappresentavano il 66,6% i brachitipi il 30,8% e i normotipi il 2,6%.

Tanto questi longitipi brachitipi erano di grado moderato invece che ultralongitipi. Nella maggioranza dei casi (64,2%) l'addome totale aveva dimensioni volumetriche maggiori del totale; a sua volta nel 76,8% prevalevano le dimensioni volumetriche dell'addome inferiore su quello superiore,

St.

Ulceri duodenali e gastriche. Criteri di efficacia nel trattamento medico. —

GUTMANN e REKIS, ne *La Presse Médicale* — anno 1935, fasc. 14.

Gli AA. rilevano che l'ulcera è caratterizzata da periodi dolorosi alternati da altri di riposo. Alorché passa il periodo acuto, se contemporaneamente l'immagine radiografica della nicchia scompare molti erroneamente ritengono che l'individuo sia guarito. Questo inconveniente dagli AA. è lamentato specie nelle casistiche di nuovi metodi di cura dell'ulcera. Alcuni grafici di Gutmann dimostrano invece che seguendo a lungo il malato o riandando lontano nell'anamnesi si ripetono a grande distanza altri attacchi; solo dopo un lungo periodo di osservazione potremo presumere che realmente si è fatto qualche cosa.

Gli AA. riferiscono alcuni casi di ulcera gastrica trattati con proteine e che spesso non rappresentano affatto una reale guarigione.

St.

Afezioni apicali incipienti: ipofonesi in corrispondenza dell'estremo della clavicola. — T. LAUDONIA TASSONE, in *Policlinico* (Sez. Med.) — XDII, 78-35

Per mettere in evidenza le afezioni apicali incipienti l'A. ne ha eseguito in molti pazienti la ricerca secondo il metodo Pende che consiste nel percuotere con il dito a martello sull'estremo acromiale della clavicola. Questo metodo permette di controllare l'esistenza della lesioni apicali già accertate con altri esami. L'ottusità si manifesta in modo più netto e più chiaro che non usando la percussione sulle regioni apicali.

L'A. con questo sistema è riuscito a svelare precocemente lesioni specifiche e precisare l'apice colpito in quei malati nei quali era fondato il dubbio dell'affezione per il complesso anamnestic, somatico ecc.

Nei vari ammalati esaminati il rilievo di cui sopra ebbe conferma sia dall'esame radiologico che dall'ascoltazione la quale nel decorso successivo del male fece constatare la presenza dei caratteristici rantolini finissimi apicali.

M. C. B.

La tubercolosi non è contagiosa per lo adulto.

(A. LUMIÈRE, *Le Monde Médical*, ottobre 1935).

L'A. è giunto a questa conclusione sulla base di alcune importanti considerazioni:

1° Argomenti diretti tratti dall'osservazione dei fatti.

a) I soggetti che vivono negli ambienti più infettati dal bacillo della tubercolosi non sono contagiati.

Per quanto siano stati riscontrati bacilli vivi e virulenti sulla muconasale di medici, infermieri, impiegati, addetti ai sanatori, la bacillosi non è più frequente tra il personale di tali istituti, di quanto lo sia nelle altre professioni.

Pidoux cinque anni fa chiese ai medici di dargli qualche esempio di contagio tubercolare incontestabile, ma nessuno ancora ha risposto all'appello.

Se il contagio tra adulti fosse possibile si sarebbero dovuti registrare migliaia di casi, dato il numero cospicuo degli individui in Francia esistenti portatori di forme aperte di tubercolosi polmonare.

b) Nessun essere umano è più esposto al contagio di quanto non lo sia il congiunto del tubercolotico. Se le teorie dei contagionisti fossero esatte nessun coniuge di tifico dovrebbe sfuggire alla tubercolosi. In pratica però il contagio coniugale non esiste, e se esiste deve essere talmente raro da poterlo considerare come un fatto trascurabile.

c) La resistenza dell'adulto all'infezione conferma l'immunità che si stabilisce nei primi mesi della vita in tutti i soggetti che abitano in paesi con elevata percentuale di tubercolotici. Parlano in tale senso i casi di assorbimento di forti dosi di culture di bacilli della tubercolosi o di sputi di tubercolotici rimasti senza conseguenza patologica e le costanti guarigioni dei tubercoli anatomici consecutivi a ferita durante le autopsie.

2° Argomenti indiretti tratti dalla incompatibilità dei fatti con la nozione di contagio.

a) Ammettendo il contagio per la tubercolosi, e paragonandolo a quello delle altre malattie realmente contagiose, ogni malato dovrebbe contaminare non un soggetto o due, ma dieci, venti, cinquanta persone ed anche più. Invece la frequenza della tubercolosi rimane quasi costante da secoli il che porta all'assurdo che ogni tifico contagia in media un solo individuo per tutta la durata della sua malattia.

b) Non si può definire contagiosa una malattia che invece di colpire a casaccio, sceglie o rispetta i soggetti in modo tale che si può prevedere in anticipo quali saranno le vittime e chi sarà risparmiato.

c) Le statistiche della mortalità per tubercolosi non sono compatibili con la tesi del contagio. Infatti i documenti demografici relativi alla mortalità per bacillosi, dimostrano che le devastazioni di questo flagello seguono sempre un cammino regolare, senza perturbamenti di sorta. Nessuna malattia contagiosa presenta un simile carattere di regolarità.

d) La clinica insegna che mentre la bacillosi non è contagiosa con gli adulti nei nostri paesi, lo può essere nei lattanti od in soggetti che hanno vissuto sempre lontani da qualunque focolaio tubercolare. La tubercolosi di tipo infantile non somiglia affatto a quella dell'adulto che è emi-

nentemente polimorfa e curabile in un gran numero di casi.

e) Non è possibile riprodurre sperimentalmente questa bacillosi abituale nell'adulto contaminando gli animali appena nati. Il bacillo di Koch quale lo espettorano i tisici porta unicamente alla malattia del tipo infantile, ganglionare e viscerale, che è la sola malattia tubercolare di contagio.

L'A. conclude che ciascuno dei suddetti argomenti può bastare da solo a condannare la tesi contagionista. Fra tutti egli richiama il più importante che cioè nelle condizioni più favorevoli alla diffusione ed all'assorbimento del bacillo non si è giunti ancora a citare qualche caso di contagio controllato ed indiscutibile.

F. V.

Sul cancro e sulla sua ereditarietà. —

Dott. OTTO STRAUSS (in *Medizinische Klinick*, n. 7, 1935).

Nessun problema relativo al cancro ha suscitato tante discussioni come quello dell'ereditarietà del cancro. Poiché è ormai dimostrato che l'uomo può ereditare una particolare tendenza a contrarre alcune malattie, dobbiamo ritenere *a priori* che questo principio valga anche per il cancro. Per risolvere la tanto discussa questione si possono seguire due diverse vie con probabilità di successo: 1° la genealogica; 2° la sperimentale. In un primo tempo seguiamo la prima, quella dei precedenti ereditari. Indubbiamente esistono famiglie intere affette da cancro. Infatti recentemente Eberhart ha pubblicato 4 tavole genealogiche del carcinoma, Paulsen accenna a 6 alberi genealogici, Cholewa a 3; altre indicazioni su famiglie affette da cancro ci vengono fornite da Warshin, Fischer-Wasels, Weitz, Loken, Wachtel, Körbler, Lamter, Liang, Dukes, Williams, Kaiser ecc. A tal proposito quasi tutti gli AA. accennano alla presenza del carcinoma nella famiglia dei Bonaparte. Osservando determinate forme di cancro si nota che anche tra cognati il carcinoma si presenta frequentemente. Una comunicazione a tal riguardo molto interessante ci è data da Weinberg. Questi in base ad un ampio materiale di osservazione poté accertare che il 6,6% dei morti per cancro avevano genitori affetti dallo stesso morbo, i suoceri il 5,9%, i fratelli il 3,9%, i cognati il 3,1%. Queste cifre di Weinberger inducono Milner a ritenere che l'ereditarietà, se di per sé riconosciuta, non ha che una importanza secondaria; dello stesso parere è Weitz il quale sostiene che pur non avendo la Statistica detto l'ultima parola, essa non ha finora fornito le prove atte a dimostrare l'importanza dei fattori ereditari nell'insorgere del cancro. Anche Teutschländer non dà eccessiva importanza al fattore ereditario e così anche Hunter. Körbler sostiene che fin'oggi le ricerche statistiche hanno fornito ben poco di positivo a che l'ipotesi di una ereditarietà del cancro non può essere né accettata né respinta.

K. H. Bauer ritiene l'ereditarietà possibile ma

difficilmente dimostrabile; secondo Soiland il fattore del cancro è probabilmente ereditario. Ho menzionato le cifre di Weimberger. Analoghi tentativi furono fatti anche da altri (Deelmann, Schäfer, Landberger e Gorianova).

Deelmann riscontra nel 32,8% dei suoi malati di cancro una tara ereditaria, mentre tra i sani il 16,4% avevano ascendenti affetti da tale morbo. Sandberger e Gorianova ci danno come cifre corrispondenti il 16,2% e 9,8%. Schäfer 22% e 10%. Un accurato studio in proposito è stato fatto da Waaler. Secondo questi tra i bambini di genitori affetti da cancro tale malattia sarebbe più frequente che normalmente, ma particolarmente frequente sarebbe il cancro tra i fratelli dei cancerosi. Nelle donne la tara ereditaria si fa maggiormente sentire che negli uomini.

Nella mia esposizione mi limiterò esclusivamente al carcinoma. L'ereditarietà di diversi altri tumori è molto meno discussa. Così il glioma della retina è stato riscontrato in modo assoluto in certe famiglie. Lo stesso dicasi del corionepitelione (Davemport).

Maggiori chiarimenti sulla ereditarietà si dovrebbero ottenere con lo studio dei gemelli.

Poll dichiara a tal riguardo: Lo studio dei gemelli ci illumina con una probabilità che confina quasi con la certezza sulla dipendenza genealogica di determinate forme di tumori. Benchè sia relativamente raro che si ammalino ambedue i gemelli, nei casi fin'oggi conosciuti come ad esempio: tumore della laringe, cancro dell'utero, tumori maligni della retina e dei tessuti cerebrali si rilevarono i più essenziali indizi a favore dell'ereditarietà di questa malattia.

Nel 1932 la cifra complessiva di mortalità per cancro ammontò a 87.133. I morti oltre il 60° anno di età ammontarono a 373.411 di cui 55.999 per carcinoma. Quindi in Germania oltre i 60 anni su circa ogni 6 persone ve n'è una destinata a morire di cancro (all'estero la situazione non è differente). Attualmente la mortalità annuale per cancro si aggira sui 2 milioni di persone.

Pertanto, in sostanza, si può affermare che una famiglia assolutamente esente da cancro non esiste addirittura più.

Ed ora a che punto si trova l'altro sistema, cioè quello sperimentale? È o no appropriato allo scopo? Esiste del resto tra gli animali una vera e propria disposizione ai tumori? Questo si potrebbe confermare. Ciononostante non si può senz'altro tracciare un parallelo tra il carcinoma animale e quello umano. Così ad esempio il cancro dello stomaco del cavallo sarebbe un cancro ad epitelio piatto (Carballo) e il carcinoma per se stesso sarebbe tutt'altro che frequente. (Su 39.500 cavalli macellati si riscontrarono 184 carcinomi, cioè 0,5% (Feldmann)). Secondo Wernicke i cani dogh hanno tendenza ai tumori. Nelle cagne il cancro della mammella sarebbe relativamente frequente, nelle vacche raro.

Se paragoniamo i risultati dell'esperimento su animali con quelli statistici ed anamnestici è indi-

scusso che i primi, nonostante tutte le riserve, possono essere meglio interpretati nel senso di una possibile ereditarietà che non i secondi. Naturalmente dobbiamo considerare anche altri fattori come: diversità di popolazione, di razza, di gruppi di sangue. Non dobbiamo neanche meravigliarci se in seguito a tali considerazioni tutto apparirà quanto mai caotico e si manifesteranno tante e tali contraddizioni da indurci a credere che la soluzione del problema è più lontana che mai.

Accennerò brevemente al problema della razza in riferimento all'ereditarietà. Dal punto di vista puramente statistico la differenza esistente tra le razze si manifesta sia nella cifra di mortalità per cancro che nella localizzazione. In genere le popolazioni alpine e nordiche sono più soggette a carcinoma che non quelle meridionali.

Questo concetto è stato anche sostenuto da Pittard a Madrid nel 1933 in occasione del Congresso per il cancro. Mentre per i popoli nordici la cifra di mortalità (calcolata su 10.000 viventi) oscilla tra i 12-14, per spagnoli, giapponesi e italiani (questi ultimi sembrano straordinariamente ben difesi da tale morbo) tale cifra si ridurrebbe rispettivamente a 7,0-6,8 e 6,3. Ancora più bassa sembra essere per gli indiani (6 su 10.000 viventi). Il fatto che tra i negri il carcinoma sarebbe molto raro sembra effettivamente confermato. Sicuro è che la percentuale di carcinoma primario del fegato nei giapponesi, cinesi e malesi è notevolmente alta. Bablet ha fatto analoghe constatazioni nei riguardi degli annamiti. Che il carcinoma sia relativamente raro nelle zone tropicali e sub-tropicali è stato ripetutamente affermato, ma è messo in dubbio dal noto esploratore Mhlens.

Poll sostiene che non sono delle caratteristiche o qualità vere e proprie che ci vengono trasmesse per via ereditaria, bensì tendenze e capacità di reazione che mediante le più svariate influenze di ambiente possono subire le più ampie modificazioni. A tal proposito Fischer-Wasels dichiara: «Per la formazione del tumore è necessario un terreno nel quale il germe del morbo possa svilupparsi e che può essere formato da disturbi embrionali o processi di sviluppo rigenerativo. Ma tali germi si trasformano in tumori maligni solo se contemporaneamente esiste una predisposizione generale dell'organismo, predisposizione che con determinate azioni tossiche può anche essere provocata artificialmente». Schinz e Buschke sostengono a loro volta: «La premessa per l'insorgere di tale morbo è la predisposizione ereditaria. Questa sola abbinata a condizioni fisiologiche d'ambiente non può che raramente provocare la malattia. Nella stragrande maggioranza dei tumori sono necessari determinati fattori per l'insorgere del morbo. Per la formazione del tumore sono necessari sia quantitativamente che qualitativamente particolari fattori ambientali. Fattori ambientali non sono soltanto i noti effetti esogeni ma anche quelli endogeni che si trovano nell'organismo stesso. A tal proposito Schinz e Buschke non si riferiscono soltanto a forze condizionate di seme

plasmatico, ma ritengono che anche l'equilibrio degli organi endocrini rientri nel concetto dei fattori ambientali.

Disturbi di tale equilibrio come anche l'insorgere di determinati disturbi del ricambio sono considerati da Schinz e Buschke quali fattori endogeni d'ambiente. Gli AA. in questione riuscirono a provocare su topi maschi l'insorgere di carcinomi della mammella con iniezioni di follicolina. Anna Pierson provocò un cancro dell'utero su dei conigli facendo loro punture di follicolina e Luteogan.

Pertanto una simile interpretazione del concetto dei fattori ambientali è della massima importanza. Lo stesso dicasi per i su accennati disturbi del ricambio.

Büngeler, un allievo di Fischer-Wasela, ha dimostrato sperimentalmente che l'indole formantesi per via endogena può esercitare lo stesso effetto quale fattore preparatore del cancro di quello dato dalle note sostanze nocive Ter e Arsen. Se questi ultimi risultati potessero trovare un'applicazione sull'uomo, essi ci aprirebbero una prospettiva la cui enorme portata non può assolutamente ancora essere valutata.

Un'altra questione è quella del rapporto tra cancro e malattie infettive negli ascendenti. Sembra che il cancro colpisca particolarmente le persone che non hanno mai sofferto di malattie infettive.

Specialmente per quanto concerne la tbc. si parla da tempo di un antagonismo tra tubercolosi

e cancro. Dal punto di vista strettamente statistico ciò viene confermato. Così ad esempio nel 1892 in Germania si registrarono 126.930 casi di morte per tbc. contro 28.747 per tumori maligni. Nel 1931 la cifra assoluta di mortalità per tbc. si era ridotta a 50.863 mentre i tumori maligni erano saliti a ben 88.850. Certo non riesco a trovare un qualunque elemento atto a provare che l'individuo affetto da tbc. sia maggiormente protetto contro il cancro, ma ciononostante ritengo che la questione non possa ancora dirsi liquidata.

La protesi moderna.

Il Dr. Ludovico Fink ha voluto dalla ricchissima letteratura odierna scegliere quanto v'è di più pratico e di realmente nuovo nel campo della protesi dentaria.

Le fasi dettagliate di ogni singola operazione e della confezione degli apparecchi sono brevemente accennate. Le indicazioni invece, i postulati generali e le norme che governano la scelta e l'adattamento, sia della protesi totale che parziale, hanno meritata una trattazione vasta ed elaborata.

L'A. che appartiene ad una buona scuola, a quella di Schröder mostra, con questo ottimo manuale, di possedere una cultura seria e sicura di cui il libro n'è il perfetto specchio. Libro dunque utilissimo, illustrato da 99 figure ed in carta patinata.

DE VECCHIS.

Morti nel Regno per infortuni causati da mezzi meccanici di trasporto.

Il numero dei morti per infortuni causati da mezzi meccanici di trasporto nel 1935 e del 36% superiore a quello del 1930, ma è stato del 3% inferiore a quello del 1934. Prescindendo dai mezzi di trasporto che causarono un numero di morti inferiore a 10, si nota, in confronto del 1934 un aumento del 26% per i morti in seguito ad infortuni causati da tram, del 10% per quelli di autocarri e del 7% per quelli da bicicletta. Diminuirono, invece, del 3% i morti in seguito ad infortuni causati da ferrovia, del 7% quelli causati da automobile, dell'8% quelli da motocicletta, del 34% quelli da velivolo.

Le diminuzioni delle morti dovute ad automobile ed a motocicletta, possono, presumibilmente, dipendere da un minor numero di questi veicoli in circolazione nel secondo semestre del 1935 a causa delle restrizioni nell'uso di essi, per effetto delle sanzioni, e la diminuzione sensibile delle morti per velivoli da un perfezionamento di essi e da una selezione sempre più accurata degli aviatori.

(Riassunto dal «Notiziario Demografico», 1936, n. 9).

Morti nel Regno per infortuni causati da mezzi meccanici di trasporto.

| Mezzi di trasporto | 1935 | | 1934 | | 1933 | | 1932 | | 1931 | | 1930 | |
|----------------------------------|--------|------------------------|--------|------------------------|--------|------------------------|--------|------------------------|--------|------------------------|--------|------------------------|
| | Totale | di cui fem- mine | Totale | di cui fem- mine | Totale | di cui fem- mine | Totale | di cui fem- mine | Totale | di cui fem- mine | Totale | di cui fem- mine |
| Automobile . . | 1874 | 802 | 1878 | 848 | 1842 | 800 | 1451 | 287 | 1324 | 288 | 1214 | 252 |
| Bicicletta . . | 849 | 87 | 826 | 89 | 802 | 46 | 298 | 88 | 254 | 85 | 210 | 29 |
| Motocicletta . . | 475 | 56 | 518 | 53 | 404 | 44 | 324 | 42 | 260 | 40 | 275 | 89 |
| Ferrovia . . . | 849 | 60 | 859 | 68 | 401 | 79 | 410 | 59 | 403 | 75 | 469 | 91 |
| Tramvia . . . | 187 | 99 | 149 | 34 | 170 | 80 | 164 | 81 | 183 | 29 | 191 | 87 |
| Autocarro . . | 498 | 64 | 448 | 54 | 422 | 61 | 315 | 89 | 224 | 81 | 230 | 87 |
| Ascensore . . | 5 | — | 6 | 1 | 8 | — | 8 | — | 2 | — | 7 | — |
| Velivolo . . . | 44 | — | 67 | — | 33 | — | 95 | 8 | 77 | 1 | 77 | 8 |
| di cui per pre- cipitazione . | 42 | — | 61 | — | 31 | — | 82 | 8 | 71 | — | 73 | 1 |

Mortalità per tumori maligni in Italia

(Riassunto della « Gazzetta Ufficiale » del 22 giugno 1936)

| SEDE DEI TUMORI | 1931 | 1932 | 1933 | 1934 | | |
|--|------------------------|------------------------|------------------------|----------------|---------|--------|
| | | | | Cifre assolute | | |
| | Maschi e Femmine | Maschi e Femmine | Maschi e Femmine | Maschi | Femmine | Totale |
| Cavità boccale e della faringe . . | 1.282 | 1.379 | 1.315 | 1.118 | 238 | 1.356 |
| Tubo digerente e del peritoneo. . | 16.206 | 16.750 | 17.413 | 10.028 | 8.219 | 18.247 |
| Apparato respiratorio | 886 | 962 | 1.050 | 827 | 355 | 1.182 |
| Utero. | 2.667 | 2.764 | 2.796 | — | 2.952 | 2.952 |
| Altri organi genitali della donna. | 393 | 383 | 425 | — | 467 | 467 |
| Mammelle. | 1.892 | 2.000 | 2.053 | 14 | 2.138 | 2.147 |
| Organi genito-urinari dell'uomo . | 1.074 | 925 | 1.155 | 1.323 | — | 1.323 |
| Pelle. | 853 | 883 | 859 | 477 | 363 | 840 |
| Altri organi o di organi non specificati | 5.079 | 4.144 | 5.290 | 2.578 | 3.136 | 5.714 |
| | 30.342 | 30.190 | 32.356 | 16.365 | 17.863 | 34.228 |

Alcune cause di morte negli Stati Uniti d'America.*Principali malattie ed accidenti automobilistici.*

(Riferito in « Notiziario Demografico », 1936, n. 9).

| Cause di morte | Saggi per 100.000 abitanti | | | | | | | | | |
|--|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1900 | 1905 | 1910 | 1915 | 1920 | 1925 | 1930 | 1932 | 1933 | 1934 |
| Influenza e polmonite | 208,4 | 167,7 | 182,1 | 149,1 | 208,0 | 128,4 | 102,7 | 107,8 | 95,8 | 96,8 |
| Tubercolosi dell'apparato respiratorio | 180,5 | 166,7 | 186,0 | 128,5 | 97,0 | 75,9 | 68,4 | 56,4 | 58,8 | 51,2 |
| Diarrea ed enteriti | 189,2 | 115,7 | 117,4 | 72,1 | 54,8 | 89,4 | 26,8 | 16,4 | 17,2 | 18,4 |
| Malattie cardiache | 182,1 | 152,2 | 158,8 | 165,7 | 159,1 | 185,7 | 205,5 | 209,1 | 208,1 | 218,2 |
| Cancro e tumori maligni | 68,0 | 71,4 | 76,2 | 81,4 | 89,2 | 92,8 | 97,2 | 102,1 | 102,2 | 106,8 |
| Accidenti automobilistici | — | — | 1,8 | 5,9 | 10,4 | 18,8 | 26,4 | 28,4 | 24,7 | 28,4 |

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

Dott. A. Lutrario — *Come prolungare la vita umana.*
— Estratto dagli « Atti dell'I.N.A. », vol. VI, 1932.

In tale lavoro l'A. studia l'andamento dei quozienti di mortalità negli ultimi decenni e quali mezzi possono attuarsi per migliorare ancora la diminuzione osservata richiamando soprattutto l'attenzione agli esami di visita medica periodica per la salute.

Dott. A. Lutrario — *Visite mediche periodiche nell'età giovanile.* — Estratto dagli « Atti dell'I.N.A. », vol. VII, 1936.

Vengono esaminati minutamente i metodi di visite periodiche nell'infanzia, nell'adolescenza, e la cartella biologica di recente istituzione e quanto contribuisce validamente all'assistenza l'O. N. Bailla e l'Opera Universitaria.

Il Problema dell'alimentazione — Vol. I, II, III, Edit Société de Nation, 1936.

Vengono in base ai rapporti, pervenuti dalle singole Nazioni, studiate le alimentazioni nello stato di sanità, nelle varie età, nei vari lavori e secondo il sesso, come pure le basi fisiologiche, dell'alimentazione. Il terzo volume è dedicato ad una rassegna del modo di alimentazione nei vari paesi del mondo.

Dott. Fluk Ludovico — *La protesi moderna*, 1936. — Le edizioni odontologiche.
(Vedi recensione in altra rubrica).

Mukerjee R. — *Le emigrazioni asiatiche*, 1936, Roma.

Questo lavoro che oltre ad esporre il grave fenomeno del sovrappopolamento dell'Estremo Oriente ed i rimedi di pacifica risoluzione escogitati dall'A. è stato molto giustamente edito dal Comitato Italiano per lo studio della popolazione. Nella in-

teressante introduzione Gini al lume della dottrina fascista presenta le varie soluzioni possibili alla tragedia dei popoli asiatici.

Dott. G. Vacca — *Contributo alla conoscenza dell'epituberculosis nell'adulto*. — Estratto da: « Il Consorzio Antitubercolare », 1936, N. 6.

Illustra un caso di epituberculosis destra in un soggetto adulto in piena salute apparente, a tipo congestizio edematoso, con fenomeni riflessi controllaterali.

Dott. C. Semini. — *La medicina delle Assicurazioni Vita e i suoi rapporti con la medicina legale*. — Edit. S. Tip. Trevignana, Treviso, 1936. — L. 28. (V. Recensione nella Rubrica dai libri e dai periodici).

M. Vele — *Contributo allo studio dei teratomi dell'angolo esterno del fornice congiuntivale*. — Estr. da « Lettura Oftalmologica », 1932.

L'A. riferisce la descrizione clinica e istologica di due teratomi dell'angolo esterno del fornice congiuntivale, l'uno da ascrivere ai teratomi misti a superficie mucosa e l'altro ai comuni lipomi.

M. Vele — *Inversione nucleare di Vélez e tracoma*. — Estr. dagli « Annali di Oftalmologia e Clinica Oculistica », N. 10, 1932.

L'A. ha eseguito l'esame clinico generale e la ricerca dell'inversione nucleare di Vélez su 125 tracomatosi.

Essendosi, la suddetta inversione, presentata in analoghe proporzioni tanto nei soggetti con manifestazioni tubercolari, quanto in altri da essa indenni, l'A. è portata ad attribuirle scarso significato.

M. Vele — *La costante di Ambard nella cataratta senile*. — Estr. dalla « Rassegna Italiana d'Oftalmologia », N. 1-2, 1933.

L'A. avendo riscontrata la costante di Ambard in eguali proporzioni tanto in individui catarattosi che non catarattosi, conclude che l'insorgenza della cataratta non sia da attribuirsi alle anomale condizioni del filtro renale le quali sono di comune osservazione negli individui di età inoltrata.

M. Vele — *Il tracoma nella città e nella provincia di Parma nel dodicesimo 1921-32*. — Estr. da « Lettura Oftalmologica », N. 3, 1933.

L'A. ha eseguito uno studio clinico statistico nella città e nella provincia di Parma, in base ai malati visitati nella R. Clinica Oculistica, dal 1921 al 1932. Riferisce come in conseguenza delle provvidenze attuate, tale affezione abbia in esse subito una fortissima e progressiva diminuzione.

M. Vele — *Ulteriore contributo allo studio dei teratomi corneo-congiuntivati*. — Estr. da « Lettura Oftalmologica », N. 3, 1933.

L'A. riferisce la descrizione clinica istologica di due teratomi, l'uno della parte temporale del seno congiuntivale, l'altro corneo-congiuntivale e ne fa le considerazioni eziologiche.

M. Vele — *Contributo allo studio delle lesioni oculari nella sifilide acquisita*. — Estr. dalla « Rassegna Italiana di Oftalmologia », N. 3-4, 1933.

L'A. rilevato come simili reperti siano piuttosto

rari, fa lo studio anatomo-patologico completo delle lesioni riscontrate in un occhio, cieco e dolente, enucleato ad una donna sicuramente sifilitica. Ha riscontrato che tutte le membrane erano interessate, ma in modo speciale quelle del tratto ureale.

M. Vele — *La paracentesi della camera anteriore e le iniezioni di atropina al 0/100 come coadiuvanti terapeutiche nelle atrofie ottiche*. — Estr. dall'« Archivio di Oftalmologia », N. 5, 1933.

L'A. riporta i risultati ottenuti mediante la paracentesi della camera anteriore, associate ad iniezioni ipodermiche di atropina al 0/100, in 24 casi di atrofia ottica, dipendenti da cause diverse e ne mette in rilievo i cospicui vantaggi osservati nella maggior parte di essi.

M. Vele — *Il glutatione nelle oftalmopatie*. — Estr. dagli « Annali di Oftalmologia e Clinica Oculistica », N. 3, 1933.

L'A. ha studiato il comportamento del glutatione nel sangue di 180 individui, con affezioni oculari, e di altri 50 normali. Ha riscontrato nei primi un aumento considerevole del tasso di glutatione.

M. Vele — *Sui rapporti tra arteriosclerosi e glaucoma*. — Estr. dagli « Annali di Oftalmologia e Clinica Oculistica », N. 5, 1933.

L'A. ha ricercato il valore della costante di Ambard in 50 glaucomatosi e in altrettanti individui all'incirca della stessa età, ma non affetti da glaucoma. Ha constatato nei primi un modico maggior valore della suddetta costante, che si accompagnava ad un relativo aumento della pressione generale, in confronto ad altri pazienti.

M. Vele — *Ricerche sperimentali sull'azione dei trefoni embrionari omologhi nel processo cicatriziale delle ferite settiche della cornea*. — Estr. dal « Bollettino di Oculistica », N. 9, 1933.

L'A. rileva che le iniezioni di trefoni embrionari praticate in conigli per via parentevale, qualche giorno prima di aver provocato una ferita sperimentale, esercitano un'azione di maggior resistenza al processo infettivo e rendono più sollecita la riparazione della perdita di sostanza.

Statistique della Soc. de Nations, Vol. IV.

Nel IV volume esaminati i dati statistici della produzione del consumo e dei prezzi, degli alimenti protettori e di altri.

Questo studio è stato eseguito dall'Istituto Internazionale di Agricoltura di Roma.

Dott. J. Klouzek — *Classificazione delle cause di morte per l'assicurazione vita* — Praga 1936.

L'A. mette in rilievo l'importanza che ha la statistica sanitaria nell'assicurazione vita, rileva le lacune dell'attuale elenco nosologico, non aggiornato con i moderni progressi scientifici ed auspica una nuova nomenclatura internazionale fatta con la collaborazione degli attuari, dei medici, e degli specialisti in statistica.

Legislazione Francese, 1936. — Pubblicazione della Rivista « Assicurazioni ».

È questo il V volume della Collezione Legisla-

zione mondiale sulle assicurazioni private. Esso è di notevole interesse per quanti si occupano di diritto, di economia e finanza dell'assicurazione privata; a fronte del testo originale della Legislazione francese il Prof. Antigono Donati ha curato la traduzione italiana. Precede la parte legislativa un ampio studio critico di M. Picard sui « Lineamenti generali della legislazione francese sulle assicurazioni private ».

Dott. S. Galloro — *Patologia degli ottonai* — Estratto da « Folia Medica », 1936, n. 14.

L'A. passa in rivista le malattie cui vanno soggetti questi lavoratori soffermandosi soprattutto sulla febbre degli ottonai e le ipotesi avanzate per spiegarla; rileva la alta morbilità e mortalità di questi operai per la t.b.c. polmonare invocando provvide disposizioni igieniche a tutela di essi da parte del Governo Fascista.

E. Fürth — *Vitto sano nei giorni di malattia* — Estratto da « Die Mediz. Welt », 1936, n. 34, Vienna.

— *Morbosità e mortalità per diabete* — Estratto da Munchener Mediz. Wochens., 1936, n. 31, Vienna. (V. recensione in altra Rubrica).

H. Nathanson — *I reperti cistocorpici nelle malattie nervose con particolare riguardo ai fenomeni sfinterici* — Estratto da « Zeitschrift für die gesante espr. Med. », 1929, fasc. 65, Berlino.

— *Posizione del corpo ed eliminazione extrarenale dell'acqua* — Estratto da « Klin. Wochen », 1929, n. 19.

— *Sull'azione diuretica della posizione elevata della gambe nei cani e nei cardiopazienti.*

— *Osservazioni cliniche sull'anemia perniciosa* — « Deutschen Medizinischen Wochenschrift », 1928, n. 10.

— *Osservazioni cliniche sull'anemia perniciosa sulla questione delle mielosi funicolari* — « Klin. Wochen », 1930, n. 47.

— *Efficacia del Salyrgan per applicazioni rettale* — « Klinische Wochenschrift », 1930, n. 47.

V. Montesano. — *Cenni sulle malattie cutanee dell'infanzia e loro profilassi.* — (Estr. da « Corso di Assistenti di Colonie, Feder. Urbe, 1936).

L'A. rileva che le iniezioni di trefoni embrionari praticate in conigli per via parenterale, qualche giorno prima di aver provocato una ferita sperimentale, esercitano un'azione di maggior resistenza al processo infettivo e rendono più sollecita la riparazione della perdita di sostanza.

M. Vele — *Sul coloboma congenito dell'iride e della coroide.* — Estr. dal « Bollettino di Oculistica », N. 7, 1933.

L'A. riporta un reperto istopatologico assai raro di coloboma irideo e coroideo.

M. Vele — *Sui tumori delle palpebre.* — Estr. dal « Bollettino di Oculistica », N. 8, 1933.

L'A. riporta l'esame istopatologico di 10 casi di tumori palpebrali e riferisce come dal complesso dei fatti riferiti nel corso del presente studio, tutti

i tessuti palpebrali possono essere interessati da neplasie diverse.

M. Vele — *I trefoni leucocitari eterologhi nelle ferite sperimentali settiche della cornea.* — Estr. da « Lettura Oftalmologica », 1933.

L'A. riporta i risultati ottenuti nei conigli trattati preventivamente per via parenterale con trefoni leucocitari eterologhi ed asserisce che tali trefoni accelererebbero la riparazione delle ferite sperimentali settiche della cornea.

M. Vele — *La capillaropatia dei vari perilimbri nelle affezioni dell'apparato circolatorio.* — Estr. dal « Bollettino di Oculistica », N. 10, 1933.

L'A. all'esame colla lampada a fessura, ha riscontrato che mentre negli individui con sistema vascolare indenne i vasi perilimbri sono normali, nei cardiopatici e sugli individui con affezioni vascolari sono alterati.

M. Vele — *Il comportamento dell'astigmatismo corneale inverso con l'età e nella miopia.* — Estr. dal « Bollettino d'Oculistica », N. 11, 1933.

L'A. ha constatato che con l'età aumenta di frequenza l'astigmatismo inverso, mentre diminuisce quello secondo la regola e che la percentuale degli occhi miopi con astigmatismo contrario alla regola aumenta con l'età, ma è anche evidente la tendenza di non pochi di questi occhi all'assenza di astigmatismo.

M. Vele — *Aspetti biomicroscopici del panno corneale tracomatoso.* — Estr. dal « Bollettino di Oculistica », N. 12, 1933.

L'A. attribuisce una rilevante importanza allo studio del panno tracomatoso con la lampada a fessura, la quale ci mette in grado di poter rilevare i minimi particolari di un tracoma progressivo, essendo questo un processo suberionico, che le più diverse circostanze possono riacutizzare.

Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari.

A S. Maurizio Canavese (Torino) il Dott. Croce Giuseppe.

A S. Maria Capua Vetere (Caserta) il Dott. Della Valle Michele.

A Fagnano Olona (Varese) il Dott. Crola Giovanni.

A Venaria Reale (Torino) il Dott. Rossi Luigi.

A Colle Isarco (Trento) il Dott. Schadelbaner Carlo.

A Spilimbergo (Udine) il Dott. Di Caporiacco Attilio.

A Colloredo di Montalbano (Udine) il Dott. Faleschini Daniele.

A Paestum (Salerno) il Dott. Gracioto Sa-verio.

Riproduzione vietata degli scritti contenuti in questa Rivista, anche se parziale o sunteggiata, senza citarne la fonte.

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

Città di Castello, 1936-XIV — Tipografia « Unione Arti Grafiche » — Telefono 37.



Corporate Heritage
& Historical Archive