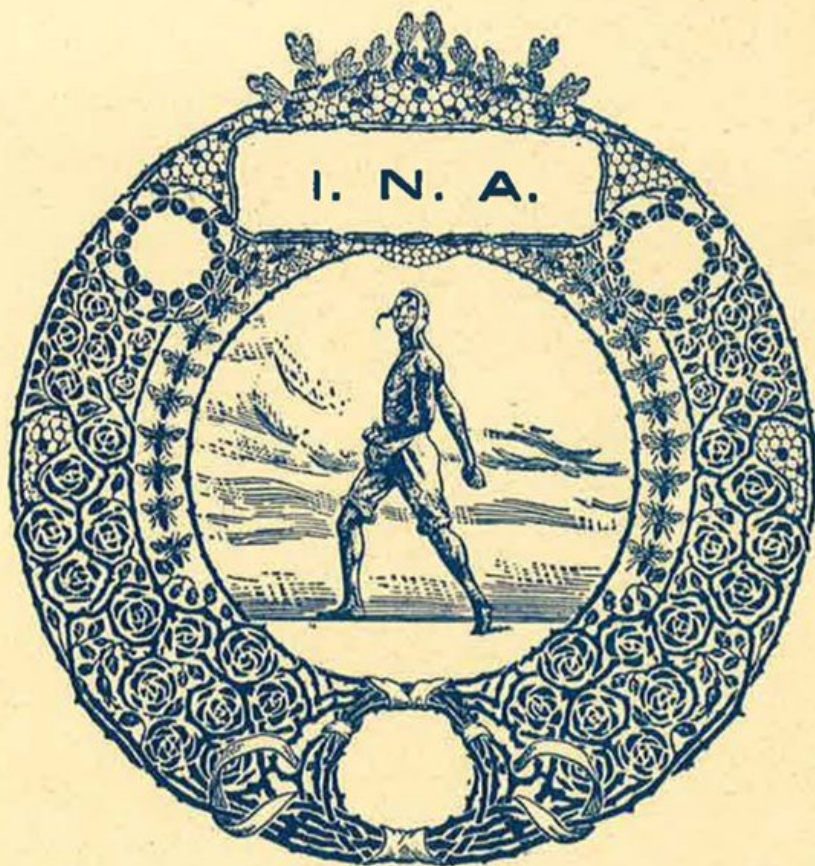


L'ASSISTENZA

SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno V
Numero 6
15 dicembre
1936 - XV

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, Mal di gola (La Tonsillite) 357</p> <p> b) Rassegna articoli di igiene 361</p> <p> c) Dr. S. FIANCADA, I vermi intestinali e la loro profilassi 362</p> <p> d) La tragedia dell'obeso 366</p> <p>3. Notiziario. 367</p> <p>4. Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita :</p> <p> a) Dr. M. BIASIOTTI, La determinazione del metabolismo basale in medicina delle assicurazioni vita 369</p> <p> b) Dr. A. STARNA, L'accettazione degli albuminurici nell'assicurazione vita 379</p> <p> c) Dr. M. BIASOTTI, Su di un nuovo metodo per la determinazione rapida della glicemia 401</p> <p>5. Medicina legale delle Assicurazioni vita :</p> <p> Dr. MARIO COSTABILE BARNABEI,</p> | <p>L'esame dei sinistri di morte di breve antedurata nell'assicurazione vita. pag. 406</p> <p>6. Indagini di statistica medica :</p> <p> Dr. S. GALLORO, Distribuzione nei vari mesi dell'anno delle cause di morte degli assicurati dell'I.N.A. verificatisi nel Triennio 1932-1934 411</p> <p>7. La pagina del medico fiduciario :</p> <p> Dr. S. FIANCADA, La semiologia fisica del rene. 420</p> <p>8. Varie :</p> <p> a) I. GIORDANI, Il problema delle Assicurazioni private nelle nostre Colonie 422</p> <p> b) I. ROMANELLI, Proposte di ricerche di Medicina del Lavoro 427</p> <p>9. Dai Libri e dai Periodici 428</p> <p>10. Pubblicazioni ricevute 433</p> <p>11. Dalle riviste che riceviamo in cambio 434</p> <p>12. Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari 436</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.



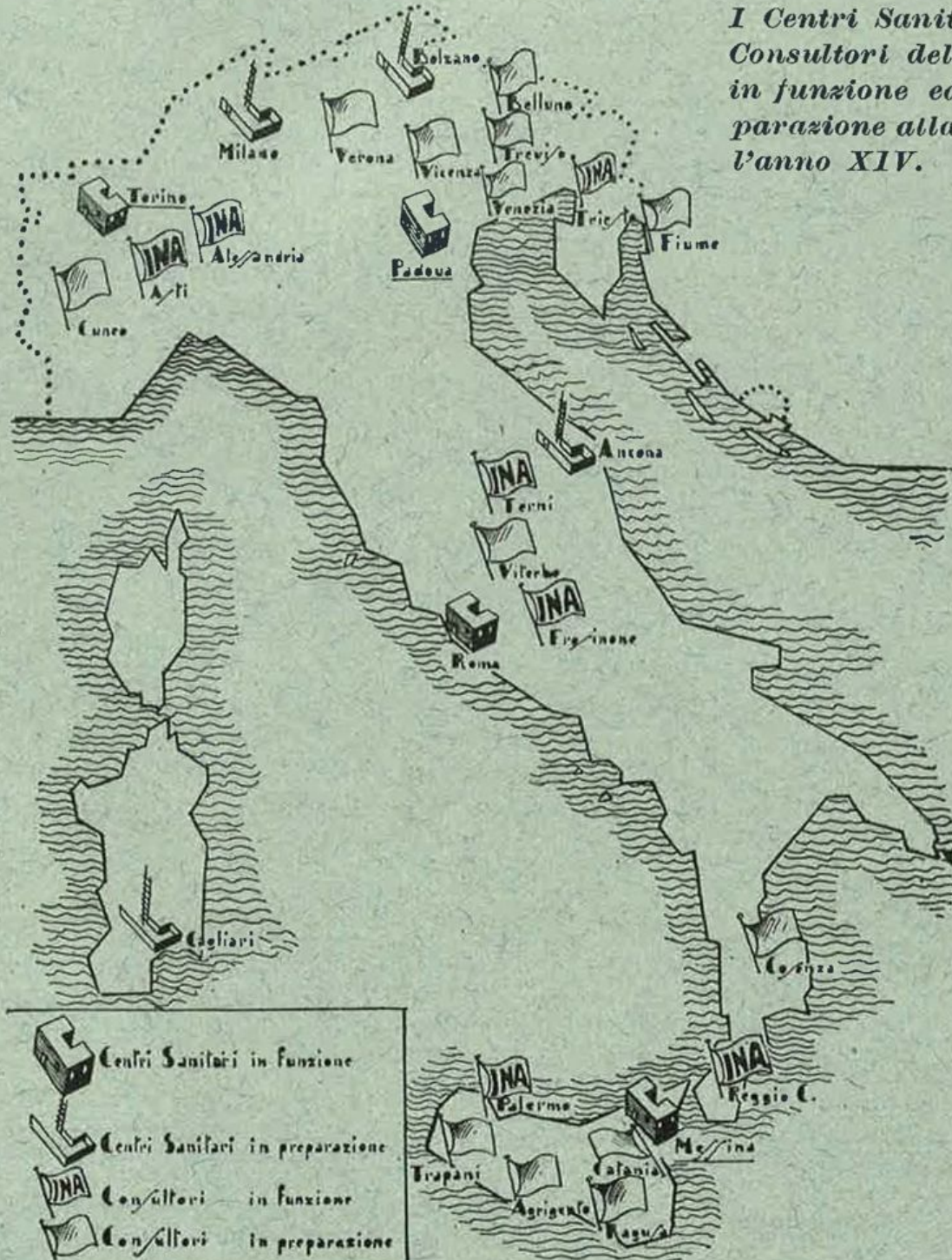
L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

REDAZIONE ED AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

ROMA — Via Sallustiana, 51 — ROMA

*I Centri Sanitari ed i
Consultori dell' I. N. A.
in funzione ed in pre-
parazione alla fine del-
l'anno XIV.*



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 Ma-

queda, 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 Servizio 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 per tutti comunque assicurati.*

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:

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.

TOBTONA - 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. AJMONE Modesto, Via Faà di Bruno, 18.

Dott. BADINO FRANCESCO, Via Trotti, 12.

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

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 per tutti comunque assicurati.*

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 Lello.

BARI

1. *Clinica privata del prof. Firenze d'Erchia per le Malattie Ginecologiche*, Via M. Signorile, n. 2, a tutti gli assicurati: riduzione del 30%, sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e 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 al loggio, 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. 103, 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. MANIOTTI Cesare, Via Castiglioni, 5.

Dr. NARDI Giorgio, Via Frassinago, 21.

Dr. PALMIERI Domiziano, Via Righi, 34.

Prof. Dr. RICCHI Gino, Via S. Stefano, 43.
Prof. Dr. NAPOLONE 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, 38.

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, 34.

Otorinolaringoiatri :

BOLZANO - Dr. BRIANI Alfredo, Via Duca d'Aosta, 2.
Dr. SCHNABL Adolfo, PIRAZZA 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. *Consultorio 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. SCACCHI Domenico, Corso Palestro.
GARDONE RIVIERA - Dr. GORO Giuseppe.
SALO - Dr. SIMONI Guido Giuseppe.

CAGLIARI

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

2. *Casa di cura Prof. Gino Baggio - Piazza S. Benedetto, a tutti gli assicurati:* riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazione di Terapia fisica, 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 30% (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. RISTIVO 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, 4k.
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 Mazza*, 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. CEBBELLI 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. BERLOTTI 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 Stradi vari, 8.

Otorinolaringoiatri:

CREMONA - Dr. BOCCHI Ferruccio, Via G. Tibaldi, 3.

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 Cortevocchia, 8.

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. CECCOLI 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 dei 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. CODECA 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, Roentgendiagnostica 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 GERR, 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 Ozilna, Via XX Settembre 1/2, a tutti gli assicu-*

ratil riduzione del 80% (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, 13.
 GENOVA - Dr. PUPPO FRANCESCO, Salita S. Caterina, 1/2.

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, 5 bis.
 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. QUARANTOSI 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. CHERICI Luigi.

LUCCA

Odontoiatri :

ALTOPASCIO - Dr. PIEGAJA 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. ZAPPABOLI Luigi, Corso Vitt. Emanuele, 108.

MASSA - CARRARA

Odontoiatri :

CARRARA - Dr. LODOVICI G. Battista, Via Lu-nense.

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 VINCENNO - 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. VALSÈCCHI 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 è 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. Dott. BUSACCA Annibale, Foro Bonaparte, 46

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. SILIINGARDI 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 Principi*, 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, 62; 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. COPPOLA Antonio, Via Cesario Console, 3.

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

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

Dr. GIUFFRÉ 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, 113.

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 « Eremo » 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* per tutti comunque assicurati.

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 (fango 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, roentgendiagnostica 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 Villaermosa, 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 Ello, 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, Vi. 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 praticano 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. LASAGNA 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 GOBBI Ettore, Via San Marco, 5.

Dr. MISTRALETTI Umberto, Via Chiapponi.

CASTELANGIOVANNI - Dr. PATRIOLI Giussappe.

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. CARREBAS 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 Filade.

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

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 30 % sarà pure applicata sulle tariffe in vigore per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di Terapia fisica, 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. **Reazione di Meinicke.**

9. **Misurazione della pressione arteriosa.**

10. **Elettrocardiogramma.**

11. **Teleradiografia del torace.**

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

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. **Polivernico 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 80% 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.
Dr. ERCOLANI ALBERTO, Largo Magnagrecia, 3.

Oculisti:

ROMA - Prof. Dr. COLANGELI Armando, Via A. Canova, 12.
Prof. Dr. MAZZANTINI Gustavo, Via Milano, 24.
Prof. Dr. NEUSCHÜLER Ignazio, Via Aracoeli, 58.
Prof. Dr. STRAMPPELLI Benedetto - Corso Italia, 83

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 NEZZARENO.

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 Eurico, 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 1ª e 2ª classe. Per gli assicurati in forma popolare la riduzione di cui sopra comprenderà anche i bagni di 3ª classe.

2. *Stabilimenti termali di S. Casciano (Siena)*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore per la 1ª classe e del 50% per la 2ª 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, 38.

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 38.

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

Otorinolaringoiatri:

TARANTO - Prof. Dr. BIASOLI Aloide, 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. MORINI 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 Nizer, 27.

Dr. VAUDETTI S., Via Cernaia, 18.

Prof. Dr. VERDERAME 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. FERBERO 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. PALLESTRINI Ernesto, Corso Roero di Cortanze, 2.

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

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

Dr. VASSI C., 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 Gazeoletti.

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. BANFIOCHI 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

Presso l'Agenda Generale Via Carducci 2:

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.*

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. OTTOCHIAN Giuseppe, Via S. Lazzaro, 10.

Dr. REBEZ B., Corso Garibaldi, 28.

Dr. ROSAIO 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. BECCHETTO 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. BUBATTI Pasquale Achille.

VENEZIA

1. Presso l'Agenda 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) *Controllo del peso e dell'altezza.*

E) *Misurazione della pressione arteriosa.*

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

3. *Consultorio Materno in Venezia* dell'Istit. Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate 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.

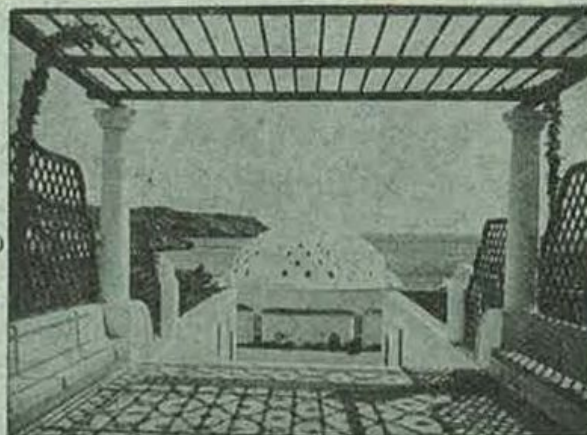
VITERBO

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: Caltea (Rodi - Egeo) — Montecatini (Pistoia) — S. Pellegrino (Bergamo) — Sardara (Cagliari) — Trescore Balneario (Bergamo) ;

b) stitichezza - epatopatie croniche - colecistiti :

Fonti idropiniche: Agnano (Napoli) — Bognanco (S. Lorenzo - Novara) — Caltea (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) artrite cronica - 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) — Caltea (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 uricemica, 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:

Miazzina (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'Erchia - Via M. Signorile, 2.

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

Case per cure otorinolaringoiatriche:

Roma - Casa di cura già del Prof. T. Mancioioli - 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 Bianca* » - Prof. A. Grollo.

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

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 - Poliambulatorio 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. Melaorino 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 Oozonica - 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



MAL DI GOLA

(LA TONSILLITE)

Dott. ALBERTO STARNA

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

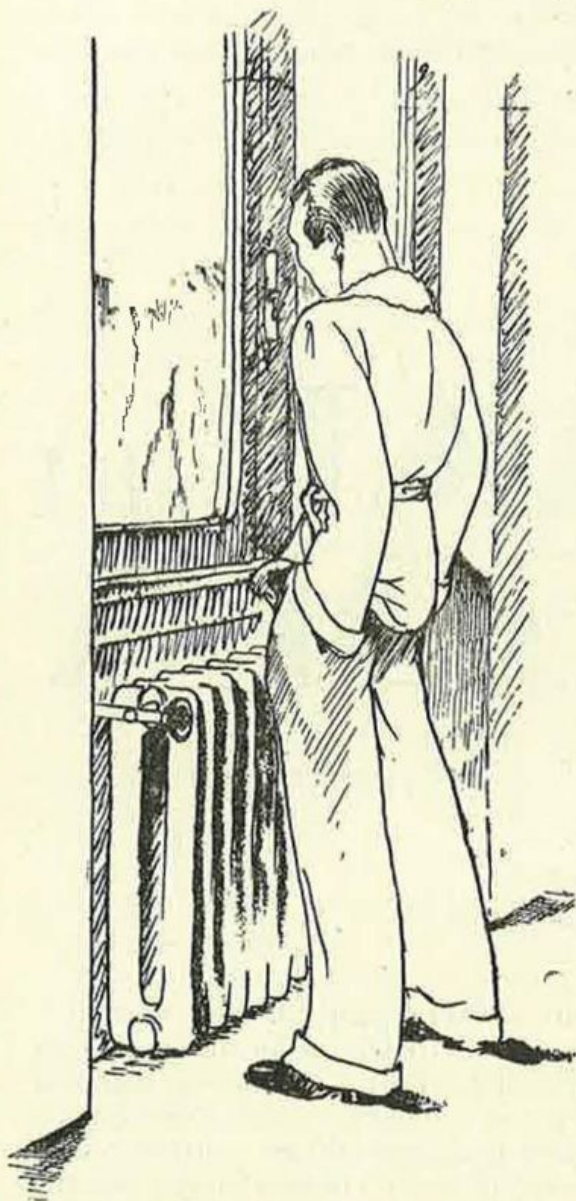
Come sono lunghe queste serate d'inverno, sembra proprio che non finiscano mai! Fuori tira un ventaccio umido e freddo che taglia la faccia ed il sole, dopo una timida capatina in basso sull'orizzonte poco sopra i comignoli, è scomparso da un pezzo. Certamente Febo deve temere il freddo e, dopo essersi affrettato a ricondurre i suoi focosi destrieri alle regali rastrelliere, a quest'ora si sta rifocillando davanti al focolare scoppiettante proprio come i nostri ottimi paesani.

Forse qualcuno di voi è scettico e preferisce con i signori Copernico e Galileo credere che sia la terra a girare intorno al Sole? Se avete ancora nel sangue un'uncia dello spirito di cavalleria del buon tempo antico dovrete convenire con me che la Terra, superba signora dalla eterna giovinezza, non può che accettare la corte dal risplendente Sole e mai essere lei a corrergli intorno.

Comunque, sistema copernichiano a parte, è certo che se vi può essere ancora qualche dubbio circa il posto dove passi tante ore notturne il signor Febo, non ve ne è nessuno circa le mie e le vostre preferenze serotine in questi mesi invernali. I signori igienisti dicono che il troppo caldo artificiale negli ambienti rechi danno alla nostra salute; ma la carezza del piacevole tepore è così persuasiva che bene spesso si dimenticano certi richiami.

Quanto è delizioso, standocene tappati in casa, guardare la colonnina argentea del termometro salire lentamente e superati i diciotti centigradi raggiungere i venti, ventuno, mentre tutta la nostra pelle con piacevole pizzicorio entra in forte perspirazione! Ecco già la finestra coperta di un velo opalino di rugiada

e noi dietro i vetri con aria distratta ci arrestiamo a guardare le goccioline perlacee che ogni tanto con un rapido zig-zag scendono sulla superficie levigata festonando l'ampio telaio dell'imposta di mille trine argentee. Una sbirciatina curiosa giù nella strada semibuia ci fa vedere i rari passanti infagottati e frettolosi che il freddo sospinge ai prossimi caffè o al cinema in fondo alla via.



Dopo, ci si sprofonda nella poltrona per una buona mezz'ora che sembra un'eternità; un'occhiatina al termometro ci annuncia che siamo saliti di un altro grado e poi ancora quattro passi ci portano irresistibilmente alla finestra per vedere se non sia proprio il caso per « ammazzare il tempo » di scender giù al prossimo caffè e far quattro chiacchiere con qualche amico. Così in due minuti infilato il pastrano e con l'immane sciarpa da collo passiamo dai venti, ventun gradi della nostra saletta alla temperatura esterna che si aggira, intorno allo zero, quando non discenda al disotto.

Altro brusco passaggio di temperatura ci attenderà al ritorno quando, uscendo dal locale pubblico e sovraffollato, affronteremo il vento ed il freddo delle ore piccole. Queste variazioni si fanno così abituali e si finisce col non farvi più caso finché una mattina ci si sveglia con un bruciore alla gola il quale diviene sempre più fastidioso fino a divenire dopo qualche ora un vero dolore. Se ci guardiamo la gola con uno specchio vedremo le fauci arrossate. E' la tonsillite che, superate le barriere — ahi quanti labili! — della sciarpa da collo ha voluto farci una inattesa e niente affatto piacevole visita.

*
* *

conto. Più spesso invece il corteo ad un malassere per tutta la vita e ad una febbre modica che costringe il malato a rimanere in letto.

Ma la tonsillite, mi sento dire da qualcuno, è una malattia che non desta nessuna preoccupazione e che non è possibile prevenire, perciò è meglio accettarla come questa stagione ce la manda. Piano, signori miei, con questa affermazione tanto assoluta! E' vero che in linea generica la tonsillite non porta gravi conseguenze ma i danni e gli incomodi che reca seco non sono affatto trascurabili. Per prevenirla e sapere come contenerci vediamo anzitutto come essa insorge.

Nell'oro-faringe cioè nel punto di passaggio dalla bocca alla gola, crocicchio importante anche per il sistema digerente e porta obbligata per tutto ciò che deve entrare nel nostro corpo, la previdente natura ha posto una valida difesa di vie e gangli linfatici allo scopo di precludere l'ingresso ad ospiti pericolosi.

Come in una cittadella antica l'ingresso principale era specialmente munito di torri e speroni così questo presidio è rinforzato nell'oro-faringe da un

anello (anello di Valdayer) che circonda l'apertura con caminamenti linfatici e fortificazioni nei gangli per arrestare ogni intruso sospetto. Non vi saranno merli in cima, ma come in quei tempi lontani del medioevo esiste un odio eterno e giurato tra i difensori della roccaforte ed i bacilli virulenti. Appena questi si avvicinano, per uno speciale potere di attrazione (*tropismo*) vengono confinati in speciali celle dette cripte linfatiche delle quali è abbondantemente fornita la superficie tonsillare. In questa specie di « camera della morte » i bacilli vengono resi inoffensivi e spesso inglobati ed uccisi dal tessuto linfatico che arricchisce la tonsilla.

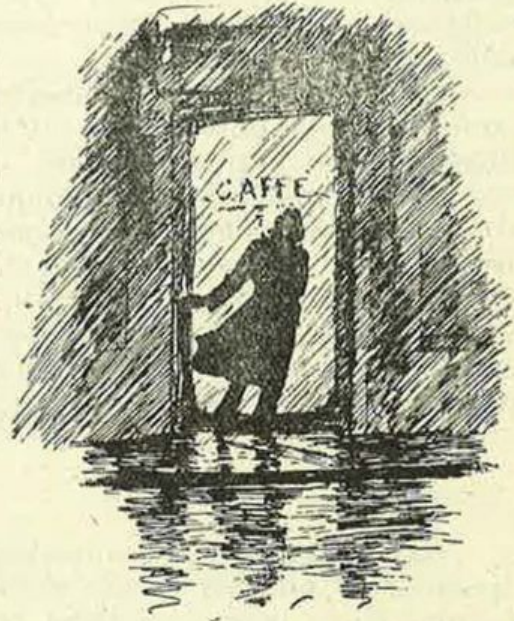
Qualche volta però, per speciale virulenza dei germi, le *tonsille palatine* che sono le più importanti ed alle quali intendiamo qui riferirci vengono so-prattatte e la barriera da loro costituita va incontro ad un processo di infiammazione che è appunto la tonsillite durante la quale la funzione di barriera è molto ridotta e può lasciar passare le tossine od i germi nel sangue. I nomi di questi bacilli invasori sono un po' barbari come quelli degli ostrogoti del tempo lontano, rispondono infatti ai nomi di *diplococco*, *streptococco*, *stafilococco* e molti altri del genere che lasceremo sulla penna. Se l'invasione dei germi, cioè una setticemia attraverso queste vie, è rara, l'infiammazione delle tonsille è molto frequente e fastidiosa. I germi trovano facile esca all'attecchimento nelle occasioni perfrigeranti stagionali; i comuni germi innocui (*saprofiti*) della cavità boccale insieme ad altri venuti dall'ambiente trovano nei bruschi raffreddamenti e nelle correnti d'aria il terreno più propizio per divenire più virulenti.

Esistono varie specie di tonsilliti il cui primo sintomo è per tutte un senso d'impaccio o meglio di stringimento alle fauci da cui il termine medico di « angina di gola »; è per esse quasi costante l'accompagnarsi con un po' di tosse secca e stizzosa. Un senso di malessere e una lieve elevazione febbrile completano il quadro della *tonsillite catarrale*.

Invece nella *tonsillite lacunare* la febbre è più accentuata, preceduta da brividi e raggiunge i 39 o 40 centigradi, il fastidio alla gola è più spiccato ed un dolore di testa e per le ossa dimostrano che la scarica tossica entrata dalle tonsille è stata discreta.

All'esame delle fauci, mentre nella prima forma troviamo un semplice arrossamento dei pilastri e delle tonsille, in questa seconda la superficie tonsillare presenterà più punticini bianchi o bianco-grigiastri di varia grandezza da quelli di una testa di spillo a quelli di una lenticchia, spesso in corrispondenza degli orifici lacunari. Entrambe le tonsillite suddette sono con molta frequenza seguite o accompagnate da una rinite o rinofaringite acuta, affezione delle alte vie respiratorie già ricordate altra volta in questa rubrica.

Un gruppo importante delle angine o tonsilliti è quello caratterizzato dalla presenza delle cosiddette *pseudo-membrane* cioè da un intonaco fibrinoso essudato, biancastro, poco aderente che si diffonde a gran parte delle tonsille. Queste forme costituiscono uno dei più importanti problemi diagnostici per il pediatra che deve nei bambini differenziare quelle di origine *difteriche* da quelle dei comuni piogeni. I caratteri basati sulla gradazione del colore delle pseudo-membrane, sulla resistenza al distacco e sulla loro diffusione sono troppo tecnici e sottili per essere qui utilmente riferiti; un solo consiglio si può dare in questa sede. All'apparire di una angina in un bambino si deve senza esitazione richiedere l'opera di un medico che seguirà il piccolo malato, per il quale trepidano i genitori, con tutte le cognizioni e le sollecitudini curative che la scienza può



apprestare. Ricordiamo che una febbre bassa non depone per l'innocuità dell'angina, molte differiti non danno nei primi giorni febbri superiori alla media, pericolosa illusione è ritenerle innocue perchè la febbre si mantiene inferiore ai 39.

Del resto, spesso, forme non differiche, quando sono causate dall'insidiosissimo streptococco, si accompagnano ad uno stato grave di agitazione, febbre alta, adenite latero-cervicale e sotto le pseudo-membrane si formano ulcerazioni di notevole entità che si protraggono per vari giorni. Esistono infine altre forme, per fortuna rare, di angine d'altra natura quali le *ulcero-membranose di Vincent*, le *poltacee* e le *cangrenose* accertabili solo dal medico.

L'importanza della tonsillite come prima manifestazione di altra malattia è dovuto al fatto, ben noto in medicina, che spesso sia le malattie *esantematiche* come la scarlattina e il morbillo, sia altre affezioni quali l'influenza, la polmonite e il tifo s'iniziano precisamente con una semplice infiammazione delle tonsille palatine. Evidentemente in questi casi le tonsille hanno tradito la loro funzione e da barriere si sono trasformate in porta d'ingresso ai bacilli che provengono dall'ambiente.

Ecco perchè noi dovremo tenere sempre la mucosa della bocca nelle migliori condizioni possibili avendo cura di eliminare ogni piccolo focolaio dove possano annidarsi dei germi nei denti cariati, nella anfrattuosità della mucosa stessa ecc. Perciò eviteremo infiammazioni delle quali non sappiamo mai quale potrà il decorso. *Ascessi tonsillari, sinusiti, faarigo-laringiti* sono evenienze abbastanza frequenti come successione morbosa di una tonsillite, sebbene raramente, possono manifestarsi anche *nefriti, setticemia e artriti*. Per fortuna di tutti e a vostra tranquillità, devo però aggiungere che la provvida natura ha fatto sì che spessissimo tutto si risolve felicemente ed in capo a pochi giorni possiamo tornare alle quotidiane occupazioni completamente rimessi.

*
* *

La benignità della tonsillite, tranne i casi rari su riferiti, fa sì che troppo spesso essa non sia curata affatto o trattata come suol dirsi con metodo di famiglia. Devo perciò mettervi in guardia contro certe manovre brutali sopra la mucosa infetta, manovre che possono provocare l'entrata in circolo dei germi che si vogliono uccidere.

Intendo riferirmi alle pennellature della gola in genere ed a quelle con la tintura di iodio specialmente, le quali provocano la disepitalizzazione e la irritazione della superficie tonsillare senza riuscire a distruggere i nidi virulenti dei bacilli.

Ci contenteremo invece di consigliare dei gargarismi bucco-faringei ben noti a tutti e di cui parlammo già in un precedente articolo (N. 6-1935). Per una mucosa così delicata è bene non usare mai antisettici violenti ma limitarci a sciacqui od a gargarismi con acqua ossigenata diluita salvo diverso parere del medico; per il dolore gli impacchi caldo-umidi al collo rappresentano la migliore cura fisica.

Questo può dirsi in linea assolutamente generale e per le forme più lievi; quando compaiono i sintomi più accentuati da noi sopra ricordati è indispensabile l'ausilio del sanitario. Questi potrà di volta in volta regolare la propria opera nel senso migliore evitando strascichi e complicazioni veramente spiacevoli.

La grande frequenza delle cause perfrigeranti in questa stagione sono la causa di tante tonsilliti, perciò senza domandarvi una impossibile segregazione dal contagio od una chiusura sotto una campana di vetro, come fanno coloro che hanno la fobia dei germi nell'aria, contentatevi di evitare l'eccessivo freddo e l'eccessivo caldo, specie troppo secchi o troppo umidi. Il caldo spesso si accompagna alla respirazione di un'aria niente affatto depurata, ricca di « antropossine » provocata dall'agglomeramento di folle in ambiente chiuso, come

accade durante i mesi invernali. Il sangue si arricchisce allora di numerose scorie e le mucose si congestionano; successivamente l'esporsi al freddo facilita l'attecchimento dei germi lungo il decorso delle prime vie aeree.

In genere sono pericolosi specialmente i bruschi passaggi di temperatura, il vento intenso, come pure le ben note correnti d'aria che giungono dalle porte socchiuse e dalle finestre mal connesse. Se poi avrete lo spiacevole privilegio di andare incontro a tonsilliti a ripetizioni l'esame, ed eventualmente l'intervento praticato da uno specialista, sarà il miglior rimedio per il vostro disturbo. Le vecchie cicatrici tonsillari esiti di ascessi superati segnano in questi soggetti tante tappe dolorose che finiranno col persuadere anche il più ostinato come sia più saggio partito affrontare l'operazione chirurgica. Lo stesso deve dirsi per giovanetti portatori di tonsille ipertrofiche e adenoidei o per i soggetti con stenosi nasali. L'intervento in tutti questi casi è la migliore cura preventiva per il ripetersi delle tonsilliti.

In questi mesi soprattutto, l'aria deve giungere nelle fauci non troppo fredda nè troppo asciutta; ecco perchè noi dobbiamo respirare per il naso ove la pituita filtra l'aria e la rende giustamente umida e tiepida; la respirazione per la bocca è sempre dannosa e da evitare.

Senza eccessive limitazioni queste poche norme igieniche vi potranno in completa libertà conciliare il mantenimento di una buona salute nei mesi invernali con tutti gli agi della vita moderna..... termosifone compreso.

(Dis. di E. BARDSKY).

RASSEGNA DI ARTICOLI D'IGIENE

Gesundheit Langes Leben — N. 9 — Dresda.
— ottobre 1936.

La cura dell'uva.

STEFF, *Cosa dice la scienza alla nostra alimentazione.*

KRAFT, *Avete ancora denti sani?*

PUDOR, *Occhi sani con l'esercizio.*

HOSKE, *La salute è ereditaria come supremo valore vitale.*

NELSON, *La lotta contro la rigidità muscolare.*

HANEL, *Guardatevi contro gli incidenti del traffico.*

MECKIES, *Il valore terapeutico del seme di lino.*

Gesundheitsdienst — N. 8 — Berlino.
— agosto 1936.

Contro la colica epatica.

Diagnosi precoce delle malattie.

Mezzi di disinfezione efficaci.

Im Dienste der Gesundheit — N. 3 — Basilea.
— settembre 1936.

BRENTANO, *Progressi nella ricerca e trattamento del diabete.*

PROBST, *Timore ed ansia nell'età infantile.*

SCHÜRMAN, *Lenti buone e cattive.*

BANGERTER, *Come trattiamo noi le più piccole ferite?*

Viva cien anos — N. 1 — Buenos Aires.
— ottobre 1936.

AUSTREGESILO, *La bellezza del lavoro.*

PALANTI, *L'uomo inoperoso.*

MANDOLINI, *Amore e matrimonio.*

MARAINI, *Quando il rene si ammala.*

SALOMÓN, *Si deve mangiare durante la febbre?*

GUZMAN, *Perchè i popoli civili vanno soggetti alla caria dentaria?*

PFAUDE, *Un fisico attraente crea personalità.*

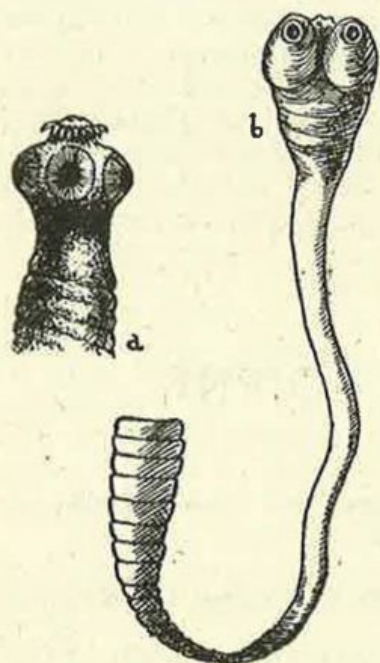
I vermi intestinali e la loro profilassi

Dott. SALVATORE FIANDACA

Medico della Dir. Gen. dell'I.N.A.

Tra le affezioni dell'apparato gastro-intestinale quelle dovute alla presenza dei vermi (elmintiasi) rappresentano tutt'oggi una percentuale piuttosto elevata. La ragione di tale relativa frequenza è da ricercarsi nella maggior parte dei casi nella trascuratezza, con la quale un buon numero di individui si esime dal seguire quelle norme igieniche e profilattiche, che viceversa, qualora fossero bene applicate, potrebbero far scomparire o quasi la morbilità per tali cause. Per questa ragione e perchè alcune delle affezioni dovute a vermi invero possono condurre, specie se trascurate, allo stabilirsi di condizioni morbose di una

certa gravità, mi sembra non privo di utilità pratica il ricodare ai nostri assicurati quali sono i vermi più comunemente patogeni per l'uomo, quali le vie di penetrazione nell'organismo ed infine quali sono le più comuni misure igieniche onde evitare l'infestazione.



a) Testa di *Taenia Solium*.
b) Testa di *Taenia Saginata*
(Da Ruge e Sisto)

*
*

Invero le malattie gastro intestinali causate dai vermi, con i mezzi di cura oggi in uso, raramente sono mortali, ma senza dubbio costituiscono un gruppo di affezioni molto dannose per l'organismo, in quanto oltre al danno diretto apportato all'apparato gastro intestinale, condizionano lo stabilirsi di alterazioni croniche molto gravi (quali ad es. l'anemia) e possono condurre l'organismo ad uno stato di minorata resistenza organica, per cui il sopraggiungere di un'altra malattia, anche non direttamente dipendente dalle lesioni provocate dal verme, può assumere particolare gravità di decorso. A ciò va aggiunto che la diagnosi delle elmintiasi non sempre è così semplice come a prima vista potrebbe sembrare e pertanto non raramente i pazienti si tra-

scinano per lungo tempo la loro affezione con conseguenze facili a trarsi.

Le ragioni delle frequenti difficoltà della diagnosi sono rappresentate principalmente, da un lato dal fatto che gli infermi non sono proclivi all'osservazione delle loro feci ed in genere non sono in grado di fornire al sanitario, da loro interpellato, indicazioni esatte e che potrebbero essere particolarmente utili per la diagnosi, dall'altro perchè non sempre i disturbi interessano l'apparato gastro intestinale, o quando si riferiscono a questo non sempre sono caratteristici delle elmintiasi. Così in alcuni casi i sintomi principali sono a carico di altri apparati, quali ad esempio il sistema nervoso, o, pur interessando l'apparato gastro-enterico, non si allontanano dalla sintomatologia tipicamente caratteristica delle enteriti o delle coliti catarrali comuni; in tali casi è evidente come anche un medico esperto possa facilmente incorrere in errore, almeno finchè nel paziente non si siano manifestati quei segni di indubbio valore per i quali il giudizio diagnostico diventa relativamente facile.

*
*
*

Facendo astrazione della classificazione ufficiale, la quale importerebbe la conoscenza delle particolari caratteristiche biologiche dei vermi e l'uso dei nomi più o meno difficili (fatti questi che non si adattano ad un'esposizione dell'argomento diretta a chi con la medicina non ha eccessiva familiarità) mi limiterò ad accennare ai più comuni vermi patogeni per l'uomo, a quelli cioè che più facilmente si sogliono riscontrare nelle nostre regioni.

In un primo gruppo possono essere inclusi i tre vermi che più frequentemente producono delle affezioni nell'uomo e cioè: la *Taenia solium*, la *Taenia saginata* ed il *Bothryocephalus latus*. A parte i numerosi caratteri di natura morfologica e biologica, per i quali tali vermi possono considerarsi appartenenti alla stessa specie (cestodi), essi hanno in comune la forma grossolanamente nastriforme ed il fatto che allo stato adulto vivono nell'intestino degli animali muniti di vertebre. Essi inoltre, perchè si compia il loro ciclo vitale, hanno bisogno di trasferirsi, ad un dato momento, in un altro ospite intermedio, nel quale assumono una forma larvale, e dal quale successivamente passano nell'ospite definitivo (quasi sempre l'uomo) producendone la malattia.

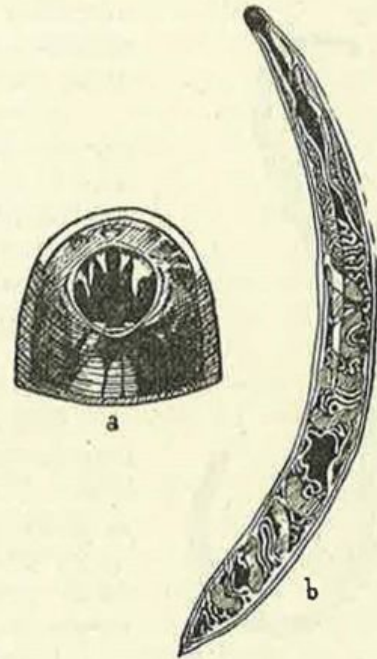
La *Taenia solium* ha come ospite intermedio il maiale, la *Taenia saginata* il bue, la prima può raggiungere la lunghezza di circa tre metri, la seconda è molto più lunga e giunge fino ai dieci metri e più. Ambedue corrispondono al « verme solitario » del gergo popolare, nome che ha una base scientifica nel fatto che tali vermi si trovano di solito come esemplari unici nell'intestino dell'uomo.

L'infestazione (più esattamente in tal caso si parla di infestazione), avviene mediante l'ingestione delle carni crude o poco cotte dei suini e rispettivamente dei bovini (ospiti intermedi) infetti di tali parassiti allo stato larvale (cisticerco).

Il Botriocefalo ha come ospiti intermedi diverse specie di pesci (lucio, trota, salmone ecc.) dove esso si trova allo stato larvale ed attraverso i quali, mediante l'ingestione della loro carne cruda o poco cotta, giunge all'uomo. Pertanto la diffusione della malattia dovuta a tale parassita è in diretto rapporto con l'uso dei pesci sopra indicati: è più frequente quindi nella vicinanza dei laghi.

In un secondo gruppo possono essere raccolti alcuni vermi piatti, a forma di lingua o di foglia, particolarmente diffusi tra le popolazioni tropicali e subtropicali, che i biologi per le loro caratteristiche morfologiche e sessuali raggruppano col nome di trematodi. Di essi quello che più interessa, anche perchè la sua presenza è stata segnalata nelle nostre regioni, è la *bilarzia intestinale*. Invero questo verme può essere soltanto ospite occasionale dell'uomo, ma alcune volte può provocare delle lesioni intestinali così gravi da condurre attraverso l'anemia ed il dimagrimento allo stabilirsi di una grave cachessia talvolta anche letale. L'infezione avverrebbe, secondo alcuni per mezzo dell'ingestione di alcuni molluschi o pesci, nelle carni dei quali il parassita si troverebbe incistato, secondo altri attraverso la cute, dalla quale raggiungerebbero l'intestino mediante la via sanguigna.

In uno stesso gruppo (nematodi) vengono raggruppati tre vermi, che per la loro relativa frequenza e per la spiccata patogenicità di qualcuno di essi,



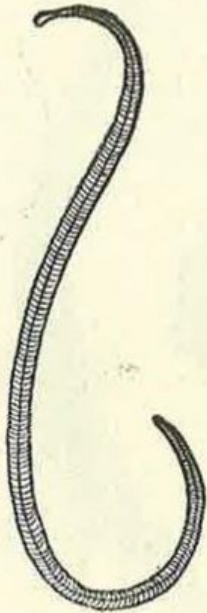
Anchilostomia duodenale (femmina).

a) Testa ingrandita.

b) Corpo.

(Da Ceconi)

offrono particolare interesse. Essi sono: l'*anchilostoma duodenale*, gli *ascaridi lombricoidi* e gli *ossiuri intestinali*. Il primo è un piccolo verme biancastro della lunghezza di cm. 1 - 1,5, che vive nell'intestino dell'uomo, provocando in questi, oltre che dei disturbi più o meno accentuati a carico dell'apparato gastro-intestinale, l'insediarsi lento e progressivo di un'anemia profonda. Ad esso era dovuta l'anemia osservata fra gli operai addetti al traforo del Gottardo. L'infezione avviene o per via orale od attraverso la cute: nel primo caso il portare alle labbra gli oggetti o le mani poco puliti, o l'ingestione di acque, vegetali ecc. inquinati dalle larve, rappresentano i mezzi più frequenti di infezione; nel secondo caso il parassita penetra attraverso la cute e raggiunge l'intestino per via sanguigna o linfatica. In questo secondo caso è la cute delle mani o più spesso dei piedi (specie in quelle persone che per ragioni di lavoro od altro vanno a piedi scalzi) la via quasi abituale dell'infezione. La malattia (anchilostomiasi) è frequente negli operai delle cave e delle miniere.



Ascaris Lumbricoides.
(Da Sisto)

L'*ascaride lombricoide* è un verme cilindrico della lunghezza di circa 20 cm., di colorito bianco roseo o gialliccio, è ospite con relativa frequenza dell'intestino dell'uomo, specie del bambino, e provoca dei disturbi in massima parte dell'apparato digerente. Si può trovare nell'intestino dell'uomo in numerosi esemplari, talvolta centinaia, tali da provocare, se aggrovigliati, anche disturbi gravi di occlusione. L'infezione avviene attraverso l'acqua, la verdura ecc. inquinata dalle uova di tali parassiti.

Gli *ossiuri vermicolari* sono piccoli vermi biancastri della lunghezza da $\frac{1}{2}$ ad 1 cm., diffusissimi specialmente nei bambini. I disturbi provocati da tali vermi non sono gravi ed in genere compaiono allorchè i parassiti raggiungono un numero grande. L'ingestione di acque o di verdure inquinate, ed il portare alla bocca le dita sudicie di materiale inquinato, rappresentano le principali vie di infezione.

Infine, fatta eccezione dell'*ameba istolitica*, che per le sue proprietà patogene non può essere trattata tra i vermi, ricorderò tra i rappresentanti di un ultimo gruppo (protozoi) la *lamblia intestinale*. E' questa un piccolo parassita, non visibile ad occhio nudo, che si trova nell'intestino dell'uomo con una certa frequenza, specie nei climi caldi ed umidi, e spesso in grande quantità. Esso può provocare dei disturbi di notevole grado a carico dell'intestino e delle vie di deflusso della bile, ma talvolta, specie allorchè si trova nell'intestino tenue o grasso, può non provocare alcun disturbo. La diffusione avviene attraverso i cibi inquinati, o direttamente portando alle labbra i panni e le mani sudice.

*
*
*

Nell'elencare i principali vermi intestinali patogeni per l'uomo si è accennato anche alle vie più frequenti di infezione. Schematicamente si può concludere che tali vie sono essenzialmente due: la bocca e la cute.

L'infezione attraverso la bocca è la più frequente; essa si verifica mediante l'ingestione diretta di uova o larve. Tale ingestione può avvenire: 1° mangiando le carni crude o poco cotte degli animali che costituiscono gli ospiti intermedi dei parassiti; 2° ingerendo direttamente le uova contenute in cibi o bevande inquinate; 3° portando alla bocca gli oggetti o le mani inquinate. In ogni caso i parassiti giungono nell'intestino dell'uomo attraverso le normali vie dell'apparato digerente; quivi si sviluppano in vermi completi, ed alla loro volta producono delle uova, che emesse, in grandissima quantità attraverso le feci, possono tornare ad infettare per le vie dianzi accennate (direttamente o attraverso ospiti intermedi) nuovamente l'organismo umano.

La seconda via consiste nella penetrazione del parassita attraverso la cute e nella migrazione di questo, mediante tappe successive attraverso gli apparati linfatico, circolatorio e respiratorio, fino all'intestino dell'uomo; quivi i vermi raggiungono il loro completo sviluppo, e pertanto diventano atti a produrre nuove uova.

*
* *

Da quanto è stato esposto appaiono evidenti, e quasi intuitivi, quali sono i mezzi profilattici atti a prevenire lo stabilirsi delle manifestazioni morbose dovute ai vermi intestinali.

Innanzi tutto evitare le carni (specie bovine e suine) provenienti da macellazioni clandestine o comunque sfuggite al controllo sanitario; aver cura che le carni infette, comprese quelle dei pesci di lago o di fiume, siano ben cotte prima di essere ingerite; procurare di mangiare i legumi e le verdure ben cotte, specie allorchè non si conosce la provenienza di essi; sottoporre ad accurata lavatura quegli alimenti, verdura frutta ecc., che per ragioni di gusto od altro (ad es. per il loro contenuto vitaminico, vanno ingeriti crudi; evitare di portare a contatto della bocca panni od altri oggetti sudici ed in modo particolare le mani poco pulite. Quest'ultimo mezzo di infezione è specialmente pericoloso nei bambini ed è causa non infrequente della diffusione di alcune malattie parassitarie dell'intestino, quali ad esempio quelle dovute agli ossiuri ed agli ascaridi.

Poichè, come si è detto, l'eliminazione delle uova, o comunque dei parassiti, avviene attraverso le feci, è evidente che la massima cura deve essere rivolta a queste, onde evitare la diffusione dell'infezione.

L'allontanamento delle deiezioni, la massima pulizia delle latrine, la disinfezione di esse a mezzo di comuni antisettici quali ad esempio l'acido fenico, il cloruro di calcio ecc. sono ordinariamente pratiche sufficienti. Una maggiore sorveglianza richiedono le deiezioni di individui riconosciuti già infetti da vermi; tuttavia è utile ricordare che anche individui apparentemente sani possono già essere infetti e pertanto eliminare le uova attraverso le feci. Infatti non di raro i vermi intestinali, specie alcuni, possono rimanere anche per lungo tempo ospiti dell'intestino senza essere causa di disturbi apprezzabili. Tale fatto consiglia a non ritenere esagerata la pratica delle misure di disinfezione eseguita metodicamente in tutte le latrine, specie quando queste sono adibite all'uso di più persone o addirittura di più famiglie (a parte il caso dei locali pubblici per i quali esistono già delle particolari misure igieniche).

Infine non sarà inutile ricordare quanta importanza ha la pulizia del corpo, specie delle mani, e l'evitare di andare a piedi scalzi sui terreni fangosi o inquinati da deiezioni, per la profilassi di queste malattie da vermi, per i quali è possibile l'infezione attraverso la cute.

E' facile constatare come il corredo di mezzi profilattici sopra citato sia costituito da metodi semplicissimi e di facile applicazione; essi costituiscono la base per una efficace profilassi in seno alle famiglie.

LA TRAGEDIA DELL'OBESO

(Vita Ratgeber, 1936, n. 16)

Ci è stata descritta in modo commovente dallo scrittore francese Henri Bérard nel suo noto romanzo *Le martyre de l'obèse*. L'obesità inizia in modo impercettibile, spesso già negli anni giovanili, abitualmente verso i quaranta. Ogni mese si aumenta di un paio di centinaia di grammi, che male c'è se le gioie della vita, specialmente quelle della tavola, sono così allettanti? Di passeggiate e sport non se ne fa nulla. E' tanto più piacevole conversare dopo un buon pranzo sprofondati in una comoda poltrona!

La pancetta è diventata un pancione, il piccolo sforzo affatica, la respirazione si fa sempre più difficile i capelli si diradano, si accusano disturbi nella digestione, emicranie e cattivo ricambio. Il sarto fa miracoli per dare una linea al vostro abito.

L'obeso diventa sempre più pigro, anche mentalmente, il mondo circostante lo schiaccia ed egli rinuncia ogni giorno di più alla vita attiva e alle sue lotte. Ma la buona tavola lo alletta come prima, gli piace sopra tutto il caffè che lo eccita e gli fa rivivere brevemente la sua perduta giovinezza.

E' interessante constatare quanto sia pregiudicata la durata della vita negli obesi.

Compagnie americane di Assicurazione Vita hanno effettuato ricerche sulla durata della vita degli obesi e paragonati i relativi dati con quelli dei soggetti normali di uguale età. Eccone i risultati a seconda del soprapeso:

E T À	AUMENTO DI MORTALITÀ IN %		
	Soprapeso del 20 %	30 %	40 %
20	5	20	40
30	17	35	60
40	25	50	77
50	25	50	77

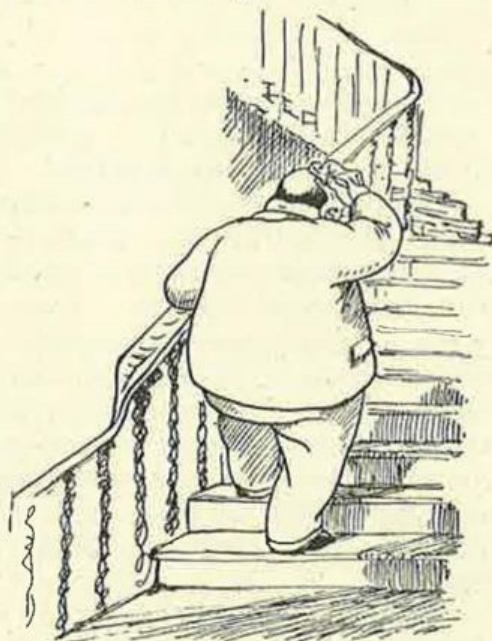
L'aumentata mortalità è soprattutto dovuta a malattie infettive che chiedono al cuore un notevole sforzo, a colpi apoplettici, paralisi cardiache e morti improvvise.

Tra gli obesi di alta statura la mortalità è più frequente che non tra quelli di bassa statura. Il noto statistico Hunter della New York Life ha osservato anche i sottopesi ed ha accertato che nel primo terzo della vita la mortalità dei magri è superiore a quella media; negli ultimi due terzi invece è superiore tra gli obesi.

Se si vorranno evitare i pericoli che queste cifre rivelano, si dovrà innanzi tutto ricercare la causa dell'obesità. Tale ricerca può farla soltanto il medico. Ogni cura efficace dovrà quindi essere preceduta da una scrupolosa visita medica. La migliore occasione che possano cogliere i nostri assicurati saranno quindi le visite mediche periodiche.

In generale si tratterà di un « animale super-nutrito ». Questo tipo di obeso può facilmente guarire se egli stesso ne ha la volontà, così come spariscono rapidamente gli anelli di adipe dei bambini non appena questi cominciano a camminare. Il regime di vita è quindi della massima importanza. Come sono rari i contadini grassi!

L'A. dopo avere ancora una volta ricordato che qualsiasi cura dimagrante va fatta sotto la sorveglianza del medico, osserva che anche se mensilmente la diminuzione di peso è minima, il paziente non dovrà avvilitarsi ma proseguire con tenacia nel regime di vita prescrittogli dal suo medico curante.



(Dis. di E. Bardsky)

Notiziario**Premi dell'I.N.A. per ricerche di medicina del lavoro.**

L'I.N.A. ha messo a disposizione della Società Italiana di Medicina del Lavoro la somma di lire 5.000 da assegnarsi in premi ai lavori pubblicati nell'anno XV E. F. che « dimostrino di quanto la vita umana viene abbreviata a causa dei vari lavori nei quali l'attività dell'uomo si esplica e la frequenza e le cause che determinano la invalidità totale permanente dovuta ai vari lavori dell'uomo ».

Il Presidente della Società di Medicina del Lavoro Prof. Luigi Ferrarini Clinico Medico nella R. Università di Bari ha accettato formulando l'augurio che « questa iniziativa valga a promuovere uno studio interessantissimo sotto ogni riguardo e che sia anche di esempio per altre iniziative del genere ».

Per informazioni rivolgersi al Prof. Luigi Ferrarini Direttore della Clinica Medica della R. Università di Bari.

Concorso indetto dall'I.N.A. per una monografia di Medicina preventiva coloniale.

Il concorso per una monografia che contenga *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*, scade il 16 gennaio 1937 alle ore 12.

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 16 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 indirizzo.

Commissione giudicatrice dei lavori per la monografia di medicina preventiva dell'apparato cardio vascolare.

La Commissione costituita da S. E. Dante De Blasi Accademico d'Italia, presidente; dal Prof. Giulio Galli; dal Prof. Antonio Sebastiani e dal Prof. Agenore Zeri si è riunita già varie volte per esaminare i 18 lavori pervenuti all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni 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 ed a consentire una vita relativamente lunga e di lavoro proficuo a coloro che da tali affezioni fossero stati colpiti ».*

Si presume che prima della fine di dicembre la Commissione abbia esaurito il suo compito.

La costituzione di un comitato medico consultivo concordato tra l'I.N.A. e le compagnie di assicurazione-vita.

Allo scopo di dare unicità di indirizzo a tutte le questioni mediche che riguardano sia l'organizzazione che la valutazione dei rischi vita presso tutti gli Enti di assicurazione, è stato concordato tra l'I.N.A. e tutte le Compagnie private la costituzione di un Comitato Medico Consultivo.

Questo Comitato avrà sede e segreteria presso il Consorzio Italiano Rischi Tarati, Roma, (Piazza San Bernardo 101).

Sono organi del Comitato :

1° L'Ufficio di Presidenza costituito da due Presidenti assistito da un segretario presso il C.I.R.T. Dei due Presidenti uno è il Capo del Servizio Sanitario dell'I.N.A., l'altro viene eletto annualmente tra i Medici delle Compagnie private in seno al Comitato stesso. L'Ufficio di Presidenza fissa l'ordine del giorno e convoca i vari organi.

I due Presidenti presiedono a turno le sedute.

2° Il Comitato è costituito di dieci Membri di cui tre nominati dall'I.N.A. tra cui il Capo del Servizio Sanitario, e sette eletti dall'Assemblea dei Medici Capi dirigenti il Servizio Sanitario degli Enti di assicurazione escluso fra i Capi Medici delle imprese private con esclusione di quelle che cedono il 100/100 all'I.N.A. Di questi sette Membri due saranno scelti tra i Medici delle « Generali », due dell'« Adriatica » e tre tra i Medici delle Altre Compagnie. I Membri di questo Comitato durano in carica tre anni.

3° L'Assemblea di Medici Capi dirigenti il Servizio Sanitario degli Enti di Assicurazione ha il compito di eleggere i componenti del Comitato di cui sopra a norma del § 2 e di prospettare alla Presidenza problemi che ritiene debbano essere esaminati.

4° L'Assemblea di tutti i Medici di Direzione dell'I.N.A. e di tutti gli Enti di assicurazione vita viene convocata annualmente : esamina le questioni che l'Ufficio di Presidenza sottopone ed, a sua volta, segnala all'Ufficio stesso le questioni che ritiene degne di studio.

Le varie questioni possono essere segnalate

all'Ufficio di Presidenza o dagli Enti di assicurazione o dai Medici di Direzione degli Enti stessi.

* * *

In data 9 dicembre si è riunita presso il Consorzio Italiano Rischi Tarati (Piazza San Bernardo 101). L'Assemblea dei Medici Capi dirigenti i Servizi Sanitari di tutti gli Enti di assicurazione compreso l'I.N.A. e dopo aver prospettato vari problemi da esaminare ha eletto il Comitato che è risultato così costituito :

Per le Assicurazioni Generali Dottor Coen Porto Augusto e Prof. dott. Leopoldo Winternitz.

Per l'Adriatica ; dott. Paolo Israeli e Prof. dott. Icilio Boni.

Per le altre Compagnie ; Prof. dott. Carlo De Gregorio de la Fondiaria ; Prof. dott. Guido Malan de l'Anonima di Torino e Dottor Cavalieri Giulio de la Milano.

A questi sono da aggiungere i Rappresentanti dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni nella persona del Capo del Servizio Sanitario Prof. Dott. I. Romanelli, e dei Medici Capi Dottor Fabio Marsella e Dottor Pietro Trottarelli.

* * *

Il giorno successivo 10 dicembre si è riunito il C.M.C. presso il Consorzio Italiano Rischi Tarati in Piazza San Bernardo 101.

Il Comitato che doveva procedere alla nomina dell'altro Presidente, ha eletto, il Dottor Augusto Coen Porto ed ha quindi stabilito un programma di lavoro.

Il Comitato tornerà a riunirsi nel prossimo febbraio.

Concorsi nell'Istituto « Regina Elena », per lo studio e la cura dei tumori.

È aperto il concorso per « titoli » e per « esami » per la nomina del Primario del reparto chirurgico, di 1 Capo-servizio sezione Roentgen e di 1 Assistente del reparto fisioterapico dell'Istituto « Regina Elena » per lo studio e la cura dei tumori.

Domande alla Segreteria dei Regi Istituti Fisioterapici Ospitalieri (Viale Regina Margherita, 295) non più tardi delle ore 12 del giorno 20 gennaio 1937-XV.

Ai nostri medici.

Dott. C. SEMINI, *La medicina delle assicurazioni Vita ed i suoi rapporti con la Medicina legale.* — L. 28 ; (per i fiduciari dell' I. N. A. lire 25), prenotazioni presso la nostra Rivista. Il volume sarà spedito contro assegno direttamente dall'Autore.

*Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita***La determinazione del metabolismo basale in medicina delle assicurazioni-vita**

Dott. MARCELLO BIASIOTTI

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

Il metabolismo basale è stato definito « la misura delle combustioni organiche effettuata mediante lo studio degli scambi respiratori, in un soggetto nel quale funzionino soltanto gli organi della vita vegetativa, cioè in un soggetto a digiuno ed in completo riposo ». Un individuo, digiuno da 12 ore, in completo riposo, in ambiente a temperatura costante, tale da escludere il bisogno di una regolazione chimica della temperatura corporea, trasforma l'energia chimica contenuta nelle sostanze organiche accumulate nei depositi del suo organismo in varie forme di energia che producono calore; la quantità di questo calore rappresenta il metabolismo basale.

La determinazione del metabolismo basale quindi non è altro che la misura della quantità di calore prodotto dall'organismo in quelle combustioni organiche che continuano a svolgersi in tutte le cellule anche nell'organismo a digiuno ed in completo riposo, ed essendo assolutamente indispensabili per il mantenimento in vita della massa protoplasmatica costituiscono una specie di « tono basale » delle cellule stesse, nel momento in cui esse non esplicano la loro funzione specifica.

La misura della quantità di calore prodotta dall'organismo viene oggi effettuata non più direttamente per mezzo di un calorimetro ma indirettamente per mezzo della misura degli scambi gassosi respiratori; basta infatti poter calcolare la quantità di ossigeno assorbito, e la quantità di anidride carbonica emessa dal soggetto in esame in un determinato tempo, per giungere alla misura della quantità di calore che in quel dato tempo è stato prodotto dalle combustioni organiche.

Mediante la misurazione degli scambi gassosi respiratori del soggetto digiuno ed in assoluto riposo noi riusciamo quindi a determinare il calore emesso dal soggetto stesso ed a studiare il funzionamento della nutrizione nel suo stato basale, cioè costante, dopo aver eliminato tutti i fattori variabili capaci di intensificare i processi termogenetici. Esistono infatti dei fattori variabili che influiscono notevolmente sulla produzione di calore in un dato individuo, fattori che è necessario ben conoscere per poter annullare, od almeno ridurre al minimo, la loro influenza sul metabolismo basale. Di questi fattori variabili alcuni sono legati all'ambiente (temperatura esterna, ecc.) altri sono legati all'individuo (sesso, età, lavoro muscolare, regime alimentare, ecc.). Tra i fattori ambientali sono trascurabili le influenze climatiche e stagionali, nonchè la pressione atmosferica, che influisce solo in misura molto modica sul M. B. determinando una lieve diminuzione degli scambi respiratori corrispondentemente all'abbassamento della pressione atmosferica. Secondo alcuni autori invece sarebbe molto importante il fattore ambientale « temperatura esterna », perchè di fronte ad una bassa temperatura esterna l'organismo perde calore sia per l'irradiazione dalla superficie cutanea, che per il riscaldamento dell'aria atmosferica che entra nei polmoni; quindi parte dell'energia chimica prodotta dalle combustioni organiche viene utilizzata per mantenere stabile la temperatura corporea, lottando contro le variazioni termiche ambientali; il Lefèvre ritiene necessaria l'immersione in un bagno a 36° per mettere l'organismo in condizioni di non dover lottare contro il freddo cioè al cosiddetto « punto di

neutralità termica». Altri autori invece, tra i quali Benedict e Johansson, ritengono che le basse temperature esterne non aumentino la termogenesi e quindi non modifichino il metabolismo basale di per se stesse, indipendentemente dai brividi di freddo, mentre il brivido provocato dal freddo rappresentando un lavoro muscolare è in grado di influenzare notevolmente il M. B. Nella dispersione del calore animale bisogna tener conto anche della maggiore o minore abbondanza di adipe, in quanto, esercitando questo una azione coibente, i soggetti grassi perderanno calore più lentamente ed in minor quantità dei soggetti magri.

Passando ad esaminare i fattori legati all'individuo accenneremo in primo luogo al lavoro muscolare; è infatti noto che il lavoro muscolare, aumentando l'intensità delle combustioni organiche, aumenta anche il calore prodotto dall'organismo. Questo aumento è transitorio perchè, circa mezz'ora dopo la cessazione di un lavoro muscolare anche intenso, gli scambi gassosi respiratori ritornano al loro valore basale, ed inoltre è proporzionale all'intensità del lavoro muscolare stesso. Da ciò deriva l'assoluta necessità non solo di evitare ogni movimento del soggetto in esame e di ottenere il massimo grado di rilasciamento della sua muscolatura, ma anche di non sottoporre alla ricerca i soggetti che abbiano appena finito un qualsiasi lavoro muscolare. Naturalmente per perfetto riposo noi intendiamo il riposo dei muscoli volontari perchè anche nel riposo assoluto e nel sonno più profondo non riposano i muscoli respiratorii, il muscolo cardiaco, la muscolatura liscia del tubo digerente, ecc. D'altronde in condizioni normali il lavoro muscolare del cuore, dei muscoli respiratori, ecc. non produce alcun sensibile aumento del M. B.; tale aumento può verificarsi solo quando si abbia un eccessivo lavoro dei muscoli respiratorii provocato dalla dispnea o del miocardio a causa di una elevata ipertensione arteriosa.

Anche la recente ingestione di alimenti ed il regime alimentare influiscono notevolmente sul M. B.; infatti gli scambi respiratorii si innalzano dopo i pasti producendo un conseguente aumento della produzione del calore animale; tale aumento è già apprezzabile 15-30 minuti dopo la ingestione di alimenti e persiste per parecchie ore. L'aumento del M. B., dopo la ingestione di alimenti va attribuito solo in minima parte al maggior lavoro muscolare prodotto dai movimenti peristaltici dello stomaco e dell'intestino ed all'intensa attività funzionale delle ghiandole annesse al tubo digerente, essendo principalmente dovuto alla combustione degli alimenti ingeriti ed alla loro azione dinamica specifica. Tale azione dinamica specifica degli alimenti consiste infatti in un aumento della produzione di calore che segue alla loro ingestione, aumento che è minimo per gli idrati di carbonio, alquanto maggiore per i grassi e massimo per le sostanze proteiche; inoltre mentre l'azione dinamica specifica degli idrati di carbonio si esaurisce in brevissimo tempo quella delle proteine si prolunga per parecchio tempo dopo i pasti.

Da questa diversa azione dinamica specifica posseduta dai vari alimenti deriva l'influenza del regime alimentare sul M. B.; gli scambi respiratorii saranno più o meno aumentati a seconda della natura e della quantità degli alimenti ingeriti e potremo trovare dei valori di M. B. notevolmente differenti nei vegetariani e nei non vegetariani; inoltre il M. B. aumenta con l'alimentazione abbondante e diminuisce invece con il digiuno prolungato o con l'ipoalimentazione.

Da quanto abbiamo esposto sull'influenza che la temperatura esterna, il lavoro muscolare e la digestione esercitano sugli scambi respiratori emerge l'assoluta necessità che il soggetto da sottoporre alla determinazione del metabolismo basale si trovi in ambiente a temperatura costante di circa 18 gradi, in completo riposo ed a digiuno da 12 ore. E' infatti evidente la necessità di fare scomparire i suaccennati fattori variabili se si vuole ottenere il reale valore delle combustioni interne esprimenti unicamente il consumo di energia assolutamente necessario per la conservazione di una vita normale.

Il sistema nervoso esercita sul metabolismo basale una influenza molto modesta; anche l'influenza dell'emozione è trascurabile perchè anche i soggetti emotivi ed impressionati dalla novità dell'apparecchio e dai preparativi necessari per la determinazione, non presentano alcun aumento apprezzabile del metabolismo basale.

Il sesso e l'età esercitano invece una notevole influenza sugli scambi respiratori, che sono più intensi nell'uomo che nella donna, e vanno gradualmente diminuendo coll'aumentare dell'età per cui il vecchio ha un metabolismo basale notevolmente più basso di quello del giovane.

La minore intensità degli scambi respiratori riscontrata nel sesso femminile è da qualche autore attribuita alla maggiore quantità di tessuto adiposo contenuto nell'organismo femminile; nella donna inoltre sono di notevole importanza le mestruazioni che produrrebbero un lieve aumento del metabolismo basale ed in particolar modo la gravidanza che produce un aumento del metabolismo direttamente proporzionale all'aumento di peso ed allo sviluppo del feto. Nella menopausa invece gli scambi respiratori rimangono invariati, diminuendo solo se vi è una spiccata tendenza all'obesità.

*
*
*

Il metabolismo basale viene espresso in numero di calorie per unità di superficie corporea: come unità di misura della superficie corporea è stato adottato il metro quadrato. Il Du Bois quindi molto esattamente definisce il metabolismo basale « la quantità di calore prodotta, per ora e per metro quadrato della superficie corporea, da un soggetto a digiuno da 12 ore, disteso, vestito ed in un ambiente a temperatura di 16-18 gradi ».

Secondo Magnus Levy un individuo allo stato di digiuno assoluto, 12 ore dopo l'ultima ingestione di alimenti, in posizione coricata, e nel massimo rilassamento muscolare, coperto in modo da non dover reagire contro la temperatura ambiente, raggiunge quel minimo di scambi gassosi che è presso a poco identico a quello che si ha durante il sonno, cioè nel periodo in cui funzionano solo gli organi della vita vegetativa; questo minimo di scambi gassosi è quello che va sotto il nome di « metabolismo basale » perchè indica la quantità di energia chimica assolutamente necessaria all'organismo perchè esso si conservi in stato di vita normale.

Il metabolismo basale nel soggetto normale rappresenta quindi una vera e propria costante fisiologica individuale ed ha valori presso a poco identici nei soggetti del medesimo sesso, della medesima età, ed in buona salute.

Non tutti sono d'accordo sulle cifre da considerare normali per il metabolismo basale; per lo più si considerano normali per l'uomo adulto i valori compresi tra 38,9 e 39,7 calorie; ma tutti gli autori ammettono un certo scarto dalla cifra normale, variabile dal 10 al 15% in più od in meno, che non deve assolutamente venire considerato come patologico. Infatti anche negli individui sani si osservano talora differenze abbastanza marcate rispetto alle cifre considerate come normali, differenze che sono considerate come fisiologiche; e d'altra parte, come in tutte le altre ricerche di laboratorio bisogna calcolare un certo margine di errore, e perciò un valore che solo lievemente oltrepassi la cifra ritenuta come normale non deve essere senz'altro ritenuto patologico.

E' bene quindi considerare le cifre comprese entro il $\pm 10\%$ del valore normale come margine di errore delle esperienze, anche perchè, sia pur leggermente, il metabolismo basale varia alquanto da un giorno all'altro sia per causa del ricercatore che del paziente stesso.

Tra i vari apparecchi a circuito chiuso proposti per la misura del consumo di ossigeno, quello proposto da Benedict e Roth è senza dubbio il più semplice ed il più pratico.

L'apparecchio di Benedict Roth è essenzialmente costituito da una campana spirometrica in lamiera di rame molto sottile, immersa in un bagno di acqua tra due cilindri di rame. Di questi due cilindri l'interno è chiuso nella sua parte superiore e presenta solo nella sua parte inferiore una apertura destinata al passaggio del tubo che porta l'ossigeno diretto verso il soggetto in esame e contiene un recipiente per la calce sodata destinata ad assorbire il CO_2 espirato, l'esterno invece è aperto in alto. La campana spirometrica è sospesa ad una corda con carrucola e contrappeso; un ago che si sposta su una scala graduata fissata a lato dell'apparecchio indica il volume di O contenuto nella campana mentre un apposito congegno scrivente su tamburo ruotante fissa su carta i movimenti in senso verticale della campana spirometrica permettendoci di misurare la durata e la profondità degli atti respiratori e la quantità di ossigeno consumato, grazie alla differenza di altezza del tracciato all'inizio ed alla fine della determinazione. Poichè la capacità del cilindro è di cc. 20,73 per millimetro di altezza ogni abbassamento di livello di 1 cm. da parte del cilindro corrisponde alla spesa di 1 caloria per ora, per un periodo di 6 minuti di osservazione.

Infatti il soggetto respirando nell'ossigeno puro contenuto nella campana spirometrica consuma gradualmente questo O e quindi il cilindro dell'apparecchio si abbassa a poco a poco, man mano che viene assorbito l' O in esso contenuto. Nello stesso tempo le oscillazioni della campana in senso verticale, prodotte dai movimenti respiratori, grazie allo speciale apparato scrivente, vengono iscritte su una grafica. Dopo 6 minuti di osservazione si interrompe la determinazione e si legge sulla grafica la quantità di ossigeno consumato durante l'esame. Poichè l'anidride carbonica espirata è stata fissata nel passaggio attraverso il recipiente interno contenente la calce sodata (1), si può calcolarne il valore per pesata o, più semplicemente, non tenerne conto affatto nei calcoli usando in questi un quoziente respiratorio medio di 0,82 per calcolare il valore calorifico dell'ossigeno consumato.

Bisogna notare la temperatura nella campana spirometrica leggendo l'apposito termometro in questa inserito e la pressione barometrica, per poter fare le necessarie correzioni in rapporto alla temperatura ed alla pressione atmosferica. Dopo aver terminato l'esame si misurano colla massima esattezza il peso e l'altezza del soggetto in esame.

Il numero dei litri di ossigeno consumati viene poi moltiplicato per il valore calorifico dell' O calcolato per il quoziente respiratorio medio di 0,82 che corrisponde a calorie 4.825.

I calcoli sono molto semplificati da tabelle appositamente costruite per la determinazione della superficie corporea basata sui soli dati del peso e dell'altezza. Questa determinazione, proposta dal Du Bois, si effettua molto rapidamente grazie ad una tavola formata da tre colonne verticali le cui due laterali esprimono a destra ed a sinistra rispettivamente le cifre della statura e del peso; se noi riuniamo con un filo queste due cifre, il punto in cui questo taglia la colonna mediana (che esprime le cifre della superficie corporea) ci dà il valore cercato. Secondo Krogh il metodo Du Bois per la determinazione della superficie corporea è da preferire in clinica perchè il meno soggetto ad errori, specie se i soggetti in esame presentano un sovrappeso od un sottopeso.

Abbiamo così tutti i dati necessari per il calcolo del M. B. espresso in numero di calorie per unità di superficie corporea, e tale calcolo è facilitato dalle apposite tabelle annesse agli apparecchi.

(1) Allo scopo di facilitare la diffusione di due ricerche di grande utilità in medicina delle assicurazioni vita ho recentemente apportato alcune modificazioni all'apparecchio sopradescritto trasformandolo in un apparecchio a doppio uso adatto sia per la determinazione del M. B. che per lo studio della ventilazione polmonare. Grazie ad un opportuno sistema di rubinetti e di valvole, di facilissima manovra, si può eliminare il passaggio dell'aria espirata attraverso il recipiente contenente la calce sodata riducendo così l'apparecchio ad un semplice spirometro quando si voglia praticare la determinazione della capacità vitale.

La determinazione del M. B., pur essendo così importante nello studio delle disfunzioni tiroidee e di altri svariati processi morbosi non è ancora entrata nella pratica corrente, fuori degli ambienti clinico-ospedalieri, sia per il costo elevato degli apparecchi che per le difficoltà di esecuzione perchè nonostante le recenti semplificazioni di tecnica raggiunte dai moderni metodi di determinazione calorimetrica indiretta del M. B. mediante la misura per brevi periodi di pochi minuti del consumo di O e dalla facile determinazione dell'area della superficie corporea mediante tabelle e semplici formule, la determinazione del M. B. resta sempre un esame delicato e che può dare risultati attendibili solo in mani molto esperte. Perciò, in questi ultimi anni, alcuni ricercatori hanno proposto un metodo di determinazione non strumentale del M. B., metodo che è dotato di una grande semplicità ed è basato su fattori di facile rilievo quali la frequenza del polso e la pressione arteriosa.

Read per primo del 1922 ha tentato di calcolare la cifra del M. B. per mezzo della seguente formula basata sui valori del polso della pressione arteriosa differenziale: $0,75 \times [\text{polso} + (\text{pressione arteriosa differenziale} \times 0,74)] - 72$. I termini di questa formula furono dal Read ricavati dal confronto di numerosi risultati di determinazione del M. B. con i valori della frequenza del polso e della pressione arteriosa differenziale.

Alla formula di Read sono state in seguito apportate delle modificazioni tendenti a semplificare i calcoli; la modificazione proposta da Gale e Gale: $M. B. = (\text{Pr. Art. Diff.} + P) - 111$, è certamente la meno complessa e la più facile a ricordarsi e quindi la migliore nella pratica corrente, tanto più che questa praticità non nuoce alla esattezza perchè i risultati con essa ottenuti sono stati presso a poco eguali a quelli ottenuti con altre formule più complesse.

Ora quale valore dobbiamo attribuire a questi metodi di determinazione non strumentale del M. B.? Certo una formula che permettesse un calcolo del M. B. senza bisogno di ricorrere alla complessa e delicata determinazione del consumo di ossigeno sarebbe estremamente comoda per tutti i medici pratici ed in modo particolarissimo per il medico delle assicurazioni vita, anche se i valori ottenuti possano essere ritenuti solo come approssimativi ma non rigorosamente esatti.

Parlando della tecnica del M. B. abbiamo infatti accennato alle difficoltà che si possono incontrare di fronte a soggetti molto emotivi ed impressionati dalla novità e complessità degli apparecchi; è chiaro che il semplice conteggio del polso e la misurazione della pressione arteriosa costituiscono invece due operazioni universalmente note e per conseguenza incapaci di provocare la minima emozione.

Inoltre la estrema semplicità e rapidità dell'esame permette di ripeterlo più volte, qualora fosse necessario eliminare eventuali fattori di agitazione presenti ad un primo esame; questa facile possibilità di ripetizione dell'esame rappresenta indubbiamente un grande vantaggio del metodo di Read perchè ci mette in grado di differenziare le tachicardie e le oscillazioni della pressione arteriosa differenziale transitorie da quelle stabili che debbono essere considerate come tipica espressione delle morbose eccitazioni che il nodo senoauricolare riceve dal secreto tiroideo, che per effetto della iperfunzione ghiandolare viene a trovarsi in circolazione in eccessiva quantità od alterato nella sua composizione.

D'altra parte il metodo di Read presenta una serie di gravi inconvenienti principalmente dovuti alla variabilità dei dati che costituiscono la base del calcolo.

Riteniamo perciò che la determinazione del M. B. effettuata mediante la misurazione del polso e della pressione arteriosa differenziale non presenti tali caratteristiche di precisione da poter considerare il metodo come capace di sostituire la determinazione del M. B. effettuata mediante la misura degli scambi respiratori. Però se la determinazione del M. B. per mezzo della misura

del consumo di ossigeno non è possibile, per insormontabili difficoltà tecniche, si potrà ricorrere come orientamento alla formula di Read.

Infatti il metodo di Read, pur non raggiungendo l'assoluta precisione, può essere considerato come un buon metodo di orientamento perchè ci dà con buona approssimazione il valore del M. B. e quindi nei casi sospetti può servire di stimolo ad ulteriori più precise ricerche.

Veniamo ora a parlare del valore diagnostico e prognostico della determinazione del metabolismo basale.

Valore diagnostico del metabolismo basale.

Le affezioni della ghiandola tiroide rappresentano indubbiamente la più frequente causa di alterazione del M. B.; in senso generico si può dire che il M. B., è aumentato negli stati ipertiroidi ed invece è diminuito negli stati ipotiroidei.

Infatti recenti ricerche hanno dimostrato che l'aumento del M. B. è da ritenere come la manifestazione più costante e caratteristica dell'iperfunzione della tiroide e che questo aumento degli scambi respiratori risulta principalmente dall'aumentata attività muscolare, dallo stato di agitazione e dall'aumento generale di tutte le combustioni organiche.

L'aumento del M. B. costituisce pertanto il sintomo essenziale e costante dell'ipertiroidismo, ed ha un valore diagnostico superiore alla stessa prova dell'iperglicemia provocata che può essere positiva anche in altri stati morbosi e non deve perciò venire considerata come sintomo patognomonico di ipertiroidismo.

Il metabolismo basale è costantemente aumentato negli stati ipertiroidi quali il morbo di Flajani-Basedow (che è prodotto dall'associazione dell'ipertiroidismo alla distonia neurovegetativa), il gozzo basedowificato e l'adenoma tossico della tiroide (che è un gozzo con ipertiroidismo senza distonia neurovegetativa); mentre resta normale nell'adenoma semplice della tiroide e negli stati parabasedowiani (che sono prodotti da semplice distonia neurovegetativa senza ipertiroidismo).

La determinazione del M. B. costituisce perciò un ausilio veramente prezioso dal punto di vista diagnostico ed è indispensabile ogni qualvolta si sospetta un'affezione tiroidea, perchè ci permette di differenziare il morbo di Basedow classico a prognosi riservata od infausta dagli stati parabasedowiani ipersimpaticotonici a prognosi fausta. Infatti negli stati parabasedowiani, che sono semplici distonie neurovegetative senza ipertiroidismo, la ipersimpaticotonia provoca la comparsa di quel caratteristico complesso sintomatologico (esoftalmo, tachicardia, disturbi vasomotori, sudorali, gastrointestinali, ecc.) presente anche nel morbo di Flajani-Basedow, ma non provoca mai l'aumento del M. B. espressione dell'ipertiroidismo; invece nel morbo di Flajani-Basedow oltre alla caratteristica sindrome ipersimpaticotonica abbiamo uno spiccato aumento (che va dal + 10 al + 70 %) degli scambi respiratori, prodotto dall'ipertiroidismo.

La misura degli scambi respiratori ci permette anche di differenziare i casi frnsti ed atipici di morbo di Flajani-Basedow da taluni stati morbosi che possono simulare un ipertiroidismo, quali ad esempio certi rapidi dimagramenti prodotti da anoressia nervosa, malattie dell'apparato digerente, del fegato, del pancreas, cancro, tubercolosi, ecc.

Ricordiamo però che se nella massima parte dei casi si può considerare l'aumento del M. B. come sintomo patognomonico della iperfunzione tiroidea, esistono d'altra parte alcune speciali condizioni fisiologiche (iperalimentazione protratta) e morbose (malattie febbrili, certe forme di tubercolosi polmonare ecc.) che possono produrre un certo aumento del M. B.; ma questo aumento è

modico e non raggiunge mai gli elevati valori che sono espressione caratteristica dell'ipertiroidismo.

E dobbiamo ancora far presente che accanto ai casi tipici di morbo di Flajani-Basedow ne esistono altri frusti nei quali il M. B. è solo del 20-40 % superiore alla norma e gli altri sintomi sono poco evidenti.

Valore prognostico del metabolismo basale.

La determinazione del metabolismo basale ci fornisce dati della massima importanza nei riguardi della prognosi degli stati ipertiroidi, inquantochè l'aumento del M. B. è direttamente proporzionale alla intensità dei disturbi tiroidei e quindi alla reale gravità della malattia e non all'apparente intensità dei sintomi.

Infatti il M. B. misura il substrato fondamentale del morbo di Flajani-Basedow; la componente « ipertiroidismo », che è la causa della gravità della malattia, mentre l'altra componente del gozzo esoftalmico, la ipersimpaticotonia, pur modificando in maniera evidente e caratteristica l'aspetto esteriore del malato, è meno pericolosa.

Il Salomon insiste nell'utilità della determinazione del M. B. nella prognosi del Morbo di Flajani Basedow, avendo trovato nelle forme gravi un aumento degli scambi respiratori oscillante dal 25 al 30 %, e nelle forme gravissime con esito letale a breve scadenza un aumento del 70 % ed oltre.

Volendo calcolare, con approssimazione, l'aumento del M. B. proporzionalmente alla gravità del disturbo tiroideo si può ritenere che

nei casi leggeri il M. B. aumenti dal 20	al	30 %
nei casi di media gravità	»	» 40 al 60 %
ed infine nei casi gravi	»	» 60 al 100 %

Il M. B. diminuisce parallelamente al miglioramento clinico nei soggetti ipertiroidi tiroidectomizzati o sottoposti a trattamento röntgenterapico od alla opoterapia antitiroidea; torna al suo valore normale nei casi di guarigione; in alcuni casi però mentre i sintomi, specie subiettivi, si vanno gradatamente attenuando, il M. B. non accenna a diminuire: in tali casi si deve ritenere la malattia ancora in piena attività malgrado l'attenuazione dei sintomi più appariscenti.

Concludendo possiamo ritenere lo studio del M. B. indispensabile ogni qualvolta in un assicurando si sospetti una lesione tiroidea perchè ogni iperfunzione della tiroide si accompagna ad un parallelo aumento degli scambi respiratori; partendo dal principio che non esiste ipertiroidismo senza aumento del M. B. la determinazione del M. B. ci sarà di grande aiuto per risolvere un dubbio diagnostico, e una volta accertata la diagnosi di ipertiroidismo ci sarà di prezioso ausilio per stabilire la prognosi. Quando l'aumento del M. B. ci dimostra un iperfunzione tiroidea per stabilirne la prognosi potremo servirci di parecchie valutazioni in serie del M. B. perchè è noto che un Basedow con M. B. spiccatamente aumentato ma largamente oscillante è più riducibile di una forma con M. B. poco aumentato ma di una maggiore stabilità.

Negli ipotiroidei si ha una diminuzione del M. B. che può giungere fino al 40 % sotto la norma ed in genere è tanto maggiore quanto più marcata è la ipofunzione della tiroide.

Anche l'ipofisi esercita, sebbene in minor grado, una influenza acceleratrice sugli scambi respiratori; infatti negli acromegalici il M. B. è aumentato, sia pure in misura molto inferiore a quella riscontrabile negli stati ipertiroidi; negli stati ipopituitatrici il M. B. presenta una certa diminuzione che però non è costante.

Anche le gonadi esercitano sul M. B. un'azione sinergica e quella tiroidea ma la loro influenza è così modesta che non è possibile basare la diagnosi di ipogenitalismo sui valori del M. B.

La determinazione del M. B. trova invece un vasto e fertile campo di applicazione nelle malattie del ricambio. Così nelle forme lievi di diabete il M. B. presenta valori normali mentre nelle forme di media gravità e più ancora nelle forme gravi con acidosi il M. B. presenta un aumento abbastanza spiccato che può giungere fino al + 30 %; questi valori elevati del M. B. si abbassano fino a tornare alla norma se si sottopongono i malati allo speciale regime dietetico ed alle cure appropriate.

Questo aumento del M. B. nei diabetici è stato attribuito sia all'acidosi che all'aumentato metabolismo dell'azoto.

Secondo Hedon si ha un aumento del M. B. fino al + 30 % nei diabetici gravi non ancora molto dimagriti e tenuti ad un regime alimentare povero di carboidrati e ricco di sostanze proteiche, grassi ecc., specie se vi è acidosi; invece nei diabetici gravi fortemente dimagriti e tenuti ad un regime di ipoalimentazione si ha una diminuzione del M. B.; infine in questi diabetici gravi dimagriti ma tenuti ad un regime di iperalimentazione si ha un aumento del M. B.

La misura degli scambi respiratori ci permette la distinzione dell'obesità di origine prevalentemente endogena da quella di origine esogena. E' infatti noto che l'obesità è il risultato di una rottura dell'equilibrio tra le entrate e le uscite nella nutrizione, con conseguente eccessivo risparmio di energia che si accumula nell'organismo allo stato latente sotto forma di tessuto adiposo. Ora l'obesità è spesso causata da una eccessiva e protratta iperalimentazione, talora associata ad una vita sedentaria, ma anche le ghiandole endocrine, e tra queste l'insufficienza tiroidea, esercitano una influenza tutt'altro che trascurabile.

Anche nei riguardi delle malattie dell'apparato cardiovascolare la determinazione del M. B. sembra avere una certa importanza: infatti secondo i risultati di ricerche praticate sui cardiopazienti da Peabody, Wentworth e Berker negli infermi dispnoici il M. B. sarebbe aumentato.

Anche il Du Bois ritiene che nei cardiopazienti ben compensati e non dispnoici il M. B. sia normale mentre negli infermi dispnoici l'aumentata attività dei muscoli respiratori determini un aumento del consumo di ossigeno e per conseguenza un aumento del M. B. Un lieve aumento del metabolismo basale è stato anche riscontrato in alcuni casi di ipertensione arteriosa; tale aumento sarebbe secondo alcuni AA., da attribuire all'aumentato lavoro del cuore; ma su questo argomento i pareri sono ancora discordi.

Nella tubercolosi polmonare molti AA. hanno riscontrato un aumento del M. B. e ritengono che la determinazione del M. B. possa dare indicazioni prognostiche della massima importanza perchè l'aumento del M. B. decorre parallelamente all'aggravamento della malattia. Quindi nella tubercolosi polmonare lo studio sistematico del M. B. permetterebbe di distinguere le forme a rapida evoluzione da quelle torpide e decorso eminentemente cronico, avendosi nelle prime dei valori elevati di M. B. ed invece nelle seconde dei valori normali. Successive ricerche praticate su larga scala da molti AA. sembrano negare questa importanza prognostica del M. B. nella tbc polmonare; questi ultimi AA. ritengono il M. B. normale nella massima parte dei tubercolosi in periodo di apiressia e non dispnoici; solo in casi eccezionali hanno riscontrato un modesto aumento, che non è stato mai superiore al + 15-20 % e attribuiscono questo lieve aumento alla iperalimentazione ed all'iperventilazione polmonare dei soggetti dispnoici per le vaste lesioni distruttive polmonari. Nei tubercolotici febbricitanti, come in tutte le malattie febbrili, si riscontra spesso uno spiccato aumento del M. B. dovuto unicamente alla iperpiressia (ogni aumento di 1° grado centigrado al disopra della normale temperatura corporea provoca infatti un aumento del M. B. del + 10 %).

Da quanto ho finora riferito chiaramente risulta quale importante posto spetti alla determinazione del M. B. accanto agli altri metodi di esame fisici e chimici già usati in medicina delle assicurazioni vita. Infatti lo studio del M. B. è indispensabile ogni qualvolta in un assicurando vi sia il sospetto di una lesione tiroidea perchè solo la misura degli scambi respiratori ci permette di confermare il sospetto o di eliminarlo, di riconoscere i casi iniziali, frusti ed atipici, di differenziare il morbo di Flajani Basedow a prognosi sempre riservata od infuusta degli stati parabasedowiani a prognosi fausta, di stabilire con una certa esattezza la presumibile evoluzione della malattia tiroidea ecc.

Ed anche all'infuori delle affezioni della tiroide il M. B. è di prezioso ausilio alla medicina delle assicurazioni vita perchè fornisce dei preziosi ragguagli sulla natura endogena ed esogena delle obesità e delle magrezze patologiche; così ad esempio il M. B. ci permette di distinguere una magrezza dovuta allo ipertiroidismo dalle magrezze dovute ad anoressia nervosa, ipoalimentazione o cattiva e deficiente assimilazione degli alimenti ecc.

Appunto in considerazione della sua notevole importanza per l'accertamento diagnostico e per il giudizio prognostico, della sua precisione e della sua tecnica abbastanza semplice, la determinazione del M. B. merita di entrare nella pratica assicurativa, pur restando sempre un esame delicato e da affidare solo ad esperti ricercatori come molti degli altri metodi di laboratorio più utili in medicina delle assicurazioni vita.

Considerando inoltre che in medicina delle assicurazioni vita tutti gli elementi diagnostici e prognostici debbono sovente essere tratti da un unico e rapido esame, è assolutamente indispensabile che la determinazione del M. B. sia eseguita al tempo stesso colla massima rapidità e colla più scrupolosa esattezza in modo da non arrecare eccessiva molestia all'assicurando, pur evitando o almeno riducendo al minimo, quegli errori di misura che si possono avere anche nelle mani più esperte. Ritengo perciò necessario accennare alla tecnica del metabolismo basale ed alle precauzioni ed accorgimenti di tecnica necessari per poter applicare questa ricerca agli assicurandi.

Innanzitutto è assolutamente necessario che la ricerca del M. B. venga effettuata la mattina presto avendo l'avvertenza di invitare l'assicurando a presentarsi digiuno dalla sera innanzi, analogamente a quanto già si pratica per il prelevamento dei campioni di sangue nei quali si vuole dosare l'azotemia, la glicemia ecc. Facciamo però presente che, pur essendo sempre desiderabile e preferibile che l'assicurando si presenti a digiuno, una tazza di caffè con un po' di zucchero od una tazza di caffè e latte, dopo trascorse un paio d'ore, non esercitano più sul metabolismo basale che una influenza trascurabile. Invece, data la notevole influenza del lavoro muscolare, è necessario escludere i violenti lavori muscolari nelle ore che precedono l'esame e far restare a letto in completo riposo l'assicurando per almeno un quarto d'ora. L'assicurando rimarrà vestito, la temperatura ambiente dovrà rientrare nei limiti di 16-18 gradi e si avrà pure l'avvertenza di misurare la temperatura corporea per assicurarsi che sia normale e potere, nel caso che fosse superiore alla norma, tener conto dell'aumento nell'apprezzamento dei risultati ottenuti, perchè è noto che ogni aumento della temperatura corporea di 1 grado al disopra del 37° porta un aumento del M. B. del + 10 %.

Per quello che riguarda l'influenza dell'emozione o della paura dell'esame si ammette dai più che non possano direttamente influire sul M. B. provocandone l'aumento; ma in soggetti molto eccitabili ed impressionati dalla novità dell'apparecchio e dei preparativi l'emozione può agire indirettamente sul M. B. provocando una iperpnea che va ad aumentare l'acceleramento del ritmo respiratorio conseguente all'applicazione della boccaglia ed alla respirazione in ambiente di ossigeno puro.

Questa iperpnea è di brevissima durata ed abitualmente scompare dopo pochi minuti; qualche volta però non si riesce ad ottenere una regolare respi-

razione e per conseguenza di questo intenso e prolungato disturbo del ritmo respiratorio le grafiche del consumo di ossigeno risultano irregolari. Per evitare questi inconvenienti, e specialmente in medicina delle assicurazioni vita, è bene prima di cominciare la determinazione del M. B. tranquillizzare l'assicurando dandogli brevi e chiare spiegazioni sul funzionamento dell'apparecchio e cercando di convincerlo dell'assoluta innocuità dell'esame, ed infine insegnargli a respirare con regolarità dentro lo spirometro.

Ritengo opportuno insistere sulla necessità assoluta di ottenere una respirazione regolarissima e di raccomandare all'assicurando di non fare respiri troppo profondi ma di respirare normalmente.

In genere l'applicazione della boccaglia e la chiusura delle narici arreca solo un lievissimo disturbo ed una lieve maggior fatica respiratoria dovuta al leggero sforzo necessario per ottenere l'apertura delle valvole inserite nell'apparecchio per regolare il circuito dell'O e del C O₂.

Per lo più questi lievi disturbi sono di breve durata e scompaiono dopo pochi minuti non appena il paziente si è abituato a respirare nello spirometro.

Insistiamo ancora sulla necessità di collocare il soggetto sdraiato sul letto colla testa leggermente rialzata nella posizione più comoda ed adatta al completo rilasciamento muscolare; se il soggetto sentisse freddo sarà bene coprirlo con una coperta, allo scopo di evitare il brivido che, rappresentando un lavoro muscolare, può notevolmente influenzare il M. B.

BIBLIOGRAFIA.

- ANDREUCCI E., *Minerva Medica*, n. 28, 1936.
 BERNHARDT, *Endocrinology*, luglio-agosto 1930.
 BOTTAZZI, *Rassegna Clinicoscientifica*, n. 910, 1927.
 COMROE B. J., *The American Journal of the Medical Sciences*.
 FILIPPINI A., *Poliolinetico Sez. Pratica*, n. 3, 1936.
 GRAN B., *Minerva Medica*, 1933, vol. 2^o, pag. 462.
 LABBÈ e STEVENIN, *Le metabolisme basal*, Masson Ed., 1929.
 ZILOCCHI, *Minerva Medica*, n. 16, 1935.

L'accettazione degli albuminurici nell'assicurazione vita

(Un capitolo di storia di medicina assicurativa)

Dott. ALBERTO STARNA

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

Tra i sintomi patologici che più frequentemente occorrono in occasione di una visita medica per l'assicurazione vita non v'è dubbio che l'albuminuria occupa uno dei primi posti. L'individuo che ne è affetto solo qualche volta è a conoscenza del fatto e può in tal caso ricordare una pregressa antica nefrite acuta sofferta nella lontana adolescenza; ma il più spesso egli non ha avvertito mai alcun disturbo, non è a conoscenza di essere albuminurico nè ha seguito speciali diete o norme igieniche.

Se a questo punto il medico fiduciario ricercherà più attentamente nell'anamnesi finirà non raramente col trovare una scarlattina od una difterite sofferta nell'infanzia; talvolta invece l'individuo riferisce di avere sofferto di erisipela o di una setticemia vari anni prima. In questi casi ci troveremo di fronte ad una vera nefrite cronica; l'esame completo delle urine, del sangue, delle prove funzionali renali ci daranno la conferma assoluta di ciò. Ma purtroppo nella pratica della medicina assicurativa vediamo che molto spesso l'anamnesi è completamente muta.

E ciò, notisi, non tanto perchè l'assicurando vuole deliberatamente tacere l'esistenza di una lesione renale, ma perchè di fatto ignora di essere albuminurico; se anche una analisi fatta in occasione di una malattia intercorrente acuta aveva rilevato tracce minime di albumina non è raro che lo stesso medico curante avesse interpretato il fatto come temporaneo, febbrile e di ben poco valore. D'altra parte dobbiamo confessare a noi stessi che la più gran parte delle stesse nefriti, come ci insegna la clinica, sono « a frigore » cioè in parole povere di etiologia ignota. Il fattore perfrigerazione ed umidità va accettato sempre con cautela nell'etiologia delle malattie, esso potrà costituire l'elemento rivelatore ma non ci indica le vere cause determinanti; esso agisce continuamente su tanti individui sottoposti ad uguali condizioni fisiche eppure non provoca albuminuria che in alcuni soggetti. È evidente allora che altri fattori costituzionali o acquisiti avranno provocato nell'individuo una speciale labilità nell'organo.

Si comprende subito da questi accenni le difficoltà non solo del « *dépistage* » di tanti elementi che hanno potuto concorrere allo stabilirsi della alterazione anatomica o funzionale del rene; ma anche quanto la prognosi ne risulta ardua ed incerta. Ogni tentativo d'inquadramento sia etiologico sia prognostico resta in parte aleatorio nelle nefropatie. Di fatti, come sarà possibile, anche con la migliore buona volontà di un assicurando, rintracciare una angina follicolare trascorsa quasi inavvertita tanti anni prima od anche stabilire, in base ad alcune ricerche relativamente semplici e sollecite, quale sia il grado della sufficienza renale? Ed ammesso pure che essa risulti completa alla visita come si può accertare se essa sarà stabile oppure per quanto tempo ancora si protrarrà?

Gli elementi stessi della fisiologia renale ci dicono che una lesione anatomica parcellare può ben essere compensata a lungo dalla funzione vicaria del parenchima sano, senza che sia reperibile alcun dato patologico. Nè noi possiamo sapere esattamente quale maggior lavoro potrà essere richiesto a quel rene in occasione di malattie intercorrenti, quindi la determinazione e l'accertamento di quella che possiamo chiamare « forza di riserva funzionale renale » resta sempre una cosa difficile.

La complessità dell'argomento risulta anche se confrontiamo le prove di funzionalità renale con quelle dell'apparato cardiaco. Infatti mentre in quest'ultimo la funzione è esclusi-

vamente di meccanica idraulica, quella renale è molto più complessa perchè comprende sia il riassorbimento che l'eliminazione di sostanze presenti nelle urine in condizioni normali e patologiche. Non solo la funzione specifica renale è più complessa ma gli stessi mezzi che la scienza e la tecnica moderna possiedono per misurare le alterazioni anatomico-funzionali cardiache sono più esatte e più semplici rispetto a quelle dell'apparato urinario.

Mentre possiamo con una radioscopia e con la teleradiografia avere molti dati sulle condizioni di un cuore, niente di simile è possibile ottenere nei riguardi del rene; così pure l'elettrocardiogramma ci potrà dare elementi utili sulla conducibilità nervosa intracardiaca e sullo stato del miocardio, nessun mezzo invece esiste ugualmente rapido e sicuro per saggiare lo stato del sistema tubulare o vascolare del rene.

Si potrebbe, è vero, ricordare a questo punto i tentativi di accertamento funzionale proposti da Schlayer il quale dimostrò un differente comportamento all'eliminazione del lattosio o dello ioduro di potassio nei due sistemi. È noto infatti che questo autore ha distinto una nefrite vascolare che si verifica in seguito all'avvelenamento da cantaride, ed ha trovato in questa forma una ritenzione di lattosio proporzionale alla lesione glomerulare; mentre nelle forme di nefriti tubulare, come si verifica in seguito ad avvelenamento da sublimato, esiste una forte ritenzione di sali specie del cloruro di sodio e soprattutto dello ioduro di potassio. In pratica però gli accertamenti con tale metodo, come ammette lo stesso Volhard, non sono possibili che limitatamente o comunque senza una vera utilità clinica.

*
* *

Non è nostro compito esporre qui i tentativi ed i metodi di classificazione delle nefropatie, soltanto dobbiamo riconoscere che il problema per la medicina delle assicurazioni vita risulta molto più arduo e precario in rispetto al medico che visita un malato e ciò sia perchè l'assicurando è ancora allo stato di compenso renale, sia perchè le prove che si possono esigere da questo devono essere molto discrete. Quali dei metodi di sistematizzazione anatomico, funzionale ed etiologico sarà preferibile ai fini della medicina assicurativa?

Esclusa l'ultima classificazione per le ragioni accennate sopra in quanto nel nostro campo non sarebbe consigliabile accettare un rischio tarato in base alle semplici dichiarazioni del candidato, è forse preferibile associare le prime due cioè quella tedesca di Volhard e quella francese di Widal e Dieulafoy, in tal modo potremo ricavare i maggiori lumi ai fini prognostici.

Come si vede i metodi di accertamento risulteranno numerosi e l'interpretazione dei risultati differirà notevolmente a seconda degli autori. Ci limiteremo perciò a studiare come le Compagnie di Assicurazione abbiano cercato di coordinare ai fini pratici tutte le cognizioni mediche di fronte al rischio albuminurico. Al concetto troppo semplicistico che ogni albuminurico fosse nefritico si era nella metà del secolo scorso riconosciuto che esistessero anche albuminurie non nefritiche. Caustatt procedette ad una prima catalogazione di queste forme che per il contributo di molti osservatori andò notevolmente accrescendosi durante tutto l'ultimo cinquantennio.

La prima constatazione che hanno dovuto fare i medici di assicurazione è che l'albuminuria nell'esame sistematico delle visite mediche di accettazione è uno dei fenomeni patologici più frequenti a riscontrarsi. Tale fatto si rileva in maggior misura se il prelevamento delle urine è stato eseguito dopo una marcia o dopo un esercizio muscolare ed è più frequente nei giovani.

Leube trovò nell'esame delle reclute il 4,2% di albuminurici nelle ore del mattino, la percentuale saliva al 16% se si procedeva alla ricerca dopo sforzi muscolari ed era in proporzione maggiore nei più giovani. Similmente Von Noorden ricercò l'albumina nei soldati prima e dopo gli esercizi come pure nel pomeriggio verso le diciassette. Egli anzi stabilì una differenziazione dei casi nei quali esisteva mucina ed ammise che la presenza di essa da sola doveva imputarsi a semplice catarro delle vie urinarie, invece dovevano essere conside-

rati patologici i casi nei quali coesisteva albumina. Cifre anche più alte dava Shepherd che sopra 370 giovani trovò l'albumina in ben 72 di loro; ad un dipresso in ugual grado trovò il fenomeno Label quando affermava di averla accertata dal 18 al 24 ‰. Altri autori hanno trovato cifre ad un dipresso identiche, Zechneisen da una media del 17 ‰, nei presunti sani, un certo spostamento di frequenza è dato poi dalla sensibilità del reattivo adoprato.

Anche il fattore posturale è da tenere in conto in queste albuminurie che colpiscono persone perfettamente normali in tutto il resto e tale fatto messo in particolare evidenza da Stirling è soprattutto evidente nei giovanetti. L'albuminuria della pubertà e quella ortostaticordotica sono precisamente da riportarsi alle evenienze che abbiamo adesso accennato. Dal punto di vista statistico è interessante ricordare come i risultati e l'importanza di questa albuminuria vari moltissimo a seconda dei ricercatori. Così per il gruppo di età 16-18 anni Schur dall'esame di 500 soggetti riscontrò il 2,4 ‰ di albuminurici mentre Rapp per la stessa età già fa ascendere la cifra al 12 ‰ e per Tawara essa raggiungerebbe il 14 ‰; Petersen infine in una ricerca limitata a soli 71 casi di giovinetti di uguale età arriva alla più alta percentuale del 22 ‰.

Come dovranno essere considerate dal medico di assicurazione albuminurie di talgenere?

E evidente che esse non possono essere messe alla stessa stregua delle nefritiche conclamate. L'esperienza medica ci insegna che alcune forme di albuminurie sono di nocumento relativamente lieve e si presentano all'analisi in modo incostante. È sempre arduo problema stabilire nella nostra natura dove finisca il limite fisiologico e dove invece cominci il patologico; ebbi già ad esporre questa difficoltà nello studio della pressione arteriosa, con non minor fondamento dobbiamo ammetterla anche nell'argomento in esame.

D'altra parte a nessuno sfugge l'utilità di un inquadramento di insieme ai fini dell'assicurazione vita la quale appunto perchè è studio di un fenomeno nella collettività e non del singolo individuo deve trascurare l'ectipo per il tipo anche a costo di non essere perfettamente esatto nell'apprezzamento di qualche speciale rischio. Perciò se è facile criticare che non è razionale per un decimo di albumina di più trasferire un rischio tarato da una categoria ad un'altra notevolmente superiore alla stessa guisa che un cilindro in più o in meno può far ascrivere il rischio ad una o ad un'altra classe; si dovrà pure ammettere che a noi si presentano individui in gamma infinite di variazioni alla quale noi dobbiamo in qualche modo sovrapporre degli schemi di catalogazione indispensabili sebbene artificiosi.

Nel campo dell'assicurazione che ripete la sua ragione d'essere nella solidarietà sociale la quale unisce tutti gli uomini al bene della collettività, bene è che anche quello del singolo, non si potrebbe con fondatezza lamentare una reale sperequazione. I casi estremi di un gruppo tarato potranno, è vero, essere favoriti o gravati, ma la media della collettività darà il punto eco del reciproco compenso; l'assicurazione stessa ha come funzione sociale appunto quella di correggere la disparità di fatto esistente tra gli individui. Del resto la possibilità di poter chiedere la revisione di un rischio tarato dopo qualche anno come pure le forme di tarature decrescenti attenuano e correggono un eccessivo schematismo che può sembrare troppo gravoso in qualche caso eccezionale.

Ogni qualvolta una Compagnia di assicurazione ha voluto aumentare il proprio raggio di azione per aumentare le basi della possibile produzione come pure mossa dal desiderio di andare incontro a quanti, sebbene portatori di una debilità organica desideravano beneficiare nella polizza vita, si è trovata di fronte ad alcuni rischi tarati di speciale frequenza tra i quali appunto l'albuminuria deve ascriversi in prima linea. In tali casi l'opera del medico si è dimostrata d'importanza capitale perchè non è più possibile in questi gruppi utilizzare la tabella di mortalità della popolazione ordinaria. È soprattutto lo studio della prognosi delle varie età ed a seconda dei sintomi riscontrati in un soggetto che sarà possibile emettere un giudizio sulla accettabilità o meno di un individuo affetto da albuminuria come da ogni altro sintomo patologico.

La funzione del medico, soprattutto in questo campo, è stata molto saggiamente intuita.

or è quasi venti anni in Italia dal Romanelli che alla seduta inaugurale della Commissione per lo studio dei Rischi Tarati dell'I. N. A. nella quale egli era Relatore di vari temi e Segretario generale il 31 luglio 1917 così felicemente espresse tale funzione fondamentale :

« Il compito nostro, per il lavoro dei rischi tarati, deve essere quello di stabilire la morbosità e la mortalità di una determinata malattia, la durata media di essa, la vita media degli individui affetti da quella malattia e quali le condizioni migliori che devono presentare quegli assicurandi all'ingresso in assicurazione perchè possano più facilmente raggiungere la vita media stabilita per tali individui. L'attuario, sui dati che noi forniremo, dovrà poi stabilire i sovrappremi e le tariffe relative ».

Questo programma che traccia tutta una strada maestra, mentre per alcune malattie è stato possibile metterla in pratica con una certa concordanza presso i vari paesi e le diverse Compagnie di assicurazione, non è ancora suscettibile di completa applicazione nel campo delle albuminurie. Gli è che i criteri di classificazione, e quindi gli elementi di giudizio variano molto a seconda delle scuole mediche, eseguite. V'è così chi dà importanza prevalente al quantitativo dell'albumina riscontrata, altri invece tengono in molta considerazione la presenza dei cilindri, il loro numero e la loro varietà; alcuni richiamano l'attenzione sul peso specifico come altri infine opinano che siano soprattutto l'altezza dell'azotemia od il grado della pressione arteriosa gli indici della pericolosità di un albuminurico.

Ognuno può in base a qualche caso clinico dimostrare che la gravità veniva messa in rilievo con un certo metodo preferito dallo stesso autore; nessuno però ha trovato una formula unica e sicura da potere applicare in tutti i casi. Gli stessi autori francesi sostenitori della classificazione funzionale di Widal e Castaigne delle nefropatie, metodo che sembrerebbe il più utile in assicurazione, in questi ultimi anni devono, sebbene timidamente, convenire che una lesione parcellare e la funzione vicaria del segmento parenchimale ben conservato può riuscire completamente negativo frustrando l'accertamento di queste forme. Una tendenza ad avvicinarsi alla classificazione anatomo-clinica la troviamo anche in un articolo di Chabanier e Lopo-Onell in seguito agli studi fatti nella clinica urologica del Prof. Marion apparso recentemente nella Presse Médicale. Questi autori concludono che posta la diagnosi della forma anatomo-clinica conosciamo anche le possibilità evolutive della lesione renale colla quale abbiamo a fare e di conseguenza possiamo stabilire un prognostico « che può anche essere entro certi limiti espresso in cifre ». Gli stessi AA. fanno anche notare che « un simile prognostico è possibile assai prima che la funzione renale sia perturbata in modo notevole, prima perciò che si possa mettere in opera lo schema prognostico di Widal ».

D'altra parte la classifica anatomica se può corrispondere bene nelle nefropatie universalmente accettate, difficile appare la possibilità di applicarla in queste albuminurie di lieve entità e tanto frequenti a riscontrarsi nell'assicurazione vita. È ben vero che, anziché presumere una lesione epitaliale, si potrà invocare una lesione funzionale degli epiteli la quale, come sappiamo dalla clinica è molto misera di quadro sintomatologico; ma la mancanza di reperti istologici in queste forme non permette l'accertamento di simili alterazioni cellulari che restano perciò presunte in una classificazione che dovrebbe essere anatomica. Così pure bisogna riconoscere che quadri clinici diversi presentano non raramente un'unico reperto anatomico. Si deve poi tener presente che le albuminurie benigne le quali a noi interessano soprattutto, spesso sono mute per ogni alterazione alle prove della funzionalità renale.

Non di meno facendo astrazione da ogni classificazione delle nefropatie è soprattutto sul grado della sufficienza renale che si basa la prognosi di un'albuminuria. Infatti mentre è possibile ad un individuo ridurre le esigenze funzionali di eliminazione del cloruro di sodio e dell'acqua diminuendo notevolmente la loro introduzione ciò non è attuabile per l'azoto ureico. Inoltre il potere tossico nocivo delle prime due sostanze è minimo; l'accumularsi dell'azoto ureico endogeno è certamente un maggiore pericolo perchè turba una funzione di vitale importanza quale quella dell'eliminazione di prodotti di scomposizione albuminoidea.

Se la cosa fosse così semplice si potrebbe prendere quale indice dell'insufficienza renale l'azoto residuo del sangue il quale per il fatto stesso di rappresentare la somma dell'azoto

esogeno a quello endogeno per il ricambio albuminoideo può giungere ad un punto di tossicità letale. Ma è ben noto come il concetto Widal e il relativo schema di sopravvivenza in rapporto all'azotemia debba essere accettato con molta riserva perchè mentre non è eccezionale incontrare individui che sopravvivono diversi mesi con azotemia del 3-4 ‰, sono anche più frequenti casi di morte per uremia con valori azotemici relativamente bassi dell'1-2 ‰.

Voler tentare una spiegazione di questi dati obbiettivi ci porterebbe fuori dal tema propostoci; ci limitiamo qui a ricordare il fatto, solo non possiamo dimenticare che l'elemento costituzionale deve in questo argomento, specie nelle albuminurie benigne che a noi interessano maggiormente, avere un gran peso in simili comportamenti. È, si noti bene, la costituzione in questi casi va intesa non già con il criterio unilaterale morfologico, ma, come osserva il Pende, quale risulta dall'esame contemporaneo dei tre profili che compongono l'uomo; cioè il lato morfologico, il lato dinamico-umorale ed il lato neuro-psicologico secondo l'indirizzo biotipologico creato dal Pende stesso.

*
* *

Di fronte ad una albuminuria si deve escludere anzitutto la così detta albuminuria spuria che non raramente può occorrere in un esame di urina. Essa è dovuta all'aggiunta lungo le vie renali di albumina eterogena, di solito pus, sangue, leucorrea o siero. Si differenzia dalla genuina per l'aspetto macroscopico e per la ricchezza al microscopio di elementi cellulari più o meno ben conservati. L'albumina genuina, da non confondersi con la mucina che coagula per l'aggiunta di acido acetico a freddo, è quella che a noi interessa e comprende l'albuminuria fisiologica e l'albuminuria patologica propriamente detta.

Mentre per il secondo gruppo la catalogazione è relativamente agevole dobbiamo fare qualche riserva per il primo. Alcuni autori per il fatto che non esiste nei soggetti portatori di queste albuminurie alcun altro fatto patologico le hanno senz'altro qualificate come albuminurie fisiologiche; noi più cautamente preferiamo chiamarle «cosidette fisiologiche» poichè un rene veramente sano non deve normalmente emettere albumina. Esiste indiscutibilmente una albuminuria fisiologica cioè riscontrabile in tutti gli individui; ma essa è minima non raggiungendo i 5 centigrammi per litro e si può dimostrare solo con speciali metodi di analisi quale l'esame sul residuo secco.

Ogni altra albuminuria a parere dei clinici, per transitoria o lieve che sia stà sempre a dimostrare che una lesione organica o funzionale deve esistere a carico dell'epitelio renale sebbene non si possa differenziare la topogenesi che ai fini assicurativi, del resto, non darebbe alcun utile prognostico. Da Von Noorden a Volhard al nostro Ceconi tutti concordano ormai in questo criterio per cui albuminurie leggere e transitorie devono avere a fondamento una fine alterazione strutturale sia pure soltanto temporanea. Il ripetersi od il continuarsi di queste albuminurie potranno, anche per la persistenza della causa patogenetica, indurre una minorazione del parenchima specifico. Potrebbe allora per la sopravvenienza di fattori specifici stabilirsi una nefrite?

È questo uno dei problemi che i medici di assicurazione devono porsi e che per la frequenza del disturbo e delle conseguenze, dovrebbe anche essere preso in considerazione dagli igienisti come problema sociale. D'altra parte a volere essere troppo rigorosi ed esclusivisti per un eccesso prudenziale si correrebbe il rischio di eliminare un grande numero di candidati ai benefici dell'assicurazione. Questo inconveniente era lamentato già trenta anni fa quando Stone sopra 1248 assicurandi diceva di aver dovuto rifiutarne 298 per albuminuria cioè nell'altissima percentuale del 28 ‰.

Senza voler oggi confermare questa cifra che ci sembra certamente eccessiva, come anche quella di altri A.A. i quali danno il 12 ‰ di albuminurici, riteniamo che in cifre più modeste essa occorra nelle comuni visite di assicurazione. È da notare che, come abbiamo sopra ricordato, gli adolescenti ed i ragazzi presentano con una maggior frequenza una albuminuria ortostatica. Alcuni osservatori come Ralfe e Pavy riportano numerosi casi del ge-

neri nei quali dopo mesi ed anni senza che siano apparsi altri disturbi l'albuminuria ha finito con l'esaurirsi spontaneamente.

*
* *

Che l'albuminuria abbia dato in passato una alta percentuale di rifiuti lo dimostrano le conclusioni statistiche riportate da Pederson circa due compagnie che sopra un totale di 848 rifiuti ne davano 113 per albuminuria. In un'altra statistica riportata dal Romanelli nel 1918 che si riferiva all'esame di 800 rifiuti divisi per cause e gruppi di età, si rileva come il massimo dell'albuminurie si aveva tra i 15-24 anni con il 17 % di tutti i rifiuti; venivano per secondi il gruppo di età dai 25 ai 34 anni con il 13,7 %. Seguivano rispettivamente i gruppi dai 35 ai 44 con 10 % e dai 45 ai 54 con il 5,3 %. È questa una delle prove della notevole frequenza delle albuminurie benigne tra i candidati all'assicurazione. Una cifra più modesta, ma forse inferiore al vero è quella citata da Wybauw che nella compagnia belga di assicurazione trovò soltanto 1,37 % di assicurandi albuminurici. Comunque sia il numero di questi soggetti è sempre rilevante e perciò il problema della possibilità di accettarli in assicurazione si pose fin dagli ultimi decenni del secolo scorso. Ma la severità della prognosi che comporta l'albuminuria nefritica ha fatto sì che le compagnie di assicurazione siano state molto caute di fronte a questo rischio.

Vediamo così che anche per le modeste albuminurie da sforzo Griswold 50 anni fa proponeva senz'altro il rifiuto. Fin dal 1900 Wybauw lamentava la imperfezione delle conoscenze di chimica fisiologica ed auspicava alla medicina di poter presto giungere a conoscere il significato delle diverse albumine.

Anche le statistiche per ciò che riguarda le tabelle di mortalità sono insufficienti in quanto molti albuminurici muoiono per una delle varie complicanze cui con facilità vanno incontro tali individui. E per la difficoltà del prognostico che interessa il medico di assicurazione riguarda le forme lievi, spesso cicliche, con debilità funzionale a lunga scadenza Lecorché, Senator, come pure Talaman credevano che queste fossero dovute ad una nefrite cronica più o meno sviluppata e legalizzata che potesse successivamente trasformarsi in una vera nefrite diffusa. Di diverso parere era invece Teissier che escludeva una simile possibilità e considerava le albuminurie cicliche alla stessa stregua della costituzione artritica e ne proponeva la loro accettazione in assicurazione.

Vediamo oggi se a distanza di trenta anni e con una maggiore esperienza clinica e di laboratorio è possibile emettere un giudizio definitivo in merito. Purtroppo è ancora difficile una diagnosi sicura. Anche quando non esistano sintomi di alterata funzionalità renale il disturbo può essere latente e solo in un periodo successivo daranno luogo ad una malattia renale.

Si devono invece considerare, secondo il concetto tedesco, come albuminurie benigne quelle di natura circolatoria che sono espressione di soli disturbi funzionali. Difficile è accertarsi se l'insufficienza cardiaca sia la causa dell'albuminuria od invece questa, espressione di un rene rosso granuloso, abbia provocato l'insufficienza cardiaca. L'ipertensione deciderà evidentemente per quest'ultimo tipo e cioè per l'esistenza di un processo renale organico. Ma anche la prima albuminuria benigna poco interessa il medico assicuratore in quanto colpisce individui con notevoli disturbi cardiaci non suscettibili di essere assicurati.

È invece soprattutto da studiare l'albuminuria ortostatica o lordotica, sulla quale, come vedremo ora, Wybauw oltre trenta anni fa richiamava l'attenzione degli assicuratori. Oggi che sappiamo come tali albuminurie giovanili traggano origine da un disturbo circolatorio per la esistenza di una lordosi, e con speciali posture abbiamo la possibilità di accertarcene, potremo con maggiore sicurezza far adire tali soggetti al beneficio dell'assicurazione.

Un po' più dubbia è l'albuminuria da postumi di nefrite guarita come pure la nefrite a focolaio o parcellare di diagnosi piuttosto incerta. Wickles qualche anno fa ha proposto per scopo prognostico il cateterismo ureterale; se l'albuminuria è unilaterale il fenomeno do-

vrebbe ritenersi poco pericoloso. Però il cateterismo se non turba la normale secrezione renale è sempre manovra complessa e dolorosa per poter avere un'applicazione nel campo assicurativo. Il problema che deve risolvere il fiduciario presenta quindi sempre grandi difficoltà perchè si richiede nell'indagine massima garanzia e sensibilità della ricerca unita al minimo disturbo dell'assicurato.

*
*
*

Nel dizionario di medicina ad uso dell'assicurazione vita Moreau proponeva in un'epoca in cui lo studio dei rischi tarati era appena agli albori, la seguente classifica :

1) Accettabili : le albuminurie transitorie sopravvenute durante una malattia febbrile e scomparse da tempo all'atto della visita come pure le donne pervenute all'età della menopausa che avevano sofferto di albuminuria gravidica e ne erano guarite.

2) Accettabili con riserva : le albuminurie intermittenti dette fisiologiche, le albuminurie transitorie sopravvenute fuori di una malattia febbrile e guarite senza timore di recidive.

3) Da rifiutare : tutte le albuminurie croniche ed acute.

Come si vede l'accettazione si ammetteva solo per individui che pure avendo sofferto dell'albuminuria di fatto ne erano guariti completamente.

Il primo medico che si occupò con ampiezza dell'argomento fu Wybauw che presentò al primo congresso medico dell'assicurazione vita del 1900 a Bruxelles una relazione sulla ammissibilità degli albuminurici. Egli con i più audaci ammetteva che sorpassati gli eccessivi rigori si potessero accettare i casi di albuminuria ciclica e degli adolescenti. Era giusta mente più cauto per le albuminurie postscarlattinose che seguivano ad altre malattie esantematiche. Wybauw riteneva poi che ogni albuminuria costante dovesse essere sistematicamente rifiutata come pure ogni altra albuminuria che si fosse protratta oltre i sei mesi da una malattia infettiva.

In tutti i casi di presunta albuminuria egli riteneva che il prelevamento delle urine da esaminare dovesse esser fatto verso le ore undici della mattina. Le albuminurie cicliche invece secondo quanto proponeva lo stesso A. avrebbero potuto essere accettate purchè l'assicurato non avesse superato i trenta anni d'età, non presentasse tare ereditarie nè avesse sofferto in passato malattie infettive ed infine purchè l'albumina fosse stata inferiore al 0,50%.

Solo quando si fossero verificate tali condizioni il candidato poteva essere accettato come rischio tarato con equo soprapremio. Proponeva poi un altro esame di controllo dopo quattro anni; se l'albumina fosse persistita oltre il quinto anno consigliava senz'altro la rescissione del contratto da parte dell'ente assicuratore.

La possibilità pratica di tale procedimento, almeno per quanto riguarda questa ultima non rara evenienza non ci sembra possa essere presa in seria considerazione in argomento così delicato come in questo assicurativo. È preferibile l'altra soluzione del rinvio ad un anno; se in quell'epoca l'albumina sarà cessata si poteva, sempre secondo il Relatore, procedere dopo breve tempo ad altro esame di conferma e solo allora consigliava il perfezionamento del contratto. In questa ipotesi l'albuminuria in altre parole doveva considerarsi cessata e l'individuo guarito nè si poteva dire di assicurare così un albuminurico in atto con funzionalità renale normale persistendo solo una labilità intermittente.

Non v'è dubbio che anche questi soggetti siano da considerarsi tarati ma costituiscono un altro gruppo ben distinto da quello delle albuminurie permanenti anche se di minima entità. Ciò è tanto vero che al suddetto congresso di medicina di assicurazione vita vari interlocutori sulla relazione quali i dottori Siredey, Weil-Matou e Salomonsen furono contrari all'accettazione di qualsiasi forma di albuminurico. Poels ricordò che in passato egli aveva fatto accettare alcuni individui portatori a periodi di una albuminuria; ma i risultati erano stati così cattivi che aveva finito col convenire preferibile un rifiuto categorico per tutti gli albuminurici.

Era giustificata una decisione così assoluta e categorica in materia di questi rischi tarati? Noi crediamo di no come ha dimostrato la storia successiva del problema in assicurazione vita.

Vediamo così che solo dopo tre anni al III Congresso di medici dell'assicurazione vita tenutosi a Parigi il 25-28 maggio 1903 veniva avanzata da un congressista una timida domanda di revisione dell'argomento. Sebbene non fosse stata avanzata in merito una relazione ma una semplice comunicazione essa ha valore per lo meno dal lato storico dell'argomento. La comunicazione che fu presentata dal dottor Torkomian di Costantinopoli esponeva il caso di un giovane di 32 anni farmacista, morto poco tempo prima di uremia.

Questi si era ammalato nel 1892 di una nefrite acuta in seguito a scarlattina residuandone una notevole albuminuria senza fatti subbiottivi. La dieta latte non faceva diminuire l'albuminuria. Avanzata proposta per assicurazione nel 1893 la sua domanda era stata rifiutata dalla Compagnia. Sebbene a richiesta dell'assicurando il Torkomian avesse rilasciato un certificato comprovante la relativa benignità della nefrite non di meno il rifiuto all'accettazione permase e venne confermato nel 1900 in occasione di altra proposta. Solo nel 1903 lo individuo veniva colto da una sindrome uremica che lo conduceva alla morte. Da questo caso di sopravvivenza di ben dieci anni l'A. della comunicazione prendeva le mosse per auspicare la revisione del rischio albuminurici che ne era stato escluso.

Sebbene non ci sembri che il caso sopra riportato sia molto dimostrativo per una benignità della nefrite, ritengo che altri esempi non siano molto rari a riscontrarsi nella pratica medica quotidiana. Personalmente ho avuto occasione di visitare e varie riprese una donna che, ammalatasi a 52 anni di nefrite acuta idropigena attualmente ha raggiunto i 72 anni di età in condizioni generali discrete non ostante presenti oggi un'alb. minuria che oscilla tra 0,50 al 2^o/₀₀, una ipostenuria (peso specifico 1011) con cilindruria ed una notevole ipertensione (Pachon Mx. 210 Mn. 110).

Non è qui il caso di tentare una spiegazione di queste sopravvivenze insospettate, limitiamoci a prenderne atto anche per dare un tenue raggio di speranza al tanto fosco quadro della prognosi dei nefritici.

Vari altri AA. che nel decennio precedente alla guerra europea si occuparono della questione furono tutti molto cauti su questo argomento. Il Romanelli, che studiò a lungo in un lavoro fondamentale la cosa, espone in esso la cronistoria delle proposte per l'accettazione in assicurazione di questi individui. In tale lavoro troviamo che Grober e Pribam erano contrari a qualunque accettazione salvo qualche piccola riserva. Un ricordo speciale merita il criterio selettivo proposto da De Havilland Holl, criterio che come vedremo nel dopo guerra è stato in molti paesi mantenuto e sviluppato. Proponeva dunque il De Havilland che si potesse aderire all'assicurazione con soprappremio quando il richiedente non avesse raggiunto i 40 anni e presentava una buona anamnesi familiare e personale. Inoltre l'esame delle urine doveva dare una albuminuria inferiore all'1^o/₀₀, non vi fossero stati cilindri ed il peso specifico avesse raggiunto almeno i 1015.

Merita pure di ricordare dall'importante lavoro del Romanelli la protesta che Furbringer elevò in una seduta della Società di medicina interna e di terapia di Berlino nel 1909 contro il deliberato proposito di rifiutare tutti gli albuminurici come aveva stabilito il Congresso dei medici delle Compagnie tedesche. Senator colla sua stessa autorità opponeva l'impossibilità di differenziare l'albuminuria ortostatica da una lieve nefrite ed a corroborare la tesi intransigente ricordava di aver visto morire individui portatori di un'albuminuria semplicemente ortostatica.

Successivamente il Frik nel 1913, a quanto riferisce il Romanelli trattando l'argomento della valutazione dell'albuminuria in assicurazione vita, giungeva alle seguenti notevoli conclusioni:

1) Un sospetto fondato di nefrite cronica è motivo assoluto di rifiuto e così tutte le albuminurie di immediata connessione con le infiammazioni renali.

2) Sono idonei all'assicurazione, ma a condizioni più gravose, individui altrimenti sani affetti da pura albuminuria ortostatica o lordotica.

3) Fra i rischi normali possono essere accettati individui affetti da albuminurie le quali derivino soltanto da determinate cause e che in breve spariranno col cessare delle cause che le provocarono (sforzi muscolari, bagni freddi, alimentazione troppo ricca di albuminoidi ecc.). La condizione essenziale per l'accettazione di questi assicurandi era che fossero stati esenti in precedenza da albuminurie.

4) L'albuminuria fisiologica, intesa nel vero senso fisiologico non deve esser presa in considerazione dal medico dell'assicurazione perchè non è possibile constatarla colle classiche ricerche dell'albumina.

*
* *

Mentre all'estero come abbiamo visto l'argomento era stato trattato da vari autori in collaborazione con tecnici dell'assicurazione in Italia il problema fu posto solo dopo la costituzione dell'I.N.A. e cioè con relativo ritardo. Il grande Ente parastatale, assumendo la più grande parte della produzione nazionale sentiva anche il dovere di disciplinare con maggiore autorità e competenza ciò che fino ad allora era stato sottoposto alla incerta e contraddittoria opinione dei medici delle Compagnie.

L'urgenza della questione dei rischi tarati, tra i quali l'albuminuria era in primo piano, fu riconosciuta tanto che, pur persistendo le condizioni anormali della guerra nel 1917 fu costituita dall'I.N.A. una Commissione per lo studio dei rischi tarati.

Di essa facevano parte i seguenti membri per la parte medica :

Presidente, Prof. E. Marchiafava, Consulente Medico Capo ; Consulenti straordinari : Proff. A. Bignani, V. Montesano e G. Mazzoni ; Consulenti ordinari : Proff. E. Cassini, P. Sorgenti e A. Mattoli ; Segretario della Commissione : Prof. I. Romanelli, Medico della Direzione Generale.

Erano poi membri tecnici od amministrativi : Prof. A. Beneduce ; Consigliere delegato. Con. m. E. Scodnik, Vice Direttore Generale ; il Prof. G. Tognoli attuario Capo, il Cav. Napoleone e l'avv. Vicinelli.

I tre argomenti che vennero trattati dalla commissione nel periodo che va dal luglio 1917 all'aprile 1918 furono discussi in base alle relazioni presentate dal Prof. Romanelli che fin da quell'epoca aveva una speciale competenza nel campo della Medicina delle assicurazioni e fu Relatore ufficiale.

Sull'argomento dell'albuminuria il Romanelli dimostrò speciale competenza essendosene occupato a lungo e con vasta concezione clinica in due lavori che sono una minuta ed esauriente disamina in merito. Uno di essi completato di ricerche nei malati con la prova della azoturia sperimentale venne pubblicato nel Policlinico (Sez. Medica, 1918). L'altro limitato nella parte dottrinale e più sviluppato nella parte prognostica e nosografica costituì la Relazione per la Commissione dei rischi tarati.

Della prima ci limitiamo a riportare le conclusioni prognostiche che l'A. trasse circa lo esame funzionale praticato con la prova dell'azoturia ; prova che ancor oggi per la semplicità del metodo e la bontà dei risultati meriterebbe di esser tenuta in considerazione non solo dai clinici ma anche dai medici di assicurazione. Il Romanelli così concludeva confermando quanto l'esperienza clinica aveva stabilito : « La prognosi è buona nell'albuminurie post-nefritiche, ortostatiche, da stasi (in quanto sono indipendenti dalla prognosi del vizio cardiaco). Le prognosi invece è più grave e perciò riservata nell'albuminuria dei soggetti alcoolisti ».

Nella relazione per lo studio dei rischi tarati l'A. espone dopo alcuni capitoli di chimica clinica sulle sostanze proteiche, sulla albuminuria e sui principali metodi per la ricerca nelle urine e sulla diagnosi della albuminuria, le varie classificazioni secondo i vari AA. sia francesi che tedeschi cui segue una catalogazione personale basata sulla etiopatogenesi e sulla persistenza od intermittenza delle albuminurie. In linea di massima l'A. include nel gruppo delle albuminurie incostanti quelle dovute a fattori funzionali, perfrigeranti o di sovraccarico.

mento; al secondo invece iscrive le albuminurie che accompagnano svariate malattie e costituiscono se non una vera complicazione un aggravamento di un'altra affezione.

La Relazione Romanelli passa successivamente ad esaminare in singoli capitoli tutte le forme cliniche e di ognuna oltre il decorso ed il prognostico riporta i dati sulla loro frequenza nella pratica assicurativa; sia su statistiche originali del Relatore, sia riscontrate dai medici di assicurazione all'estero. Utili consigli per il fiduciario in occasione dei singoli casi arricchiscono i numerosi capitoli. La completezza della relazione è dimostrata dal semplice elenco delle forme cliniche prese in esame e che formarono successivamente oggetto, come subito ed remo, delle sedute della Commissione per i Rischi Tarati.

Albuminurie non nefritiche (I. ROMANELLI).

Intermittenti

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 1) A. della pubertà | 5) A. da bagni freddi |
| 2) A. da sforzi | 6) A. digestiva ed alimentare |
| 3) A. ortostatica e lordotica | 7) A. nervosa |
| 4) A. ciclica | |

Persistenti

- | | |
|--|--------------------------------|
| 1) A. delle malattie del ric. materiale: | b) A. nella sifilide |
| a) A. dell'obesità | 5) A. nelle mal. inf. acute |
| b) A. nel diabete | 6) A. nelle mal. card. vascol. |
| c) A. nella gotta | 7) A. nella gravidanza |
| 2) A. nell'intossicazione acuta | 8) A. residua e nefriti parc. |
| 3) A. nelle intossicazioni croniche | 9) Albumisuria e peptonuria |
| 4) A. nell'infezioni croniche | 10) Albumosuria di Bence-Jones |
| a) A. nella tubercolosi | |

La semplice elencazione dimostra quanto la relazione sia stata minuziosa e la sua lettura anche a distanza di circa 20 anni mantiene ancora l'interesse e l'importanza nella storia di questo importante capitolo dei rischi tarati nell'assicurazione vita in Italia. Crediamo perciò utile riportare anzitutto i criteri conclusivi con il quale si chiude la relazione stessa:

« Io ritengo che il compito del medico fiduciario che ha constatato un'albuminuria o che ha raccolto l'anamnesi di un assicurando che è stato albuminurico sia estremamente delicato. Egli deve sapersi avvalere di tutti gli insegnamenti derivanti dalla clinica per accertare le forme di albuminuria che ha colpito l'assicurando; ma egli deve accoppiare la completezza delle ricerche cliniche con la esigenza dell'industria assicurativa. Il fiduciario deve perciò agire con metodo a tatto da non stancare l'assicurando anzi da ispirare tanta fiducia da fare in modo che l'assicurando racconti a lui tutti i disturbi subbiettivi e funzionali che altrimenti sfuggirebbero al medico visitatore. È questa una delle qualità essenziali del medico fiduciario di un Istituto di assicurazione vita ».

« Gli assicurandi affetti da albuminurie potranno essere accettate in assicurazione con un soprapremio variabile a seconda della forma da cui sono affetti. Il soprapremio sarà minimo per le albuminurie della pubertà, ortostatica, lordotica, da sforzi muscolari ecc. ed andrà sempre crescendo fino a raggiungere un massimo per le albuminurie da arteriosclerosi, ecc. Nel giudizio finale del rischio si deve tener conto degli elementi che possono aggravarlo o migliorarlo e cioè degli elementi di giudizio contenuti nel gentilizio (longevità, malattie renali ecc.), nell'anamnesi personale (malattie infettive) nella costituzione (obesità, magrezza eccessiva), nelle condizioni dell'assicurando all'ingresso e specialmente della pressione arteriosa, dei risultat, dell'esame delle urine ripetutamente eseguito (quantità delle 24 ore peso spec., urea es. microscopico, quantità albumina). Inoltre nelle forme di albuminuria

più rischiose si deve tener conto del periodo di età in cui si verifica il maggior numero delle morti per nefrite ».

Un interesse anche maggiore rivestono i resoconti delle sedute della Commissione per lo altissimo valore dei componenti tra i quali, come abbiamo visto, sedevano i Proff. Sen. Marchiafava e Bignami per non citare che i maggiori. L'esame delle singole albuminurie eseguito prendendo a base la relazione Romanelli diede luogo per ogni capitolo alla preziosa collaborazione di clinici di tanto valore. Non possiamo esimerci dal riportare i giudizi più importanti ed autorevoli che alla fine di ogni argomento della relazione vennero esposti in cinque sedute dedicate esclusivamente al rischio albuminurici.

I SEDUTA (9 febbraio 1918):

1° Albuminaria della pubertà

Il Prof. Bignami in merito all'albuminaria della pubertà rileva come sia difficile la diagnosi di essa. Se si presenta all'assicurazione un individuo il quale ha sofferto di albuminuria sarà difficile stabilire se si sia trattato d'albuminuria della pubertà o di altra forma dell'albuminaria. E se si presentano individui con albuminuria in atto la difficoltà sarà quella di stabilire la diagnosi di albuminuria della pubertà, diagnosi che si basa specialmente sul decorso.

Il Prof. Marchiafava fa osservare che per la diagnosi è necessario osservare l'assicurando dopo il riposo; esaminare le urine della mattina e quella della sera ed egli afferma che i casi di albuminuria della pubertà da lui eseguiti, hanno sempre avuto esito buono. Narra anche il caso di un giovane figlio di alcoolista, il quale, affetto da albuminuria della pubertà, ne è guarito perfettamente.

Il Prof. Bignami desidererebbe sapere se vi sono statistiche che dimostrano la mortalità degli affetti da questa forma di albuminuria e rileva che Pribram mentre afferma che questi individui, passato il periodo dell'adolescenza non presentano più albuminuria neanche dopo violenti sforzi corporei e neanche dopo gravidanze, lo stesso Pribram esclude dall'assicurazione questi assicurandi finché dura l'albuminuria.

Anche il Prof. Marchiafava rileva questa contraddizione e chiese al Prof. Bignami quale sia il risultato della sua esperienza professionale.

Il Prof. Bignami risponde che Egli ha osservato dei giovani e giovanetti che avevano l'albuminaria, che poi è scomparsa; ma non saprebbe dire cosa sia avvenuto di essi dopo un certo tempo. La sua esperienza in materia è scarsa e quindi non può affermare se questi siano meno resistenti degli altri.

Il Prof. Marchiafava dice che gli individui affetti da tale forma di albuminuria, per lo più sono organismi deboli, alti di statura, con sistema nervoso eccitabile, con polso piuttosto frequente.

Il Prof. Bignami ricorda un caso di albuminuria della pubertà di un giovinetto che era stato ricoverato in una casa di salute. Questi individui, egli dice, sono individui deboli e costituiscono rischi tarati; però io per mio conto, sarei in dubbio intorno alla misura della tara che è il dato che l'attuario ci domanda.

Il Prof. Romanelli dice come in fondo alla relazione egli fa delle considerazioni generali circa le albuminurie non nefritiche dal punto di vista delle assicurazioni e, mancando di statistiche adatte, egli ritiene che si debba tener conto del periodo di età in cui si verifica la maggiore mortalità per nefrite, per il fatto che gli assicurandi albuminurici possono più facilmente andare incontro a nefrite.

Dopo il parere del Prof. Cassini ed udite altre delucidazioni del Prof. Romanelli su proposta del Prof. Bignami la Commissione approva ad unanimità che possono essere accettati come rischi tarati i casi di albuminuria della pubertà riservandosi la Commissione di stabilire successivamente l'entità del soprappremio.

2° Albuminuria da sforzi corporei.

Il Prof. Cassini nota che gli assicurandi si presentano al medico allo stato di riposo e quindi è difficile al fiduciario scoprire albuminuria da sforzi.

Il Prof. Romanelli fa osservare che un individuo si può presentare al medico fiduciario dopo una lunga passeggiata, dopo una cavalcata, dopo aver vogato, dopo insomma uno sforzo capace di provocare albuminuria; ritiene utile richiamare l'attenzione del fiduciario su

questa forma di albuminuria perchè il medico in seguito a ripetuti esami possa farne la diagnosi.

Il Prof. Bignami dice che il medico fiduciario tutte le volte che all'esame delle urine trova albumina, dovrà informarsi degli antecedenti. In quanto al prognostico dell'albuminuria da sforzi rileva che dalle statistiche riportate dal Prof. Romanelli, risulta come fino al 50% e anche più presentano albuminuria dopo uno sforzo, per cui egli ne desume la scarsa importanza di queste albuminurie ai fini dell'assicurazione vita.

Il Prof. Marchiafava ritiene debba richiamare l'attuazione del medico su questa forma d'albuminuria ed inoltre che agli effetti dell'assicurazione vita, hanno molta importanza le abitudini nocive allo sport eccessivo, come è stato già detto nelle « Istruzioni ai medici fiduciari ».

Il Prof. Bignami afferma che lo sport eccessivo è dannoso specie per il sistema nervoso e per il cuore.

Il Prof. Marchiafava ricorda che si sono verificati parecchi casi di emottisi in seguito ad eccessivo sport in bicicletta.

Anche questa albuminuria: viene proposta per l'iscrizione tra i rischi tarati tenendo presente nello stabilire il sovrappremio nelle condizioni generali e dello stato degli altri apparati del candidato.

II SEDUTA (16 febbraio 1918)

3° Albuminuria ortostatica.

Il Prof. Marchiafava domanda come i medici fiduciari possono fare a sospettare una forma di questo genere.

Il Prof. Romanelli risponde che nel caso che il medico fiduciario constati che l'assicurando è affetto da albuminuria, per stabilirne la forma, dovrebbe ripetere l'esame delle urine varie volte ed in varie ore del giorno.

Il Prof. Marchiafava è del parere che bisogna dare ai medici tutte le indicazioni delle varie forme di albuminuria e dir loro quali le indagini da fare. E' necessario che ogni medico fiduciario abbia una guida.

Il Prof. Bignami ritiene che la questione più importante è che il medico fiduciario faccia la diagnosi per vedere che si tratta di albuminuria ortostatica mista, oppure di albuminuria ortostatica pura. Nell'albuminuria ortostatica mista la tara sarà in rapporto con la lesione che si associa all'albuminuria. Più importante a lui sembra l'albuminuria ortostatica pura. Dall'insieme delle ricerche, aggiunge, egli ha l'impressione che l'albuminuria ortostatica pura abbia scarsa importanza per l'assicurazione vita. Di questa albuminuria ortostatica, infatti c'è una infinità di ricerche. Dal punto di vista pratico la questione più importante è se gli albuminurici affetti da albuminuria ortostatica pura, vanno più facilmente incontro a nefrite. Secondo alcuni si dovrebbe dire di sì, ma se si tiene conto delle ricerche degli autori che dicono di aver osservato i malati per un tempo più lungo si dovrebbe dire di no. Se si dovesse attenerci al risultato di una osservazione statistica, noi dovremmo ricercare, se le morti per nefrite fossero molto più frequenti in questi soggetti che negli altri. A suo avviso, agli effetti dell'assicurazione, questi soggetti affetti da albuminuria ortostatica pura, dovrebbero essere accettati; e se si volesse applicare un sovrappremio, la misura di esso dovrebbe essere in rapporto alle condizioni generali di questi soggetti che sono deboli, pallidi; e cioè un sovrappremio come per l'albuminuria della pubertà.

Anche il Prof. Marchiafava è del parere che si debbano adottare gli stessi criteri per tutte e due le forme di albuminuria: l'albuminuria della pubertà e l'albuminuria ortostatica, poichè la costituzione di questi soggetti è presso a poco la stessa.

Il Prof. Bignami domanda al Prof. Marchiafava se in individui affetti da albuminuria ortostatica, ha veduto svilupparsi nefrite.

Il Prof. Marchiafava risponde che non ne ha mai veduto, e ricorda di aver seguito qualche caso di albuminuria ortostatica in giovanetti durante malattie acute, durante anche angine senza vedere aumentare l'albuminuria, anzi scomparire completamente col riposo a letto. A lui sembra questo un argomento favorevole.

Prendono anche parte alla discussione circa la possibile scomparsa di questa albuminuria col trascorrere dell'età i Proff. Bignami e Romanelli, come pure circa la frequenza della coesistente tubercolosi i Proff. Cassini e Romanelli.

Il Prof. Marchiafava conclude che gli assicurandi affetti da albuminuria ortostatica pura, si possono accettare in assicurazione con un'eventuale applicazione di sovrappremio, in rapporto alle condizioni generali dell'assicurando. Circa poi l'albuminuria ortostatica mista egli non ritiene si debbano rifiutare gli assicurandi affetti da nefroptosi e si appella ai chirurghi.

4° *Albuminuria ciclica.*

Il Prof. Bignami afferma che l'albuminuria ciclica è di una benignità assoluta; anche per questa forma si dovrebbe accettarli all'assicurazione applicando eventualmente un soprappremio in rapporto alle condizioni generali dell'assicurato e adotterebbe le stesse norme come per l'albuminuria della pubertà e l'ortostatica pura.

La proposta del Prof. Bignami è accettata ad unanimità.

5° *Albuminuria da bagni freddi.*

A commento di questa forma il Prof. Bignami osserva che per le speciali condizioni nelle quali si manifesta essa sfugge al fiduciario se non è dichiarata dall'assicurato e che ciò che interessa è di vedere se col ripetersi frequente di un'albuminuria, si possa stabilire una nefrite, o se è soltanto una presunzione, il sospetto che si possa stabilire una nefrite. Egli ritiene che sia un timore che può venire al medico, anzi *a priori* lo giudicherebbe inopportuno. Egli è del parere di adottare anche per questa forma di albuminuria le stesse norme delle altre, non essendo dimostrato che questi individui vanno più soggetti a nefrite degli altri. Il giudizio sull'entità dello stato anormale deve essere basato sulle condizioni generali e si potrà accettare l'assicurato con un eventuale soprappremio in rapporto alle dette condizioni generali.

Tale proposta del Prof. Bignami viene accettata ad unanimità.

III SEDUTA (23 febbraio 1918)

6° *Albuminuria digestiva ed alimentare.*

Tale forma che dal relatore è stata differenziata in dispeptica e digestiva e corredata da una numerosa casistica soprattutto francese (Castaigne, Robin, Teissier, Lenoir) e pochi altri (Klober, Wahestein) viene discussa dal Prof. Bignami soprattutto nella forma digestiva semplice non essendo accettata da tutti gli autori.

A lui sembra che se l'albuminuria digestiva si verifica soltanto in soggetti che ingeriscono grandi quantità di sostanze albuminoidee, la questione si semplifica anche e questi soggetti possono senz'altro essere assicurati, solo si deve tener conto delle condizioni generali di essi, ma senza il preconetto che in seguito tali assicurandi possano diventar malati di nefrite, ciò che a lui sembra non si sia fin oggi provato.

Il Prof. Romanelli afferma che c'è la presunzione che tali soggetti diventino più facilmente nefritici, inoltre ritiene che nell'albuminuria digestiva si debba tener conto dell'eredità, tenuto presente che gli autori francesi danno grande importanza all'eredità artitrica.

Il Prof. Bignami fa osservare che dell'eredità si tiene conto per tutti gli assicurandi.

La Commissione approva le seguenti conclusioni: nell'albuminuria digestiva propriamente detta, l'assicurazione si può concedere senza soprappremio, ovvero con un eventuale soprappremio in rapporto alle condizioni generali. Nell'albuminuria in persone con disturbi dell'apparecchio digerente, la concessione di una polizza di assicurazione è subordinata all'entità di quei disturbi.

7° *Albuminuria nervosa.*

Il Prof. Romanelli afferma che anche per questi individui affetti da albuminuria emotiva non è stato dimostrato che sono più soggetti a nefrite. È solamente un fatto che si può supporre che ci sia una minore resistenza renale.

Il Prof. Bignami dice che è una supposizione che non ha nessuna base.

Il Prof. Romanelli conclude che si possa stabilire di accettare in assicurazione gli individui affetti da albuminuria emotiva con un eventuale soprappremio in rapporto alle condizioni generali.

8° *Albuminuria nella obesità.*

Dopo la lettura del relativo capitolo il Prof. Bignami domanda al Prof. Romanelli, come l'Istituto si comporta attualmente per gli obesi affetti da albuminuria.

Il Prof. Romanelli risponde che tali rischi si accettano come rischi mediocri. Aggiunge anche che il grado di obesità può eventualmente aggravare la prognosi.

Il Prof. Marchiafava fa notare che vi potrebbero essere obesi alcolisti, arteriosclerotici,

ipotiroidici, e aggiunge di avere veduto degli individui nei quali fu diagnosticata una nefrite, scomparsa poi del tutto ed erano invece albuminurie tossiche.

Il Prof. Bignami ritiene che per questa forma di albuminuria si dovrà tener conto delle condizioni particolari e specialmente della esistenza dell'arteriosclerosi.

9° Albuminuria nel diabete.

A richiesta del Prof. Bignami il Prof. Romanelli avverte che in passato i diabetici con albuminuria erano rifiutati mentre ritiene si possano accettare come tarati, purchè non esista una vera nefrite.

IV SEDUTA (9 marzo 1918)

10° Albuminuria nella gotta.

In questa forma di albuminuria il Prof. Marchiafava fa noto che egli nella gotta distingue 4 forme di albuminuria.

1° Albuminuria acuta che si osserva proprio negli attacchi acuti di gotta ed è accompagnata da cilindruria tale da mettere in apprensione il medico.

2° Albuminuria nei gottosi, senza segni di ipertensione.

3° Albuminuria nei gottosi con ipertensione e forse derivante da arteriosclerosi.

4° Albuminuria nella vera nefrite gottosa.

Il Prof. Romanelli fa osservare che gli autori ammettono anche l'albuminuria pre-gottosa.

Il Prof. Bignami è del parere che questa classificazione delle albuminurie del Prof. Marchiafava, possa servire per la questione pratica. L'albuminuria che si manifesta durante lo attacco gottoso rappresenta un sintomo dell'attacco. Egli ritiene che si possono accettare con un soprapremio i gottosi affetti da albuminuria ma che si debbano rifiutare se vi sono lesioni renali.

11° Albuminuria nelle intossicazioni acute e croniche.

Il Prof. Montesano fa qualche rilievo sulla frequenza di essa in alcuni mestieri, ed essa infatti interessa più la medicina del lavoro anzichè l'assicurazione vita.

12° Albuminuria nelle malattie del cuore e dei vasi.

Il Prof. Bignami dice che a lui sembra giusto quanto è scritto nella relazione del dottor Romanelli circa la distinzione tra albuminuria nell'arteriosclerosi e nefrite arteriosclerotica e circa il compito del medico nella diagnosi di esse.

Egli ritiene che gli assicurandi per i quali si sospetti una nefrite cronica debbano essere rifiutati: quelli che abbiano una albuminuria minima senza sintomi che facciano pensare ad una nefrite cronica, potranno essere accettati con un soprapremio secondo la gravità dell'arteriosclerosi.

Tale conclusione viene accettata all'unanimità.

13° Albuminuria e albuminuria di Bence-Jones.

La lettura di questi capitoli non dà luogo a rilievi importanti e le loro conclusioni sono accettate dalla Commissione.

V SEDUTA (16 marzo 1918)

Si procede alla lettura dei seguenti capitoli delle relazioni: Patogenesi dell'albuminuria — Diagnosi delle varie forme — Prognosi delle albuminurie — Albuminuria ed assicurazione vita.

Dopo brevi osservazioni dei consulenti la Commissione delibera di dare incarico al Professore Romanelli di raggruppare i giudizi dati nelle sedute precedenti a proposito delle singole forme.

VI SEDUTA (28 marzo 1918)

Si procede alla revisione e approvazione del giudizio nelle varie forme di albuminuria riunite dal Prof. Romanelli. Omettiamo per brevità la discussione, ricordiamo soltanto che il

Prof. Bignami propose alcune variazioni che furono accettate dagli altri membri della Commissione a proposito delle albuminurie da sforzo, digestive, nervose e nell'obesità. Tutti gli altri giudizi della relazione originale Romanelli rimangono ad un dipresso invariate.

VII SEDUTA (9 aprile 1918)

A richiesta del Prof. Bignami il Prof. Romanelli procede all'esposizione di una statistica dei sinistri del 1913-1917 dell'I.N.A. statistica che comprende 296 casi di morte per nefrite; dall'esame di essi risulta che il gruppo di età più colpito è quello tra i 50 e i 55 anni; quanto alla durata in 150 di essi la nefrite risaliva a meno di un anno; nessuna conclusione può quindi trarsi per le albuminurie non nefritiche.

Nella stessa seduta viene ai fini pratici dell'applicazione della taratura in assicurazione proceduto alla divisione in quattro gruppi di tutte le albuminurie esaminate precedentemente, esse sono riportate nella seconda-terza parte della relazione che a conclusione dei lavori fu presentata al Consigliere delegato.

Per l'importanza che essa riveste ai fini assicurativi di questi rischi e per l'autorità dei Maestri che procedettero a tale classifica la riportiamo integralmente.

*Relazione della Commissione medica dei rischi tarati dell'I.N.A.
circa le albuminurie non nefritiche*

Ill.mo Sig. Consigliere Delegato dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, La Commissione Medica ha esaminato la relazione del Prof. Romanelli su « Le albuminurie non nefritiche » e dopo ampia discussione è venuta alle seguenti conclusioni:

Premesso che le albuminurie non nefritiche si possono dividere in:

- 1° Albuminuria della pubertà;
- 2° Albuminuria da sforzi corporei;
- 3° Albuminuria ortostatica-lordotica;
- 4° Albuminuria ciclica;
- 5° Albuminuria da bagni freddi;
- 6° Albuminuria digestiva;
- 7° Albuminuria nervosa;
- 8° Albuminuria nell'obesità;
- 9° Albuminuria nel diabete;
- 10° Albuminuria nella gotta;
- 11° Albuminuria nell'alcoolismo;
- 12° Albuminuria nell'arteriosclerosi;
- 13° Albuminuria residuale o postnefritica e albuminuria nelle nefriti parcellari.

Alle quali va aggiunta l'albumosuria, la peptonuria e l'albumosuria di Bence-Jones.

La Commissione Medica ha approvato le seguenti conclusioni per ciascuna forma di albuminuria:

1° *Albuminuria della pubertà.* — Gli individui affetti da albuminuria della pubertà possono essere accettati come rischi tarati; la misura del soprapremio sarà in rapporto alle condizioni generali dell'assicurando.

2° *Albuminuria da sforzi corporei.* — L'albuminuria da sforzi corporei ha scarsa importanza per l'assicurazione vita; hanno invece molta importanza le abitudini nocive del lavoro muscolare intenso e protratto e dello sport eccessivo. Questi assicurandi potranno essere accettati con un soprapremio che si stabilirà in rapporto alla loro presumibile resistenza agli effetti nocivi del lavoro muscolare intenso la quale sarà argomentata dallo sviluppo corporeo, dalla robustezza e dalla integrità o meno delle funzioni respiratoria, circolatoria ecc. Si terrà conto inoltre della maggiore morbilità che consegue al lavoro muscolare eccessivo (malattie di cuore, di reni, ecc.).

3° *Albuminuria ortostatico-lordotica.* — La commissione ritiene che gli assicurandi affetti da albuminuria ortostatica pura si possono accettare con un'eventuale applicazione di soprapremio in rapporto alle condizioni generali dell'assicurando.

4° *Albuminuria ciclica.* — La Commissione delibera che gli assicurandi affetti da albuminuria ciclica si possono accettare con un soprapremio in rapporto alle condizioni generali dell'assicurando.

5° *Albuminuria da bagni freddi.* — La Commissione delibera che gli assicurandi affetti da albuminuria da bagni freddi si possono accettare con un eventuale soprapremio in rapporto alle condizioni generali dell'assicurando.

6° *Albuminuria digestiva.* — Nell'albuminuria digestiva propriamente detta l'assicu-

razione si può concedere senza soprapremio, ovvero con soprapremio quando le condizioni generali lo richiedano. Nell'albuminuria in persone con disturbi dell'apparecchio digerente la concessione della polizza di assicurazione è subordinata all'entità di quei disturbi.

7° *Albuminuria nervosa.* — Gli assicurandi affetti da albuminuria emotiva possono essere accettati senza soprapremio ovvero con soprapremio in rapporto alle eventuali condizioni generali. Nell'albuminuria da malattie organiche il giudizio è subordinato all'entità della malattia organica.

8° *Albuminuria nell'obesità.* — Gli assicurandi obesi albuminurici potranno essere accettati con un soprapremio in rapporto alle condizioni generali (grado dell'obesità ecc.). Il rischio è naturalmente più grave quando esistono condizioni morbose che si associano all'obesità con una certa frequenza (come l'alcolismo, l'arteriosclerosi, l'ipotiroidismo, ecc.).

9° *Albuminuria nel diabete.* — Il giudizio sul rischio è in rapporto al diabete.

10° *Albuminuria nella gotta.* — Si possono accettare con soprapremio i gottosi affetti da albuminuria; si debbono rifiutare se vi sono sintomi di nefrite.

11° *Albuminuria nell'alcolismo.* — Si consiglia il rifiuto.

12° *Albuminuria nell'arteriosclerosi.* — Gli assicurandi per i quali si sospetti una nefrite cronica debbono essere rifiutati; quelli che abbiano un'albuminuria minima senza sintomi che possano far pensare ad una nefrite cronica potranno essere accettati con un soprapremio secondo la gravità dell'arteriosclerosi.

13° *Albuminuria residuale o postnefritica e Albuminuria nelle nefriti parcellari.* — Questi assicurandi potranno essere accettati con un soprapremio per la misura del quale si dovrà tenere conto delle condizioni generali del soggetto, dell'integrità o meno della funzione renale, dei dati anamnestici (gravità della nefrite sofferta, eventuali recidive di questa) e infine della possibilità di ulteriori recidive.

14° *L'albumosuria, la peptonuria e l'albumosuria di Bence-Jones.* — Servono a richiamare l'attenzione del fiduciario sulle possibili lesioni di altri organi o tessuti. Il giudizio sul rischio varierà a seconda della gravità della lesione riscontrata.

Inoltre la Commissione Medica per dare all'Attuario un indice di presunta sopramortalità degli assicurandi affetti da albuminurie non nefritiche ha stabilito di raggruppare le varie forme di albuminurie non nefritiche in 4 gruppi:

1° Gli assicurandi affetti da albuminurie della pubertà, albuminuria da sforzi corporei, albuminuria ortostatico-lordotica pura, albuminuria ciclica, albuminuria da bagni freddi, albuminurie digestiva, albuminuria emotiva, possono essere accettati in una forma a termine o con un soprapremio rispondente ad una presunta sopramortalità variabile dal 10 al 25 %.

2° Gli assicurandi affetti da albuminuria residuale o postnefritica e albuminuria nelle nefriti parcellari possono essere accettati in assicurazione con un soprapremio rispondente ad una presunta sopramortalità variabile del 25 % al 40 %, avvertendo che il rischio migliora, aumentando il numero degli anni trascorsi dal tempo della nefrite pregressa.

3° Gli assicurandi affetti da albuminuria nell'obesità e nella gotta possono essere accettati in assicurazione con un soprapremio rispondente ad una presunta sopramortalità variabile dal 35 % al 50 %.

4° Gli assicurandi affetti da albuminuria nell'arteriosclerosi possono essere accettati in assicurazione con un soprapremio rispondente ad una presunta sopramortalità variabile dal 50 al 60 %, avvertendo che il rischio peggiora con l'aumentare dell'età dell'assicurando all'ingresso dal 40° anno in poi.

*
**

Come abbiamo veduto la Commissione dei rischi tarati dell'I.N.A. ha preferito, studiando le albuminurie seguire un criterio etiologico nella classificazione adottata per le forme intermittenti; e questo metodo dal punto di vista clinico è certamente il più razionale. Si deve però rilevare che essendo questo metodo basato per gran parte sulle dichiarazioni dell'assicurando non può essere il criterio più pratico da applicare nell'assicurazione vita. Nel gruppo delle albuminurie persistenti le sei forme prese in esame dalla Commissione si riferiscono ad albuminuria che accompagnano un'altra affezione di solito più importante e delle quali essa rappresenta un elemento collaterale anzichè una vera complicanza. È facile dedurre subito come in queste ultime albuminurie la prognosi debba essere assai più riservata.

Si potevano ancora ascrivere a questo gruppo le albuminurie che si riscontrano nei basedoviani od in altre disendocrinie, come pure quelle che si rilevano spesso durante il decorso di altre malattie infettive, quali l'ittero catarrale e nelle epatiti in genere; ma il compito del medico di assicurazione risulterebbe ancora troppo vasto mentre esso deve limitarsi ad

un lavoro d'inquadramento generico già arduo con la catalogazione sovra riferita. Ciò era tanto evidente che molto opportunamente la Commissione assegnò dal punto di vista prognostico tutti i rischi in esame a sole quattro categorie. Di queste le prime sette voci ebbero un soprappremio lieve (2 ‰) la tredicesima uno ancora modico (3 ‰), invece quelle comprese nei n. 8, 9 e 10 un po' maggiore (4 ‰), più alto fu quello delle albuminurie post-nefritiche (5 ‰) ed infine furono proposte per il rifiuto le forme che si accompagnano ad alcoolismo.

Il fatto più importante che si può ricordare è che, tralasciate le eccessive preoccupazioni per questi rischi, si conveniva praticamente da parte della Commissione dell'I.N.A. ed il contrasto con quanto fino a dieci anni prima era stato proclamato in Congressi e Riunioni di medici assicurativi, di accettare quasi tutte le albuminurie non nefritiche.

V'è a tal proposito da rilevare che la Relazione Romanelli era limitata esclusivamente alle albuminurie non nefritiche e pertanto non venne in essa considerata la cilindria nelle sue varietà e la catalogazione non era comprensiva di tutte le albuminurie. D'altra parte è da tener presente che venti anni fa molte ricerche successivamente riconosciute importantissime per lo studio dell'albuminuria quali l'azotemia e la pressione erano in quel periodo ancora nello stadio sperimentale nè il Romanelli si poteva riportare a criteri che erano ancora sub-iudice e che solo successivamente hanno ricevuto il crisma della pratica clinica.

Quanto alla classifica sovra esposta oltre alla difficoltà di non avere a disposizione gli elementi sufficienti per una diagnosi del genere bisogna tener presente che nell'assicurazione vita esiste un canone fondamentale che deve regolare il giudizio del medico, quello dell'obiettività. La catalogazione, è evidente, dovrà allora basarsi sui dati oggettivi riscontrati nell'assicurando e preferire naturalmente i più sensibili, i più rapidi ad essere eseguiti e quelli che per cognizione confermata della scienza sono espressione della sufficienza funzionale ed eliminatoria del rene.

I metodi di accertamento basati sulle prove di eliminazione di svariate sostanze, sulle prove di carico, di concentrazione insomma sulla funzionalità presentano anche essi i loro inconvenienti. Senza soffermarci sopra questo punto dobbiamo ricordare che per essere praticati richiedono parecchie ore di esame ed inoltre la somministrazione per bocca di sostanze spesso sgradevoli od anche l'uso di iniezioni estranee. Ciò fatalmente non incontrerà la simpatia dell'assicurando il quale, ricordiamolo, non è un malato e richiede nel disbrigo del proprio rischio il minimo fastidio ed il minor periodo di tempo.

Aggiungasi a ciò che in casi di presunte lesioni iniziali il rene possiede spesso un valido compenso nel parenchima sano per cui una alterazione anatomica parcellare a carico dell'apparecchio tubulare vascolare può sfuggire ad una prova funzionale. Ecco perchè per deficiente valore clinico e per l'indaginosità delle ricerche una ricerca in tal senso non è entrata nella pratica quotidiana degli enti assicuratori.

Non resta quindi allo stato attuale della medicina, che utilizzare per poter stabilire la prognosi di una albuminuria, l'esame completo delle urine dal punto di vista, fisico, chimico e microscopico corredato inoltre da due importanti ricerche entrate nell'uso corrente in questo ultimo ventennio e cioè: l'azotemia sopra il sangue prelevato a digiuno e la misurazione della pressione sanguigna. Questo metodo è, a ben pensarci, ugualmente funzionale perchè giudica lo stato del rene dalla sua funzione escretoria (urina) e svelante del sangue (azotemia e pressione) e da essa giudica lo stato del rene. Naturalmente con questi semplici reperti non possiamo risalire all'eventuale alterazione patologica del parenchima; sappiamo perfettamente senza che la critica ce lo ricordi, come a costante reperto urinario ed azotemico non corrisponda sempre un'identica alterazione anatomo-patologica; questa può presentare delle variazioni notevolissime da caso a caso.

Ma ai fini prognostici queste indagini rappresentano elementi sufficienti per tranquillizzare la nostra coscienza di medici di assicurazione e per lo studio della collettività che a noi interessa possiamo in base a reperto obiettivo soltanto, giudicare un rischio e stabilirne la sola mortalità.

Ecco infatti i criteri usati dal C.I.R.T. per l'accettazione per il rischio albuminuria, e la sua catalogazione.

1) Albuminuria transitoria con reperto cardio-renale normale; azotemia e pressione arteriosa normale. (Sopramortalità 100 % costante).

2) Albuminuria persistente con reperto microscopico di cilindri ialini, azotemia e pressione normale. (Sopramortalità oresente da 100 a 200 %).

3) Albuminuria persistente con reperto microscopico di cilindri ialini e ialino granulosi, azotemia non oltre il 0,70 %; pressione arteriosa fino a 160 mm. con il Riva-Rocci. (Sopramortalità crescente da 100 a 300 %).

Il rischio evidentemente deve essere considerato differente in queste tre categorie: non solo per la maggiore sovrarmortalità che si presume nei gruppi secondo e terzo, ma anche perchè in questi ultimi due la lesione renale si può ritenere che gradualmente si aggravi ed il rischio ne risulterà crescente. Così pure l'aggravamento del rischio dopo un certo numero di anni è da ritenersi maggiore nei casi di di iperazotemia in confronto a quelli con azotemia normale.

Non è raro però che neanche tutti gli elementi suddetti siano in possesso del medico di assicurazione mancando spesso ad esempio l'azotemia. Le Compagnie americane si limitano negli albuminurici all'esame completo delle urine e della misurazione della pressione. Presso tali compagnie la coesistenza di una albuminuria con una pressione modicamente alta far richiedere l'analisi completa delle urine. L'azotemia, almeno secondo i criteri riferiti da Mac Cloud (1925) e da Peterson Maclaren (1929) per l'accettazione degli albuminurici non viene praticata spesso.

Più importanza si dà invece al peso specifico delle urine quando superi 1030 o quando discenda al di sotto di 1012; così pure se l'assicurando ha un'età maggiore di 50 anni o se richiede una polizza superiore a 10 000 dollari. Questa semplificazione apparentemente eccessiva ai nostri criteri che tendono a determinare con molto scrupolo il rischio non sono più tali quando si pensi alla differente mentalità degli americani presso i quali la polizza di assicurazione è la forma ordinaria di previdenza e di risparmio a cui sottoscrive tutto il paese.

Del resto anche il semplice reperto urinario e pochi altri criteri generali come la persistenza e il grado dell'albuminuria, la cilindria e l'età del soggetto possono già orientarci sul futuro decorso della malattia. Ecco ad esempio il riassunto dell'esame di oltre 5000 albuminurici rifiutati dalla Metro Life Insurance dal 1905 al 1915. Un'inchiesta eseguita nel 1920, che prese in esame gli incarti ha potuto stabilire o meglio confermare quanto già si riteneva a proposito della mortalità negli albuminurici con o senza cilindria.

Lo studio, della mortalità di un primo gruppo di oltre 2000 rifiutati con la persistenza della sola albuminuria è un difetto di notevole entità; infatti durante un periodo di sei anni la mortalità è stata del 24 % superiore e quella presunta dalle tabelle della popolazione civile. La gravità dell'affezione andava aumentando con l'età delle persone e con l'entità della albuminuria. Coloro che presentavano *tracce minime* hanno dimostrato una mortalità superiore dell'8 % in confronto alle tabelle ordinarie se non avevano raggiunto l'età di 40 anni, e del 32 % se ne erano al disopra. Le persone che dimostravano nelle urine *tracce* hanno dato una sopramortalità del 9 % se al disotto dei 40 anni e del 131 % se al disopra.

L'esame della mortalità di circa 3.000 rifiuti con albuminuria e cilindria ha dimostrato come questi soggetti siano più colpiti che i precedenti. Ugualmente in essi si nota che la pericolosità cresce con l'età, col tempo trascorso dopo l'esame e con la quantità di albumina. Nei casi di *tracce minime* di albumina con cilindri la sopramortalità è stata del 19 % e del 39 % a seconda che gli individui erano al disotto o al disopra dei 40 anni. Se invece erano state riscontrate *tracce di albumina* con cilindria la sopramortalità raggiungeva il 48 % ed il 124 % nei due gruppi di età sopra ricordati. Il tasso di mortalità effettiva nei portatori di albumina in quantità sensibile è stata infine circa tre volte superiore a quella delle tavole ordinarie.

Nonostante questi dati statistici confermino il metodo di classificazione che tiene conto

del quantitativo di albuminuria e della cilindruria v'è una notevole differenza di opinione specie sul significato di quest'ultimo fenomeno e su quello delle singole varietà dei cilindri.

Così Mac Cloud riferisce quanto conclude Bergen Ogelen della Metro Life Corporation, come cioè il cilindro ialino nel suo significato prognostico non differisca da quello granuloso e si possono entrambi trovare indifferentemente nelle malattie renali e croniche. Osler più semplicemente giunge a dire che i cilindri nelle urine non hanno un significato maggiore della presenza dei capelli bianchi; il che è un po' paradossale. A questo ottimismo fa riscontro un esagerato pessimismo di Dwight che spiega la frequenza della cilindruria nelle persone anziane come un sintomo che deve sempre allarmare.

Una via intermezza tra questi estremi basati sopra un unico fatto e l'esatta valutazione di tutti gli altri fattori già ricordati come il peso specifico, la pressione, la quantità delle urine nelle 24 ore, sono tutti dati da tenere in conto per la classificazione di questi rischi. Certo negli anziani la coesistenza di una albuminuria e di una cilindruria aggravano notevolmente il rischio; ma con Mac Cloud riteniamo assolutamente ingiustificato il vecchio criterio del rifiuto in massa.

Roger della New York Life sopra 650 casi di albuminurici tarati ha trovato che essi davano una mortalità per nefrite del 60% dei sinistri; quindi somma cautela deve usarsi per la loro accettazione. Una differenziazione dei vari tipi dei cilindri fa Mac Cloud nello studio delle albuminurie egli trova che nei casi senza cilindruria sopra un complesso di 400 assicurati la mortalità effettiva raggiungeva il 140%; il 25% dei sinistri erano da imputarsi alla nefrite cioè questa causa di morte era tre volte più frequente in confronto agli altri individui.

Lo stesso Mac Cloud rileva che la mortalità effettiva in confronto alla presunta nei soggetti al disotto dei 39 anni è del 149% sale a 167% dopo tale età; scende invece al minimo del 104% nei giovani tra i 15 e 24 anni. In altri 600 casi di albuminuria e cilindruria esaminati dall'Ufficio delle Ricerche medico attuariali, sempre riferiti da Mac Cloud, la mortalità effettiva ha raggiunto il 250% in confronto quella presunta.

Altri Autori danno notevole importanza alla quantità della urea nelle urine; essa secondo gli americani dovrebbe essere compresa per i rischi normali tra 1,50 — 2%. Paterson Mac Laren presenta in una tabella un rapporto esistente tra il peso del soggetto e la percentuale dell'urea in riferimento alla mortalità. Infatti mentre questa sarebbe nei limiti normali per quantitativi compresi tra 1,75 — 2%, aumenterebbe leggermente nei sottopesi e molto di più quando si tratta di sovrappesi. Le cause di morte in questi soggetti sarebbero soprattutto a carico dell'apparato cardio-vascolare.

Mentre si può discutere sul valore dal punto di vista prognostico dell'urea nelle urine specie non conoscendo il quantitativo esatto delle urine nelle 24 ore né sapendo la composizione del vitto del soggetto ha invece moltissima importanza la pressione del sangue. Questa molto spesso è l'espressione di un *deficit* nel ricambio purinico con ritenzione di urea nel sangue. Anche nel cosiddetto rene granuloso rosso di Volhard pur non esistendo una iperazotemia l'ipertensione aggrava notevolmente il rischio dell'albuminuria. Sul decorso di questa sclerosi cosiddetta benigna e sui pericoli che essa comporta per eventuali emorragie cerebrali, per disturbi cardiaci e polmonari non è qui il caso di insistere soltanto ci limitiamo a ricordare che l'albuminuria associata alla ipertensione non è di prognosi molto più rosea di quella della albuminuria accompagnata da iperazotemia secondo il classico schema di Widal.

Sono del 1929 i risultati del Medical Impairment Study dai quali risulta come una ipertensione di 10 mm. di mercurio in soggetti albuminurici provochi una sopramortalità del 122 e del 182% a seconda che la albuminuria è intermittente o costante.

Nella relazione Winternitz sulla prognosi della ipertensione presentata l'anno scorso al Congresso Internazionale dell'assicurazione vita a Londra viene riportata la tabella di Frank il quale ha trovato una mortalità quadrupla negli ipertesi con albuminuria in confronto agli ipertesi senza albuminuria. Nelle conclusioni della stessa relazione a proposito della invalidità viene riconosciuto dal Winternitz che « la prognosi della ipertensione è fundamentalmente legata alla compartecipazione del rene ».

Sono stati pubblicati proprio alcuni mesi fa sempre da una grande Società di assicurazione Americana, la Metro Life, i dati statistici che riguardano la mortalità per malattie cardiovascolo-renali nei salariati assicurati che si riferiscono al ventennio 1911-1930. L'importanza che il fattore renale ha per la determinazione o l'aggravarsi del disturbo cardiaco è dimostrato dal fatto che oltre il 25 % dei sinistri riscontrati erano dovuti all'associazione della affezione renale a quella vascolare.

L'analisi dettagliata dalla statistica ha fatto riscontrare un miglioramento in questi ultimi cinque anni (v. Stat. Bull. della Metro Life Ins., 1936 n. 5) e ciò lascia sperare che e norme igieniche e dietetiche di medicina preventiva abbiano in un prossimo futuro un effetto anche più benefico. In queste malattie che costituiscono un circolo vizioso tanto frequente specie nelle persone di età, le cause di morte disposte per la loro importanza di frequenza sono le seguenti: disturbi di cuore, 45,3 %; — nefrite cronica 27 %, ed emorragia cerebrale 21,5 %.

Poichè lo scopo di questo lavoro è limitato alla esposizione dei metodi di classificazione della albuminuria nella assicurazione vita ed ai criteri per l'applicazione del soprapremio tralasciando questioni patogenetiche, crediamo utile riportare al termine di questa rivista, le tabelle delle più importi Società di Assicurazione degli Stati Uniti per l'accettazione dei tarati albuminurici.

La American L.I.M.D. Association distingue gli albuminurici in tre gruppi a seconda che la albumina si presenti intermittente, persistente o soltanto nell'anamnesi. In ognuno di questi gruppi sono stati applicati soprapremi che aumentano dopo i trenta anni del 20-50 % fino a 45 anni, in una età superiore il soprapremio subisce un ulteriore aumento. Per ogni gruppo infine sono considerati quattro gradi quantitativi di albuminuria. Riportiamo la tabella della albuminuria persistente, e del punteggio del soprapremio americano.

	Sotto i 30 anni	30 - 45 anni	Sopra i 45 anni
Tracce minime	10	20	25
Tracce	25	35	50
Tracce sensibili	40	50	75
Quantità notevole	100 ed oltre	125 ed oltre	150 ed oltre

Canadian L.I.Q. Association prende come base per l'applicazione del soprapremio il quantitativo in milligrammi della albumina e differenzia ugualmente questa affezione in forme intermittenti, intermittenti nella anamnesi e costanti; di quest'ultima come esempio riportiamo la tabella:

	MILLIGRAMMI			
	10 - 20	20 - 50	50 - 100	100 - 300
Sotto i 30 anni	10	25	40	100 ed oltre
Da 30 a 45 anni	20	35	50	125 »
Sopra 45 anni	25	50	75	150 »
Se con ipertensione.	—	15 ed oltre	25 ed oltre	Rifuto

A confronto delle precedenti, poniamo sempre per il gruppo dell'albuminuria costante la taratura della Metro Life (U.S.A.).

	Sotto i 30 anni	Anni 30 ed oltre
30 Mgr.	15	35
40 - 55 Mgr.	50	85
75 Mgr.	85	Rifuto
100 Mgr.	125	»
Sopra 100 Mgr.	Rifuto	»

Infine la Prudential Life (U.S.A.), secondo i dati riportati da Paterson Mac Laren nel *Modern Methods and Rating of Lives* (1929-Londra) da cui abbiamo ricavato queste ultime tabelle dalla seguente taratura per l'albuminuria costante.

	Sotto i 45 anni	Sopra i 45 anni
Sopra 10 Mgr. (per 100 cc. di urina)	0 - 25	0 - 45
10 - 50 Mgr.	0 - 45	25 - 75
50 - 100 Mgr.	25 - 45	35 - 75
Sopra 100 Mgr.	45 - 75	75 - 110

Quanto alla cilindria semplice senza albuminuria tali casi vengono accettati tanto dalla Metropolitan che dalla Canadian purchè i cilindri non superino il numero di 2-3 senza speciale soprapremio. Si applica invece un soprapremio quando essi raggiungono un numero maggiore. Se esiste contemporaneamente cilindria e albuminuria il rischio viene riesaminato; infine se l'albuminuria e la cilindria raggiungono una entità notevole il rischio viene senza altro rifiutato.

Chiudiamo questa esposizione riferendo i criteri di accettazione per questo rischio di due altri Enti d'Europa e cioè della Società di Assicurazione svedese « Sverige », e della « Dana ». Secondo i metodi della prima le albuminurie occasionali ortostatiche vanno considerati come rischi normali; per le altre si richiede l'esame microscopico del sedimento, la prova funzionale, l'azotemia e la pressione, caratteri questi che permettono di differenziare la lesione nefritica in tre gradi: seria, leggera e stazionaria. Per quest'ultimo grado si adottano differimenti brevi con scadenze che non superino il 60 o il 65° anno d'età oltre una sovrammortalità del 150-200%. Quando poi la nefrite è accompagnata da una cardiopatia o da un'ipertensione il rischio viene abitualmente rifiutato o se viene accolto si applicano sovrammortalità del 200-250% con differimenti naturalmente brevi.

La « Dana » infine che è la Società di Assicurazione per i rischi tarati in Danimarca, adotta il sistema Peterson secondo il quale esistono singole tabelle per ogni apparecchio malato; a loro volta queste tabelle in base all'importanza vengono divise in principali e minime. L'albuminuria costituisce insieme alle cardiopatie ed alla tubercolosi una delle tre tavole principali. Essa viene accettata secondo la « Survivorship Annuary Table of 1910 for men experienced by the Stantsanstalten », con una tabella riportata anche da Lamberti-Bocconi insieme a tutte le altre in un lavoro sui rischi tarati; riferiamo qui la tavola di mortalità nella parte che a noi interessa:

Tavola degli albuminurici (« Dana »)

ETÀ	20 ed oltre	30 ed oltre	40 ed oltre	50 ed oltre	60 ed oltre
Mortalità	110%	135%	180%	235%	275%

Come si rileva con tale metodo l'età viene ad aggravare fortemente il rischio a somiglianza di quanto viene stabilito dalle tabelle americane ed anzi in grado notevolmente maggiore.

* * *

In questa rapida rassegna panoramica sulla possibilità di accettare in assicurazione gli albuminurici abbiamo avuto modo di vedere adottati dagli Enti assicuratori criteri indiscutibilmente molto diversi. Ma, a voler ben considerare essi riflettono semplicemente le convinzioni mediche del paese e dell'epoca in cui sono adottate nei confronti della albuminuria.

La grande diffidenza rispetto a questa tara era grandissima 50 anni fa quando l'albuminuria era di solito riconosciuta a lesione renale conclamata e pochissimo diffuso un regime di vita e di dieta razionale. Purtroppo in quel tempo l'albuminuria era individuata quando già esisteva un notevole grado di insufficienza renale con un corteo sintomatologico bene evidente e naturalmente le statistiche in questi casi non potranno essere che disastrose e giustificavano i pareri contrari da parte dei medici di assicurazione sia tedeschi che francesi.

Ma dopo il terzo Congresso di Bruxelles le voci di revisione si sono fatte più insistenti e si cominciò a discriminare almeno per le albuminurie cicliche e transitorie. Due notevoli progressi per la qualifica del rischio albuminuria sono stati raggiunti nel primo ventennio del secolo e cioè: dalla scuola di Vidal si è messo in rilievo la grande importanza della ricerca azotemica creando la scala di sopravvivenza in rapporto a quest'ultima; dalla scuola tedesca si è accertato che le albuminurie dovute a difficoltà di circolo sono benigne e di prognosi relativamente favorevole.

Questi punti fissi potranno, con le dovute cautele, fare orientare il medico di assicurazione in un argomento così complesso come quello delle albuminurie.

In Italia uno dei saggi più organici per l'inquadramento e l'accettazione delle albuminurie non nefritiche è stato quello eseguito dalla Commissione per lo studio dei Rischi Tarati dell'I.N.A. sulla base della relazione Romanelli nel 1918 che sopra abbiamo ampiamente riassunto. Però, pur rendendo omaggio all'alto valore clinico e scientifico della classificazione proposta che era del resto limitata alle albuminurie non nefritiche, essa non è potuta entrare nella pratica quotidiana della medicina assicurativa in quanto è fondata prevalentemente su dati anamnestici e richiede per le conclusioni diagnostiche del genere un certo periodo di osservazione.

Per ragioni molteplici sono i dati obiettivi che devono essere ricercati per la valutazione di un rischio e perciò tutti gli Enti assicuratori per tare del genere si basano: sull'analisi quantitativa dell'albumina, sulla cilindruria nei vari tipi con cui questa può presentarsi, sul peso specifico delle urine e sulla pressione. Sebbene non si possa dire niente di definitivo circa l'interpretazione di questi segni essi hanno una grande importanza per la prognosi. Ad indicare un rischio contribuirà pure l'età e la pressione; la relazione Winternitz dello scorso anno al Congresso di Londra richiama l'attenzione su questo ultimo dato. Nel giudizio complessivo del rischio si dovrà oggi anche tener conto del fattore endocrino espresso secondo l'odierno indirizzo della scuola del Pende della costituzione considerata non sotto il solo aspetto morfologico ma nei suoi vari profili.

Se le Compagnie americane si arrestano alle prime ricerche con criterio più razionale in quasi tutti i paesi di Europa ed anche in Italia si procede negli albuminurici anche all'esame della ricerca azotemica. Il prelevamento del sangue sebbene richieda un po' di sacrificio da parte dell'assicurando è di tale utilità ai fini prognostici che non sarebbe consigliabile rinunciarvi; con la pressione e con l'albuminuria, l'azotemia completa il tripode sintomatico obiettivo sul quale a lume delle moderne cognizioni mediche, si deve sempre basare il giudizio di ogni albuminurico.

BIBLIOGRAFIA

- CHABANIER e LOBO-ONEL, *Intérêt pratique d'une classification anatomopatologique des néphrites*, Presse Méd., 1935, n. 92.
 FOXVORTY, *Life Insurance Examination*, London, 1925.

- LAMBERTI BOCCONI, *Le organizzazioni in Europa per l'Assic. dei rischi tarati*, L'Assistenza san., 1935, n. 1-2.
- MAC LAREN, *Modern Methods of medical Insurance Examination*, London. 1929.
- MOREAU, *Assurance sur la vie*, Paris, 1890.
- Premier Congrès International des medecins des Comp. d'Assurances*, Bruxelles, 1899.
- Rapports présentés au troisième Congrès International des med. des Comp. d'Assurances*, Paris, 1903.
- Statistical Bulletin (Metropolitan Life Insurances)*, Vol. anni 1920-1936.
- ROMANELLI, *Le albuminurie non nefritiche*, Policlinico Sez. Medica, 1918.
- VICENTINI, *La Commissione per lo studio dei rischi tarati dell'I.N.A.*, Assistenza Sanitaria, n. 6, 1935.
- Sedute del Comitato per lo studio dei Rischi Tarati*, (I.N.A.), 1917, 1918, Verbali inediti presso il Servizio Sanitario dell'I.N.A.
- WINTERNITZ, *La prognosi dell'ipertensione*, pubblicato in « Transactions of the Intern. Congress on Life Ass. Medicine », London, 1835.

Su di un nuovo metodo per la determinazione rapida della glicemia

Dott. MARCELLO BIASIOTTI
Medico della Direzione dell'I. N. A.

Il dosaggio della glicemia presenta il massimo interesse per la Medicina delle Assicurazioni-vita, alla quale fornisce delle indicazioni veramente preziose sia per la diagnosi che per la prognosi del diabete mellito.

La glicemia infatti rappresenta il più prezioso indice dello stato della glicoregolazione, cioè di quel complesso meccanismo neuroendocrino che serve a mantenere entro limiti abbastanza costanti il tasso del glucosio nel sangue. La iperglicemia svelandoci una alterazione del meccanismo glicoregolatore ci permette la diagnosi differenziale tra il diabete mellito e le glicosurie normoglicemiche, caratterizzate appunto dall'assenza di alterazioni a carico del meccanismo glicoregolatore. La prova dell'iperglicemia provocata ci fornisce dati ancor più importanti per la diagnosi e per la prognosi del diabete insulare.

I metodi di dosaggio della glicemia sono oggi molto numerosi ed in genere di una esattezza sufficiente per i bisogni della clinica, ma tutt'altro che semplici e rapidi. Molti dei metodi più comunemente usati sono infatti di tecnica lunga e delicata e presentano inoltre l'inconveniente, tutt'altro che trascurabile nella pratica medica delle assicurazioni-vita, di richiedere parecchi centimetri cubici di sangue e per conseguenza la puntura venosa alla quale non sempre gli assicurandi si assoggettano volentieri. Sono quindi più usati nel campo della Medicina delle Assicurazioni-vita i micrometodi (e fra questi particolarmente il micrometodo di Bang) perchè compensano la loro relativa difficoltà e lunghezza di esecuzione col vantaggio di richiedere solo minime quantità di sangue, prelevabili colla semplice puntura del lobulo dell'orecchio o del polpastrello del dito, fornendo così anche una maggiore possibilità di ripetere il prelevamento quando si voglia ricorrere alla prova dell'iperglicemia provocata. Ma anche i micrometodi attualmente più in uso presentano notevoli difficoltà di tecnica e richiedono un tempo piuttosto lungo.

Ancora non possediamo quindi un metodo di dosaggio della glicemia particolarmente adatto per la medicina delle Assicurazioni-vita, perchè nessuno dei metodi sinora usati presenta tutti i seguenti requisiti che riteniamo necessari per i metodi di analisi da usare in questa particolare branca della medicina e cioè:

1° possedere un alto grado di precisione, e quindi essere esenti da cause di errore e soprattutto capaci di dosare soltanto il glucosio;

2° essere tanto sensibili da richiedere solo piccolissime quantità di sangue e quindi non presentare la necessità della puntura venosa, ed essere facilmente ripetibili in caso di bisogno;

zione al 5 % di pirogallolo in alcool puro (questa soluzione deve essere preparata da almeno 24 ore). Questo matraccio viene tenuto a bagnomaria a 50-60° ed agitato leggermente mentre si aggiunge il sangue in esame. Dopo l'aggiunta del sangue il liquido assume un color rubino ed è limpido, senza traccia di elementi corpuscolari. In questo momento, sempre mantenendo la temperatura di 50-60° ed il movimento di agitazione, si aggiungono molto adagio 80 cmc. di soluzione all'1 % di permanganato di potassio in acqua distillata; dopo qualche agitazione il liquido deve assumere un colore bianco cristallino; allora sempre mantenendo alla temperatura suddetta ed agitando leggermente si titola di nuovo con soluzione di permanganato all'1 % di recente preparazione.

Titolando in bianco la quantità totale del permanganato consumato corrisponderà a 150 cmc. Oltre questo limite si avrà la precipitazione di biossido di manganese color bruno scuro.

Ora titolando in presenza di glucosio, per ogni mezzo milligrammo di glucosio contenuto nel liquido si avrà il consumo di un cmc. di permanganato in più per avere l'inizio della comparsa di biossido di manganese.

Esempio: O glucosio = 150 cmc. di soluzione $KMnO_4$ all'1 % per l'inizio del precipitato ;

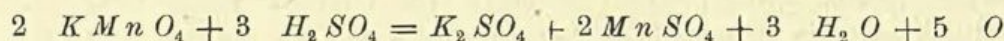
gr. $1/2/_{00}$ di glucosio nel sangue = 151 cmc. di soluzione $KMnO_4$ all'1 % per l'inizio del precipitato ;

gr. $1/_{00}$ di glucosio nel sangue = 152 cmc. di soluzione $KMnO_4$ all'1 % per l'inizio del precipitato ;

gr. $2/_{00}$ di glucosio nel sangue = 153 cmc. di soluzione di $KMnO_4$ all'1 % per l'inizio del precipitato.

Il limite della sensibilità della reazione comincia ad oscillare intorno ad un tasso di glucosio nel sangue del $7/_{00}$.

Il permanganato di potassio è stato scelto dal Lang perchè, essendo una sostanza facilmente riducibile in ambiente acido, gli ossidi derivanti dalla sua scomposizione vengono subito salificati dall'acido solforico secondo la seguente reazione :



L'ossigeno liberatosi per effetto della sopradescritta riduzione del $KMnO_4$ andrebbe ad ossidare contemporaneamente l'acido gallico ed il glucosio; ma queste due sostanze dovrebbero contemporaneamente ridurre l'acido solforico in acido solforoso, con conseguente riduzione dell'acidità dell'ambiente. E poichè il permanganato di potassio ossida in quanto è in ambiente acido questa riduzione dell'acidità dell'ambiente ostacolerà ogni ulteriore processo di ossidazione.

Partendo dal concetto di questa doppia ossidazione-riduzione, tra glucosio-pirogallolo e permanganato da un lato, tra glucosio-pirogallolo ed acido solforico dall'altro, la riduzione finale del permanganato dipenderà dalla presenza di acido solforoso nell'ambiente acido, mentre lo sviluppo di acido solforoso dipenderà direttamente dalle quattro sostanze e cioè: acido solforico, permanganato di potassio, pirogallolo e glucosio; quindi lasciando invariate le prime tre lo sviluppo dell'acido solforoso dipenderà direttamente dalla quantità di glucosio.

Crediamo opportuno riportare anche talune modificazioni di tecnica recentemente suggeriteci dall'autore al quale ci siamo direttamente rivolti per avere alcuni schiarimenti, e che ringraziamo per la sua cortesia. Lang propone di semplificare la tecnica versando direttamente i 5 cmc. di sangue in un matraccio contenente 20 cmc. di acido solforico concentrato e 2 cmc. di soluzione al 5 % di pirogallolo in alcool puro, e ritiene inoltre superfluo l'uso del bagnomaria perchè il calore che si sviluppa in seguito alla mescolanza dei vari reattivi basta a sostituirlo.

Il Lang ritiene che il metodo da lui proposto permetta in pochi minuti una esatta determinazione della glicemia (il limite di errore non superando il ventesimo di milligrammo).

Per questi suoi pregi di grande rapidità ed estrema semplicità di tecnica il metodo di determinazione rapida della glicemia proposto dal Lang ci è sembrato particolarmente degno di considerazione ed abbiamo voluto sperimentarlo, sebbene di recente proposto e non ancora entrato nella pratica clinica.

A tale scopo abbiamo praticato una lunga serie di ricerche di controllo su di un gran numero di campioni di sangue prelevati da soggetti normali e da diabetici. Contemporaneamente al dosaggio della glicemia col metodo di Lang abbiamo eseguito su ciascun campione di sangue un dosaggio col micrometodo di Bang ed un dosaggio col metodo di Myers e Bayley.

Tutte le nostre determinazioni della glicemia col metodo di Lang sono state praticate seguendo esattamente la tecnica sopradescritta ed applicando tutti gli accorgimenti di tecnica consigliati dall'Autore.

I risultati ottenuti dalle mie ricerche sono completamente discordanti da quelli ottenuti dall'Autore, perchè mentre i valori ottenuti col micrometodo di Bang sono sempre stati pressochè identici a quelli ottenuti col metodo di Myers e Bayley, i valori ottenuti col metodo di Lang sono sempre stati così poco attendibili da non poter venire neanche lontanamente paragonati a quelli ottenuti cogli altri metodi di uso corrente.

Tale discordanza di risultati è probabilmente dovuta alle numerose e gravi cause di errore inerenti al metodo di Lang.

In primo luogo questo metodo, essendo essenzialmente basato sulla titolazione col permanganato di potassio, è soggetto alle cause di errore comuni a tutti i metodi basati sulla stessa titolazione; è noto infatti che molte sostanze contenute nel sangue in proporzioni variabili, e non già il solo glucosio, presentano la proprietà riducente sfruttata per la titolazione col permanganato di potassio (basterà menzionare le sostanze organiche).

Altra causa di errore comune a tutti i metodi basati sulla titolazione col permanganato di potassio è costituita dalla necessità di eseguire la titolazione a caldo ed a temperatura costante, perchè bisogna tener presente che differenze anche lievi di temperatura possono dare oscillazioni abbastanza forti nei risultati.

Ma oltre a queste cause di errore comuni a tutti i metodi basati sulla titolazione col permanganato di potassio, il metodo di Lang presenta una sua propria causa di errore inerente ad uno dei reattivi impiegati e cioè alla soluzione alcoolica di pirogallolo. Infatti, con ogni probabilità anche l'alcool verrà ossidato dal permanganato e trasformato in acido acetico, e la quantità di permanganato richiesta per questa ossidazione sarà più o meno considerevole a seconda del grado posseduto dall'alcool, dato che anche l'alcool puro ha una gradazione tutt'altro che stabile.

Volendo quindi conferire al metodo un rigore scientifico sarebbe necessario determinare colla massima esattezza la concentrazione dell'alcool usato per la preparazione della soluzione alcoolica di pirogallolo, perchè l'alcool a seconda della sua maggiore o minore concentrazione richiederà per essere ossidato una maggiore o minore quantità di permanganato, e per ottenere errori considerevoli nei risultati basta una differenza di 1 grado.

E per poter dare un certo valore al metodo di Lang dovremmo anche conoscere colla massima esattezza, per poterne tener conto nel calcolo dei risultati, il contenuto in sostanze proteiche, all'infuori del glucosio, e poichè questo contenuto presenta delle oscillazioni individuali abbastanza spiccate questa determinazione è praticamente impossibile.

Infatti è molto probabile che il permanganato titoli, oltre al pirogallolo ed all'alcool, anche tutte le sostanze organiche contenute nel sangue e non già il solo glucosio.

Anche per quello che riguarda il chimismo della reazione dobbiamo ritenere che essa, verosimilmente, si svolga nel modo seguente:

titolando in bianco il permanganato ossida prima il pirogallolo e l'alcool e poi parte dell'acido solforico, che nel primo tempo della reazione si trova in eccesso (dimostrato dal fatto che il liquido resta limpido); in un secondo tempo invece la ulteriore aggiunta di permanganato finisce col distruggere tutto l'acido solforico residuo e la relativa acidità del-

l'ambiente, e poichè il $KMnO_4$ ossida in quanto è in soluzione acida, venendo a trovarsi ad un certo momento in ambiente neutro od alcalino sarà ostacolato ogni ulteriore processo di ossidazione ed inizierà la precipitazione del biossido di manganese.

Titolando invece dopo l'aggiunta di 5 cmc. di sangue, noi ci troviamo di fronte ad un eccesso di sostanze organiche aggiunto ai reattivi usati per la prova in bianco; quindi in un primo tempo il $KMnO_4$ dovrà ossidare non solo l'alcool ed il pirogallolo, ma anche le sostanze organiche del sangue, compreso il glucosio, ed infine parte dell'acido solforico; in un secondo tempo colla ulteriore aggiunta di $KMnO_4$ verrà distrutto l'acido solforico rimasto in eccesso fino ad ottenere la precipitazione del biossido di manganese: la comparsa di questo precipitato indica infatti che tutto l'acido solforico è stato distrutto.

Riassumendo mentre nella prova in bianco noi titoliamo le 3 sostanze: alcool, pirogallolo ed acido solforico, dopo l'aggiunta dei 5 cmc. di sangue noi titoliamo oltre alle 3 sostanze suddette anche una quantità imprecisabile di sostanze organiche, tra le quali anche il glucosio. È chiaro che in questa seconda prova dovendo il $KMnO_4$ ossidare oltre all'alcool ed il pirogallolo anche le sostanze organiche, una parte di esso verrà assorbita in questa ossidazione anzichè in quella dell'acido solforico che pertanto alla fine del primo tempo rimarrà in maggior quantità che non nella prova in bianco. Quindi in un secondo tempo per ottenere la scomparsa dell'acidità residua e la precipitazione del biossido di manganese dovremo aggiungere una quantità di permanganato che sarà tanto maggiore quanto più acido solforico sarà residuo nel primo tempo della reazione.

In altre parole mentre nella prova in bianco la quantità di $KMnO_4$ impiegata sarà da attribuire unicamente alla tre sostanze: alcool, pirogallolo ed acido solforico, nella prova col sangue si impiegherà una maggior quantità di $KMnO_4$ e la differenza in più sarà da attribuire alle sostanze organiche, compreso il glucosio del sangue in esame; ma non è assolutamente possibile stabilire quale parte di questa differenza in più debba venire attribuita esclusivamente al glucosio, e d'altra parte non è possibile attribuire al solo glucosio tutta la differenza trascurando tutte le altre sostanze organiche del sangue.

Crediamo di dover fare ancora un altro appunto al metodo: poichè 1 cmc. in più od in meno di $KMnO_4$ impiegato corrisponde ad 1 grammo per mille di glucosio, è evidente che per evitare errori grossolani, tutto il $KMnO_4$ (e cioè ben 150 cmc.) dovrebbe venire aggiunto con una microburetta di precisione; in tal caso la determinazione sarebbe tutt'altro che rapida. Se a tutti gli inconvenienti sopraccennati aggiungiamo quello di richiedere al pari di altri metodi egualmente semplici ed infinitamente più sicuri, ben 5 cmc. di sangue, ed ancora le estreme difficoltà che si incontrano nello stabilire con esattezza il momento nel quale ha inizio la precipitazione del biossido di manganese, ecc. dobbiamo venire alla conclusione che il metodo di Lang non fornisce risultati attendibili e non presenta alcuno dei requisiti (semplicità, rapidità ed esattezza) necessari ai metodi di esame per esser introdotti nella pratica corrente ed in medicina della assicurazione-vita.

BIBLIOGRAFIA

- BIASIOTTI M., *Assistenza Sanitaria*, 1935, n. 3.
 ID., *id.*, 1936, n. 4.
 LANG S., *Minerva Medica*, 1935, n. 8.
 ID., *id.*, 1936, n. 22.

*Medicina legale delle Assicurazioni vita***L'esame dei sinistri di morte di breve antidurata nell'assicurazione vita**

Dott. MARIO COSTABILE BARNABEI

Medico principale dell' I.N.A.

Prima di iniziare la trattazione di queste brevi note di indole medico-legale, che dovrebbero servire di guida schematica nell'esame di sinistri di morte, ritengo opportuno illustrare e chiarire lo spirito che anima un Ente assicuratore nel predisporre le indagini sui sinistri di breve antidurata.

Il contratto di assicurazione vita risponde nella massima parte dei casi a particolari esigenze personali e familiari degli assicurandi e l'individuo che stipula una polizza persegue il fine umano di provvedere per se stesso e per i suoi a una relativa tranquillità finanziaria avvenire.

L'Ente assicuratore da parte sua richiede, per far fronte agli impegni che va ad assumere con le polizze vita, che l'individuo risponda in maniera chiara e precisa a tutti i questionari che gli vengono sottoposti al momento dell'ingresso in assicurazione e che corrisponda con puntualità le rate di premio. Per illustrare maggiormente l'argomento che ho iniziato a trattare è bene soffermarsi alquanto sul primo punto riflettente le dichiarazioni che vengono rese dall'assicurando.

Il contratto di assicurazione è basato, per legge e per prassi universale, sul presupposto della reciproca buona fede. Tutti gli assicurati debbono sentire e comprendere nella sua vera ed intima essenza questo principio che è la base fondamentale e la salvaguardia di tutto l'edificio assicurativo. L'assicurato si deve considerare come facente parte di una grande famiglia, i componenti della quale si danno vicendevole aiuto nel momento in cui l'avversa fortuna si abbatte sinistramente ora sull'uno ed ora sull'altro.

L'Ente assicuratore sulla base delle dichiarazioni dell'assicurando prende in esame la proposta e poichè deve ritenere che i ragguagli da questi forniti rispondano a verità emette il contratto basando il suo consenso sul presupposto della reciproca buona fede.

In tal maniera e con queste basi si inizia il contratto di assicurazione sulla vita umana.

Quali sono le dichiarazioni che deve fare l'assicurando per rendere valido nei confronti della legge civile e morale il contratto assicurativo?

Le dichiarazioni che deve rendere la persona che vuol stipulare una polizza vita consistono in massima parte nel fornire ragguagli anamnestici famigliari e personali remoti e prossimi. Dette notizie vengono riportate e sulla proposta e più specialmente sul modulo che serve per la visita medica. L'assicurato deve rispondere con tutta sincerità alle domande in esso contenute e riflettenti, come già ho accennato, eventuali malattie pregresse, famigliari o personali, ricoveri ospitalieri, operazioni chirurgiche, medici consultati, esami speciali clinici praticati, servizio militare prestato ed eventuale riforma, precedenti assicurativi, il suo stato presente di salute ecc. In calce a queste risposte l'assicurando sottoscrive una apposita dichiarazione con la quale tra l'altro viene a riconoscere **che tutto quello che è stato da lui dichiarato risponde a verità e che deve servire quale elemento basilare di giudizio all'Ente assicuratore per l'emissione del contratto.** E' sulla scorta di questa dichiarazione riportata sul modulo di visita medica e sul complesso del risultato dell'esame al quale il fiduciario ha sottoposto l'assicurando che il contratto viene emesso alle condizioni richieste dallo stesso assicurando.

Subito dopo l'emissione della polizza segue il perfezionamento del contratto che consiste nel versamento della prima rata di premio da parte dell'assicurando il quale deve anche dichiarare nel simple di polizza di trovarsi in buona salute. In tal maniera ha inizio una polizza di assicurazione vita la quale si svolge in gran numero di casi fino alla scadenza stabilita nel contratto.

Per molte Polizze il capitale viene corrisposto all'assicurato stesso e l'atto di previdenza si è trasformato in una operazione di risparmio. Se durante lo svolgimento naturale del contratto dovesse invece avvenire il decesso dell'assicurato il capitale stabilito sarà invece corrisposto ai beneficiari secondo le designazioni stabilite dall'assicurato stesso o al momento della sottoscrizione della proposta o con variazione di beneficio apportate durante lo svolgimento del contratto stesso. Gli eredi per poter riscuotere allora il suddetto capitale debbono produrre i documenti di rito: originale di polizza, testamento o documento equipollente, atto

di nascita e di morte, relazione medica di malattia ecc., dai quali risulti il loro diritto ad entrare in possesso della somma assicurata.

L'Ente appena ricevuta tutta la documentazione necessaria procede subito ad un completo esame del sinistro per poterlo ammettere a liquidazione, la quale di solito avviene nella massima parte dei casi in pochi giorni.

Peraltro si riscontra qualche volta che il decesso sia avvenuto a breve distanza di tempo dalla stipulazione del contratto per malattie che sogliono avere per lo più un decorso ad andamento cronico (t. b. c. polmonare, nefrite cronica, arteriosclerosi, cardiopatia, diabete ecc.) ed il cui inizio si deve riportare, talora per dichiarazione dello stesso medico curante, ad epoca anteriore alla sottoscrizione della proposta assicurativa.

Si comprende allora come un Ente di assicurazione per la sua particolare figura e per gli scopi sociali che persegue debba salvaguardare in ogni momento ed in qualsiasi circostanza gli interessi di tutti quelli che a lui affidano i propri risparmi. E per non venir meno alla fiducia in lui riposta l'Ente deve porre la massima attenzione affinché non avvengano evasioni in materia più o meno subdola dei capitali che in definitiva sono costituiti da quegli apporti finanziari che discendono da ciascun componente la grande famiglia assicurativa.

Come possono avvenire queste frodi e quali mezzi sono a disposizione di un Ente per impedire tale deprecata evenienza?

Questi particolari esodi finanziari, fortunatamente rari possono avverarsi soprattutto per pagamenti di capitali relativi a sinistri di brevissima antidurata e nei quali, torno a ripeterlo, la malattia che produsse il decesso dell'assicurato, risaliva ad epoca anteriore alla stipulazione del contratto e che al momento dell'ingresso in assicurazione non fu denunziata nel questionario anamnestico. L'Ente assicuratore per salvaguardare gl'interessi della massa dei suoi associati si trova costretto in questi casi dubbi ad ordinare delle indagini le quali hanno precipuo scopo di accertare la verità dei fatti in merito ai precedenti sanitari degli assicurati ed in base ai risultati ottenuti da tali accertamenti di indole medica decidere se vi è stato un tentativo di frode che anche per ragioni morali è doveroso reprimere.

Non si creda peraltro che le contestazioni vengono fatte frequentemente. Da una ricerca statistica di tutti i sinistri esaminati nel quinquennio 1927-1931 nell'I.N.A. è risultato che la percentuale dei sinistri contestati fu appena del 0,86%. Su un totale di 16.444 polizze sinistrate regolarmente e pacificamente ve ne furono appena 141 contestate riflettenti 100 assicurati, come fu riferito al 2° Congresso di Scienze delle Assicurazioni tenutosi in Trieste nel novembre 1932, (relazioni Prof. Romanelli-Dr. Marsella).

Questi accertamenti debbono acclarare le effettive condizioni di salute dell'assicurato all'ingresso e di conseguenza controllare tutto quello che era stato da lui dichiarato al momento della visita medica e che era servito di base all'Ente assicuratore per l'emissione del contratto. Gli accertamenti stessi vengono eseguiti nella massima parte dei casi dai medici della Direzione Generale.

Il medico di Direzione incomincia con l'esaminare tutto il passato dell'individuo risultante dal certificato *post-mortem*, dal testamento, dal modulo di visita medica per l'ingresso, dalla proposta e dal rapporto confidenziale dell'Agente Generale.

Egli deve esaminare in special modo questi documenti ed il suo compito si può in tal caso paragonare a quello dell'anatomopatologo il quale vuole ricostruire tutto il quadro di una affezione morbosa fondando la sua ricerca sugli elementi che a lui possono risultare. Dall'accurato esame dei documenti medici, amministrativi e legali deve scaturire quella traccia che è sommanente necessaria ed indispensabile per poter riuscire nell'espletamento del delicato incarico affidatogli.

Non è facile poter inquadrare entro limiti esatti e precisi tale compito, e non si possono emettere delle norme che dovrebbero presiedere al cronologico svolgimento di queste particolari mansioni. Il modo di agire e di comportarsi varia di volta in volta ed a seconda delle diverse circostanze che emergono in sede di indagine è necessario uniformare la propria attività adattandola a tutto quello che può forse riuscire utile allo scopo che ci si è prefisso e che si vuol raggiungere nell'esclusivo interesse della ricerca della verità per un alto interesse di giustizia sociale.

Per poter riuscire però a condurre in maniera rapida ed esauriente un'indagine medica su di un sinistro di brevissima antidurata è anzitutto indispensabile prendere come si è detto, esatta, piena e completa conoscenza della pratica inerente al sinistro stesso e cioè di tutti i documenti in essa contenuti. Solo dopo aver eseguito questo diligente ed accurato esame ed essere in tal maniera venuto in possesso di ogni minimo particolare emergente dai vari documenti, si può dare inizio ai rilievi medici che si andranno a compiere per lo più nella località dove avvenne il decesso dell'assicurato e dove questi ebbe a trascorrere la maggior parte della sua giornata terrena.

Quali sono i documenti che debbono essere esaminati con tutta scrupolosità ed esattezza?

Anzitutto quelli che sono serviti di base per l'accettazione del rischio e per la conseguente emissione del contratto. Primo tra questi è il modulo di visita medica. Su detto documento è facile il poter ricavare degli elementi e notizie che in prosieguo di tempo potranno essere molto utili e cioè: la professione denunciata dall'assicurato, lo stato civile, le eventuali malattie sofferte prima dell'ingresso in assicurazione con conseguenti cure eseguite, con ricoveri in ospedali, in cliniche ecc. ed in ultimo il servizio militare. Alcune di queste notizie è necessario però controllarle con quelle fornite dall'assicurato stesso in proposta.

Infatti qualche volta ci viene fatto di osservare una sostanziale discordanza nella professione denunciata sia nella proposta e certificato medico che sul modulo di dichiarazione di decesso. L'elemento relativo alla professione è molto importante e deve essere messo bene in evidenza durante l'espletamento della indagine perchè questo fatto può spiegare se l'entità del capitale pattuito in polizza è proporzionato o meno alla potenzialità economica dell'assicurato. Una certa guida su questo particolare lato finanziario si può anche avere dalle notizie che si ricavano da un altro documento che viene compilato dal lato informativo dall'Agente Generale. Da questo modulo infatti qualche volta sono emerse delle notizie che sommate a quelle risultanti dagli altri documenti hanno permesso indirizzare il sopralluogo medico sulla giusta traccia.

Ricordo a tal proposito il caso di un assicurato il quale stipulò un contratto per un ragguardevole capitale rispondendo in proposta alla domanda relativa alla professione di essere possidente. Dall'indagine eseguita dopo la di lui morte risultò invece che la malattia per la quale avvenne il decesso (carcinoma gastrico) si era iniziata molto tempo prima della stipulazione del contratto e che era stato costretto a farsi ricoverare in Ospedale per essere sottoposto ad intervento chirurgico. Le spese inerenti alla degenza e cure ospitaliere non furono potute sostenere dall'assicurato perchè questi non era fornito di mezzi di sorta ed esercitava saltuariamente il mestiere di bracciante con modestissime retribuzioni giornaliere. La rata del premio assicurativo del tutto sproporzionata alle sue effettive condizioni finanziarie veniva corrisposta da un parente il quale era stato indicato in polizza quale beneficiario del capitale assicurato.

Un altro documento di somma importanza e che deve essere esaminato con la più grande attenzione è il simple di polizza. Per simple si deve intendere la copia perfetta dell'originale di polizza. Al momento del perfezionamento del contratto l'assicurato riceve dall'Agente Generale o da chi per lui l'originale della polizza mentre il simple firmato dall'assicurato stesso è ritirato dall'Agente unitamente alla prima rata di premio. In un secondo tempo questo documento viene trasmesso alla Direzione Generale dove è custodito in un apposito fascicolo insieme agli altri documenti che sono serviti di base per l'accettazione del rischio e consecutiva emissione della polizza.

Nella quarta facciata del simple si legge tra l'altro la seguente dichiarazione: « Confermo le dichiarazioni circa il mio stato di salute, da me rese nella proposta ed al medico fiduciario e dichiaro che da quell'epoca ad oggi le mie condizioni di salute sono rimaste immutate. Riconosco che il consenso dell'Istituto al contratto è basato anche sulla veridicità della presente dichiarazione ».

Questa dichiarazione viene datata e firmata dall'assicurando al momento del perfezionamento del contratto. La circostanza riflettente questo particolare momento della vita di una polizza di assicurazione è del più grande interesse perchè sta a dimostrare l'epoca precisa ed esatta nella quale ha avuto effettivo inizio il contratto assicurativo.

Nei contratti a decorso regolare e nei quali non sorge contestazione alcuna sulla causa di morte questo elemento relativo alla data del perfezionamento non viene neanche preso in considerazione. Assume invece, come si è detto, la massima importanza solo nei casi nei quali si ritiene indispensabile mettere in evidenza l'effettivo momento nel quale si è iniziata l'affezione morbosa che condusse a morte l'assicurato. Si può dare l'evenienza che questi al momento della visita medica per l'ingresso in assicurazione godesse ottimo stato di salute e nulla di anormale il fiduciario ebbe quindi a riscontrare nei vari suoi organi o sistemi tanto che il rischio fu giudicato normale. Durante il periodo intercorrente tra detta visita ed il perfezionamento potrebbe essersi invece iniziato un processo morboso qualsiasi che costrinse l'assicurato a ricorrere al consiglio del suo medico curante.

E' preciso obbligo dell'assicurando far presenti tutte le circostanze relative al suo stato fisico in modo che l'Istituto assicuratore possa essere messo in grado di nuovamente giudicare sull'opportunità o meno di accettare o rinviare ad altra epoca l'accettazione del rischio.

Altre volte invece può avvenire che il perfezionamento venga eseguito dopo qualche tempo dall'emissione del contratto: è necessario allora che l'assicurando firmi una dichiarazione molto più estesa e completa di buono stato di salute oltre quella riportata sul simple. Quindi è bene che sia tenuto presente anche questo altro documento quando esso esista e nei casi nei quali sorga il dubbio circa l'effettivo periodo di inizio dell'ultima malattia dell'assicurato.

A tal proposito potrei riferire su molteplici casi occorsimi nell'eseguire indagini su sinistri di breve antidurata e nei quali l'effettivo inizio dell'affezione morbosa si era avuto nell'intervallo intercorrente tra l'epoca della visita medica eseguita dal fiduciario ed il giorno del perfezionamento del contratto. Rammento un caso nel quale il perfezionamento della polizza avvenne con sottoscrizione da parte dell'assicurato della dichiarazione di buono stato di salute mentre era ricoverato in un sanatorio dell'Alta Valtellina. Quindi, reputo opportuno e necessario richiamare ancora una volta l'attenzione su questi particolari riflettenti il perfezionamento di una polizza perchè è facile il comprendere la grande importanza che vengono ad assumere i diversi momenti cronologici di un contratto di assicurazione.

Altro elemento da tener in giusta evidenza è quello riflettente il medico di famiglia ed il medico curante. A tal riguardo si deve sempre osservare se il nominativo del medico curante estensore del certificato post-mortem corrisponda nelle generalità a quello denunciato dall'assicurato stesso all'ingresso. Avviene normalmente che i due nomi corrispondono l'uno all'altro, ma se ricorre invece il caso opposto si deve allora in sede di indagine interrogare il sanitario indicato sui moduli medici all'ingresso per avere da questi notizie riflettenti lo stato di salute dell'assicurato prima della stipulazione del contratto.

A proposito del modulo post-mortem è bene tenere presente tutte le svariate domande in esso contenute. Ad una prima osservazione sembra che non debba esistere alcun legame tra l'una e l'altra: invece esse seguono un filo logico e se il compilatore di detto modulo vuol esimersi col rispondere evasivamente ad una sola di tali domande è costretto, per essere coerente a se stesso, mantenere la linea di condotta tracciata, rispondendo nella medesima maniera a parecchie altre domande contenute nel questionario in parola. Torno a ripetere che fortunatamente molto di rado cadono sotto la nostra osservazione moduli compilati in tale guisa: ma in quelle rare volte nelle quali si ha il sospetto che ricorra questa evenienza, è necessario, quando si conferisce con il compilatore di detto modulo condurre il colloquio in modo tale da indurlo ad esporci molto dettagliatamente tutto il decorso dell'ultima malattia che condusse a morte l'assicurato stesso. Questa esposizione può, a prima vista, sembrare superflua, eppure quante preziose notizie e particolari molto importanti sono così emersi!

La persona che riferisce spesso si lascia andare nel ricordo di tutto il decorso del male, specialmente se l'affezione morbosa richiese da parte sua molte cure ed assistenza!

In riferimento sempre alla causa di morte reputo opportuno far presente che è bene, nei casi in cui è nato il sospetto che la vera malattia che produsse il decesso dell'assicurato sia differente da quella denunciata nel certificato post-mortem, estendere le ricerche presso l'Ufficio anagrafico del Municipio della località dove è venuta a morte la persona assicurata.

La massima parte delle volte si riscontra che la causa terminale è dichiarata con la medesima dizione sia per l'Istituto che per il Municipio. Altre volte invece, rarissime per fortuna, si nota una sostanziale differenza in detta denuncia e questo avviene specialmente quando l'individuo è venuto a morire per una malattia a lento decorso e che nella antiquata mentalità di alcuni può rappresentare per i superstiti un marchio ed una minorazione sociale. In questo caso è necessario avere possibilmente copia del cartellino anagrafico e sulla scorta di questo indurre in secondo tempo il sanitario compilatore del modulo di morte a dichiarare con esattezza l'effettivo stato dei fatti riguardanti le condizioni patologiche del defunto. Torno a ripetere ancora una volta che tutto questo avviene rarissimamente, ma è bene tenere presente anche tale evenienza perchè ricordo che qualche volta mi è avvenuto, nell'eseguire delle indagini, di dover purtroppo constatare questa disparità di diagnosi.

Un elemento che può coadiuvarci con molta efficacia nell'espletamento dell'incarico affidatoci è l'opportuno uso che si può fare della formula del proscioglimento dal segreto legale e professionale sottoscritta dall'assicurato al momento in cui si sottoponeva alla visita medica per l'ingresso.

Detta formula è così concepita:

« Proscioglio dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono avermi curato e visitato e le altre persone alle quali l'Istituto credesse rivolgersi in ogni tempo per informazioni ».

Questa formula saputa adoperare a tempo opportuno ci può esser veramente di grande aiuto e può farci riuscire là dove si riteneva impossibile il riportare un successo!

Normalmente quando si chiede a qualche sanitario notizie e ragguagli su eventuali stati morbosi di un loro cliente per lo più si nota una riluttanza molto spiccata e manifesta a volerci fornire tali particolari. E questo si deve ricercare nel fatto che il medico si considera depositario di avvenimenti, situazioni e circostanze tali che possono rivestire qualche volta un carattere di particolare gravità e delle quali egli si ritiene vigile custode con il non farle presenti ad alcuno per nessun motivo.

Eppure quando il sanitario viene edotto che lo stesso individuo che egli ha avuto in cura e del quale conosceva ogni minimo particolare sul di lui stato fisico sottoscrisse a suo tempo sul modulo medico la su riportata dichiarazione di proscioglimento dal segreto professionale, con tutta facilità si decide a portare a nostra conoscenza quelle notizie che possono esserci di grande utilità per lo svolgimento dell'indagine che si va espletando.

Nelle dichiarazioni scritte che rilasciano i medici curanti è bene che venga sempre fatto riferimento alla formula del proscioglimento del segreto professionale e legale. In tal maniera mentre si viene a dare un maggior risalto alla dichiarazione medica stessa specie nell'eventuale caso di insorgenza di contestazione in sede legale del pagamento del sinistro, si offre ai sanitari il mezzo di poter sostenere dinanzi ai beneficiari il loro operato, basato unicamente sul proscioglimento accordato loro a suo tempo dall'assicurato stesso con la sottoscrizione della nota formula.

Un altro elemento che deve essere vagliato al momento della raccolta degli estremi che ci potranno coadiuvare ed essere necessari all'espletamento della indagine è quello riguardante la forma assicurativa prescelta dall'assicurato. Vi sono dei casi nei quali non si può fare alcuna osservazione su detta tariffa perchè essa è in **perfetta corrispondenza** con l'età dell'individuo e con il capitale da questi assicurato. **Altre volte invece il particolare della tariffa, unito a tutti quegli altri elementi già accennati e che vanno man mano emergendo dallo studio preliminare della pratica di sinistro può assumere invece la sua importanza ed orientare il nostro lavoro sulla giusta via.** In questi speciali casi si deve dunque osservare se la forma prescelta si attagli in pieno alla figura dell'assicurato. E facile è la spiegazione di questa frase, quando si prenda, ad esempio, in considerazione tra le altre, la tariffa 16. Questa speciale forma assicurativa essendo molto rischiosa per l'Istituto, richiede un premio proporzionalmente superiore alla classica tariffa 3 (Mista). Tale disparità di premio è originato dal fatto che la 16 comporta, in caso di premorienza, la corresponsione di una rendita pari ad un decimo del capitale assicurato per tutta la rimanenza del contratto, fermo restando l'obbligo per l'Istituto del pagamento del capitale alla scadenza pattuita in polizza. Orbene su di un sinistro di breve antidurata in tariffa 16 si deve subito osservare l'entità del capitale, la professione denunciata all'ingresso e dichiarata successivamente sul modulo di morte e la causa di decesso. Se questo è avvenuto per un fatto acuto la liquidazione del sinistro avviene entro pochissimi giorni, ma se dovessero sorgere dubbi sull'effettiva durata della malattia che produsse la morte dell'assicurato e se la professione dichiarata in proposta è del tutto differente da quella denunciata alla morte e tale da far supporre logicamente che non potesse fornire all'assicurando un margine finanziario così cospicuo da coprire il premio di assicurazione è necessario, prima di procedere alla liquidazione, accertare se queste supposizioni corrispondano o meno a verità.

Un ultimo documento che si deve prendere in considerazione è il testamento redatto dal defunto assicurato e che viene rimesso dai beneficiari per l'esame amministrativo. Nei sinistri dove gli elementi che risultano sono del tutto favorevoli alla liquidazione del capitale contrattuale la lettura del testamento si può anche omettere, tanto più che questo documento riveste carattere essenzialmente legale. Ma nei casi dubbi, oppure dove si ritiene necessario eseguire degli accertamenti è sempre bene prendere visione di detto documento. Nella massima parte delle volte nulla si riscontra che possa fornirci un qualsiasi indizio, qualche volta invece avviene che vi si rilevano accenni molto chiari e manifesti a progressi stati morbosi, oppure vi sono riportati i nominativi di sanitari che non figurano nè in proposta, nè sul certificato medico, nè sul modulo di morte ed ai quali gli eredi debbono corrispondere degli onorari per prestazioni fatte al defunto assicurato. Ricordo a questo proposito la frase che si ebbe occasione di leggere parecchi anni or sono su di un testamento e che rese necessaria una indagine per l'espletamento della quale si era rimasti molto dubbiosi dato che la denuncia di morte fatta sull'apposito modulo non lasciava sorgere dei sospetti sulla vera natura della malattia. La frase era la seguente: « Ringrazio mia moglie per l'assistenza praticatami durante la mia infermità lunga, schifosa, terribile ». Dall'espletamento dell'indagine si venne a sapere che l'assicurato prima di stipulare il contratto era stato ricoverato in sanatorio perchè affetto da tbc polmonare. Dimesso, tornò alla sua dimora abituale dove fu curato dal medico che ebbe a redigere in secondo tempo il certificato di morte per l'Istituto e dove in effetti la di lui moglie si prodigò in un'assistenza piena di abnegazione e sacrificio. La causa di morte riportata su detto modulo era influenza-bronchite cronica. Nessun accenno alla degenza sanatoriale ed alle cure praticate.

Credo che sarebbe ora opportuno porre termine a questa illustrazione e chiarificazione di elementi che dovrebbero servire di guida e di base nelle indagini medico-legali su sinistri di breve antidurata. E' stato mio intendimento non voler riportare esempi esplicativi per ciascun punto che ho illustrato perchè reputo che gli elementi medico-legali coadiuvantici nell'espletamento delle indagini su sinistri non debbano essere basati su esempi o formule statiche ma debbono bensì detti elementi venire adoperati con spirito dinamico ed adattantesi ad ogni tempo e circostanza con la ferma volontà di riuscire a superare tutte le difficoltà che si presentano sempre nuove e nelle forme più disparate ed impensate ogni qualvolta che ci accingiamo ad espletare il nostro incarico nell'esclusivo e supremo fine della ricerca della verità.

Indagini di statistica medica

Distribuzione nei vari mesi dell'anno delle cause di morte degli assicurati dell'I.N.A. verificatesi nel triennio 1932-34

CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELLE METEOROPATIE

Dott. STEFANO GALLORO

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

Nell'indagine etiologica delle varie forme morbose i coefficienti meteorologici sono stati oggetto di oculato studio, specie in questi ultimi anni, sia in Italia che all'estero.

Che i fattori meteorologici in genere si ripercuotono sull'organismo umano creandovi spesso dei mali o facilitandone l'insorgenza assieme con cause di altra natura è nozione ormai antica ed a tutti assai nota.

Senza voler qui annoverare le numerosissime ricerche fatte al riguardo, ricorderemo soltanto che questo argomento è stato trattato in seguito su base statistica e con opportuni controlli analitici.

In Germania, tra gli altri, il Frankenhauser già nel 1910 aveva descritto col nome di ciclonosi una vera sindrome con cefalea, agitazioni, turbe intestinali a tipo catarrale, dolori reumatici, artritici ecc., legata a perturbazioni atmosferiche.

L'americano Mitchell parla delle così dette onde di dolore delle vecchie ferite in determinate epoche, mentre Compton richiama l'attenzione sulla influenza dell'umidità nello sviluppo della meningite cerebro-spinale ed Hann e Farkas sulla importanza delle depressioni barometriche.

Da noi Campani fin dal 1911 incominciò a trattare sistematicamente le eventuali influenze delle varie cause atmosferiche in rapporto all'inizio ed all'andamento di certe malattie, lavoro condotto a termine nel 1914 e pubblicato dopo attento esame di controllo nel 1919 nella *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*.

Lo stesso autore in un recente lavoro apparso nell'aprile del corrente anno, nell'esaminare dettagliatamente le varie influenze meteorologiche, dopo una minuziosa esposizione delle sue osservazioni, conclude che le condizioni migliori per la salute sono da considerarsi quegli stati in cui si trovano combinati una scarsa umidità, serenità pura dell'aria, il vento di nord con forte differenza tra temperatura al sole e quella all'ombra; mentre le condizioni opposte sono causa di morbosità più alta. Il Campani asserisce che in modo particolare il vento di sud-est, specie se accompagnato da bassa pressione, è da ritenersi assai dannoso.

L'autore conclude infine che in linea generale si possono distinguere tre gruppi di malattie: un gruppo a tipo prevalentemente invernale, uno a tipo primaverile ed un terzo a tipo estivo.

I fattori meteorologici, a dire dell'autore, sono tutt'altro che elementi trascurabili nella genesi della morbilità generale ed in linea di massima pare che le malattie acute sono più rare nei periodi di bel tempo che in quelli piovosi, specie durante la stagione invernale. Il freddo, specialmente quando è associato a notevole umidità, favorisce le malattie dell'apparato respiratorio, mentre il caldo favorisce sensibilmente quelle dell'apparato digerente.

Cecconi fa osservare come il freddo e l'umidità abbiano una certa influenza sulle manifestazioni della gotta e particolarmente sull'insorgenza degli accessi. Il fatto che questi si verificano di solito in autunno ed in primavera deve rapportarsi verosimilmente a fattori climatici, come del pari influenze climatiche spiegano la distribuzione geografica della malattia,

indubbiamente più frequente nei paesi freddi, massima se si tratta di freddo umido, come è il caso dell'Olanda, dell'Inghilterra e delle città portuali tedesche, che in quelli a temperatura mite o calda del Mediterraneo.

Il Ceconi però ammonisce che a tale distribuzione contribuiscono anche le abitudini della popolazione nei riguardi dell'alimentazione carnea e dell'uso degli alcoolici.

Da varie osservazioni eseguite è risultato pure che l'abbassamento della pressione atmosferica spesso coincide con un'alta percentuale di morbosità. Mendini riferisce che nei repentini cambiamenti di pressione barica egli ha potuto notare discreta comparsa di attacchi uremici, Tamburrini sensibile aumento di accessi epilettici ed Andreoli ed Ilvento, da noi, ed il Faury all'estero, insorgenza di emottisi in soggetti già predisposti.

La variabilità dell'ambiente esterno, secondo le diverse stagioni, influenzando in modo non trascurabile il sistema nervoso vegetativo, specie nei soggetti con disquilibrio endocrino, hanno una notevole importanza sul determinismo degli accessi epilettici.

Gli epilettici, come osserva giustamente il Pende, sono infatti degli individui estremamente meteorolabili.

Da rilievi statistici riportati da numerosi ricercatori si desume che gli accessi di epilessia si verificano a preferenza nei mesi invernali.

Tra gli autori italiani che si sono occupati di meteorobiologia vanno ricordati: Lombroso, Tamburrini, Ceresole e Padre P. Paoloni.

Una prima relazione sulle meteoropatie si deve al prof. M. Ascoli nel 1924.

Lo stesso argomento è stato ampiamente trattato nel 1934 presso il XL Congresso della Società Italiana di Medicina Interna dal prof. Pende e dal suo allievo prof. Bufano.

Dopo un minuzioso esame dei vari fattori meteorologici, circa il meccanismo patogenetico delle varie sindromi cliniche, il Pende fa osservare che solo certe individualità umane particolarmente predisposte da uno stato costituzionale di squilibrio neuroendocrino ed umorale soffrono le variazioni del tempo, presentano una disadattabilità degli apparati regolatori verso le brusche mutazioni del complesso dei fattori statici e dinamici atmosferici e delle varie forme di radiazioni che dal sole giungono agli esseri umani.

Il Pende infine conclude che le costituzioni umane meteoroesesiche sono soprattutto quelle in cui esiste uno squilibrio neurovegetativo con preponderanza dell'eccitabilità parasimpatica e con una ipotonia del simpatico.

L'autore ammonisce però che non tutte le variazioni atmosferiche eccitano il parasimpatico e che vi sono probabilmente anche delle sindromi meteoropatiche simpaticotoniche.

Per portare un contributo allo studio, che ritengo di somma importanza, circa le influenze meteorologiche sull'uomo, mi sono limitato per ora a ricercare la distribuzione delle cause di morte degli assicurati dell'I.N.A. a seconda del mese in cui dette morti si sono verificate.

Ho per tanto esaminato i sinistri del triennio 1932-1933-1934 comprendenti un totale di 4708 casi: 1620 nell'anno 1932, 1587 nel 1933 e 1501 nel 1934.

Nella tabella n. 1 sono riportate le cifre assolute e quelle proporzionali a 100 morti per qualsiasi causa nello stesso mese; nella tabella n. 2 le cifre assolute e quelle proporzionali a 100 morti per lo stesso gruppo di cause nei diversi mesi e riferentisi sempre al triennio 1932-1933-1934.

Dall'esame della prima tabella si rileva che il massimo di mortalità nel triennio si ha per malattie dell'apparato circolatorio (13,67%), segue quindi la mortalità per malattie dell'apparato respiratorio (11,85%), quella per tumori (11,09%), per malattie dell'apparato digerente (10,56%), per malattie infettive e parassitarie (9,69%), per apoplezia, trombosi ed embolia cerebrale (8,67%), per ogni forma di tubercolosi (8,11%), per affezioni dell'apparato genito-urinario (5,86%), per cause violente e accidentali (5,40%), per suicidio (3,80%), ed infine per malattie del sistema nervoso (2,89%).

Le altre cause di morte (8,41%) comprendono: la paralisi cardiaca, il diabete, le altre malattie del ricambio, i processi suppurativi, le affezioni degli organi ematopoietici, le malattie reumatiche e quelle delle ghiandole endocrine.

Cifre assolute e proporzionali a 100 morti per qualsiasi causa nello stesso mese. Anni 1932, 1933, 1934. TABELLA I

CAUSA DI MORTE	Gennaio		Febbraio		Marzo		Aprile		Maggio		Giugno		Luglio		Agosto		Settembre		Ottobre		Novembre		Dicembre		TOTALE	
	assolute	%	assolute	%	assolute	%	assolute	%	assolute	%	assolute	%	assolute	%	assolute	%	assolute	%	assolute	%	assolute	%	assolute	%	assolute	%
1) Ogni forma di t. b. c.	39	8.46	29	6.82	36	8.07	36	9.18	25	6.76	34	9.66	29	8.31	26	6.68	33	8.99	36	9.86	33	8.42	26	6.50	382	8.11
2) Altre malattie infett. e parass.	27	5.86	52	12.24	76	17.04	38	9.69	44	11.89	34	9.66	26	7.45	34	8.74	31	8.45	28	7.67	42	10.71	24	6	456	9.69
3) Tumori	48	10.41	39	9.18	45	10.09	42	10.71	42	11.35	39	11.08	56	16.05	47	12.08	44	11.99	38	10.41	41	10.46	41	10.25	522	11.09
4) Apoplessia - trombosi - embolia	37	8.03	41	9.65	37	8.30	36	9.18	22	5.95	39	11.08	21	6.02	37	9.51	27	7.36	36	9.86	37	9.44	38	9.50	408	8.67
5) Malattie sistema nervoso	12	2.60	17	4	15	3.36	9	2.30	10	2.70	12	3.41	14	4.01	14	3.60	8	2.18	9	2.47	9	2.30	7	1.75	136	2.89
6) » apparato circolatorio	73	15.84	59	13.88	57	12.78	52	13.27	44	11.89	43	12.22	44	12.61	49	12.60	53	14.44	52	14.26	57	14.54	61	15.25	644	13.67
7) » » respiratorio	85	18.44	64	15.06	62	13.90	44	11.22	37	10	34	9.66	23	6.59	21	5.40	34	9.26	35	9.59	46	11.73	73	18.25	558	11.85
8) » » digerente	36	7.81	36	8.47	39	8.74	34	8.67	46	12.43	38	9.37	50	14.33	51	13.11	47	12.81	39	10.68	44	11.22	42	10.50	497	10.56
9) » » genito-urinarie	22	4.77	27	6.35	17	3.82	26	6.63	25	6.76	20	5.68	18	5.16	28	7.20	17	4.63	31	8.49	21	5.36	24	6	276	5.86
10) Suicidi	25	5.42	13	3.06	11	2.47	17	4.34	16	4.32	12	3.41	13	3.71	9	2.32	16	4.36	18	4.93	17	4.34	12	3	179	3.80
11) Morti violenti e accidentali	12	2.60	12	2.82	13	2.91	22	5.63	21	5.68	23	6.53	25	7.16	40	10.28	30	8.17	21	5.75	16	4.08	19	4.75	254	5.40
12) Altre cause di morte	45	9.76	36	8.47	38	8.52	36	9.18	38	10.27	29	8.24	30	8.60	33	8.48	27	7.36	22	6.03	29	7.40	33	8.25	396	8.41
Totale	461	100	425	100	446	100	392	100	370	100	352	100	349	100	389	100	367	100	365	100	392	100	400	100	4708	100

Cifre assolute e proporzionali a 100 morti per lo stesso gruppo di cause nei diversi mesi. Anni 1932, 1933, 1934. TABELLA II

CAUSA DI MORTE	Gennaio		Febbraio		Marzo		Aprile		Maggio		Giugno		Luglio		Agosto		Settembre		Ottobre		Novembre		Dicembre		TOTALE	
	cifre assolute	%	cifre assolute	%	cifre assolute	%	cifre assolute	%	cifre assolute	%	cifre assolute	%	cifre assolute	%	cifre assolute	%	cifre assolute	%	cifre assolute	%	cifre assolute	%	cifre assolute	%	cifre assolute	%
1) Ogni forma di t. b. c.	39	10.22	29	7.59	36	9.42	36	9.42	25	6.54	34	8.90	29	7.59	26	6.81	33	8.64	36	9.42	33	8.64	26	6.81	382	100
2) Altre malattie infett. e parass.	27	5.92	52	11.40	76	16.67	38	8.33	44	9.65	34	7.46	26	5.70	34	7.46	31	6.80	28	6.14	42	9.21	24	5.26	456	100
3) Tumori	48	9.20	39	7.47	45	8.62	42	8.05	42	8.05	39	7.47	56	10.73	47	9. —	44	8.43	38	7.28	41	7.85	41	7.85	522	100
4) Apoplessia - trombosi - embolia	37	9.07	41	10.05	37	9.07	36	8.82	22	5.39	39	9.56	21	5.15	37	9.07	27	6.62	36	8.82	87	9.07	38	9.31	408	100
5) Malattie sistema nervoso	12	8.82	17	12.51	15	11.03	9	6.62	10	7.35	12	8.82	14	10.29	14	10.29	8	5.88	9	6.62	9	6.62	7	5.15	136	100
6) » » apparato circolatorio	73	11.35	59	9.16	57	8.85	52	8.07	44	6.83	43	6.68	44	6.83	49	7.61	53	8.23	52	8.07	57	8.85	61	9.47	644	100
7) » » » respiratorio	85	15.24	64	11.47	62	11.11	44	7.89	37	6.63	34	6.09	23	4.12	21	3.76	34	6.09	35	6.27	46	8.24	73	13.09	558	100
8) » » » digerente	36	7.24	36	7.24	39	7.85	34	6.84	46	9.26	33	6.64	50	10.06	51	10.26	37	9.46	39	7.85	44	8.85	42	8.45	497	100
9) » » » genito-urinario	22	7.97	27	9.78	17	6.16	26	9.42	25	9.06	20	7.25	18	6.52	28	10.14	17	6.16	31	11.23	21	7.61	24	8.70	276	100
10) Suicidi	25	13.96	13	7.26	11	6.15	17	9.50	16	8.94	12	6.70	13	7.26	9	5.03	16	8.94	18	10.06	17	9.50	12	6.70	179	100
11) Morti violente e accidentali	12	4.72	12	4.72	13	5.12	22	8.66	21	8.27	23	9.06	25	9.84	40	15.75	30	11.81	21	8.27	16	6.30	19	7.48	254	100
12) Altre cause di morte	45	11.36	36	9.09	38	9.60	36	9.09	38	9.60	29	7.32	30	7.58	33	8.33	27	6.82	22	5.56	29	7.32	33	8.33	396	100
Totale	461	9.79	425	9.03	446	9.47	392	8.33	370	7.86	352	7.48	349	7.41	389	8.26	367	7.80	365	7.75	392	8.33	400	8.49	4708	100

lente ed accidentali (6,53 %), per affezioni genito-urinarie (5,68 %), per malattie del sistema nervoso (3,41 %), per suicidio (3,41 %).

Le altre cause di morte (8,24 %) comprendono la paralisi cardiaca, il diabete, il reumatismo articolare, i processi suppurativi, la gotta, la leucemia, l'osteomielite, la linfogranulomatosi, il morbo di Addison.

Nel mese di luglio prevale la mortalità per tumori (16,05 %), anche alta è quella dell'apparato digerente (14,33 %) e dell'apparato circolatorio (12,61 %), seguono quindi le varie forme di tubercolosi (8,31 %), le malattie infettive e parassitarie (7,45 %), le morti violente ed accidentali (7,16 %), le malattie dell'apparato respiratorio (6,59 %), l'apoplezia, trombosi ed embolia cerebrale (6,02), le affezioni genito urinarie (5,16 %), le malattie del sistema nervoso (4,01 %), il suicidio (3,71 %).

Nelle altre cause di morte (8,60 %) si riscontrano: la paralisi cardiaca, il diabete mellito, la leucemia, l'anemia perniciosa ed il coma.

In agosto la percentuale più alta è dovuta alle malattie dell'apparato digerente (13,11 %), vengono quindi le malattie dell'apparato circolatorio (12,60 %), i tumori (12,08 %), le morti violente e accidentali (10,28 %), l'apoplezia, trombosi ed embolia cerebrale (9,51 %), le malattie infettive e parassitarie (8,74 %), quelle genito-urinarie (7,20 %) le varie forme di tubercolosi (6,68 %), le malattie dell'apparato respiratorio (5,40 %), quelle del sistema nervoso (3,60 %) il suicidio 2,32 %.

Nelle altre cause di morte (8,48 %) si notano: la paralisi cardiaca, il diabete mellito, la linfogranulomatosi, l'anemia grave, il morbo di Addison, la gotta ed il reumatismo articolare.

Le malattie dell'apparato circolatorio nel mese di settembre occupano il primo posto (14,44 %), e successivamente quelle dell'apparato digerente (12,81 %), i tumori (11,99 %), le affezioni dell'apparato respiratorio (9,26 %), le varie forme di tubercolosi (8,99 %), le malattie infettive e parassitarie (8,45 %), le morti violente e accidentali (8,17 %), l'apoplezia, trombosi ed embolia cerebrale (7,36 %), le malattie genito-urinarie (4,63 %), il suicidio (4,36 %) le malattie del sistema nervoso (2,18 %).

Le altre cause di morte (7,36 %) comprendono la paralisi cardiaca, il diabete mellito, la leucemia, i processi suppurativi, il morbo di Flaiani-Basedow, quello di Werlhof ed il marasma senile.

Anche in ottobre le malattie dell'apparato circolatorio hanno il primo posto (14,26 %), vengono quindi le malattie dell'apparato digerente (10,68 %), i tumori (10,41 %), le varie forme di tubercolosi (9,86 %) e con la stessa percentuale: l'apoplezia, trombosi ed embolia cerebrale, e quindi le malattie dell'apparato respiratorio (9,59 %), quelle genito urinarie (8,49 %), le malattie infettive e parassitarie (7,67 %), le morti violente e accidentali (5,75 %), il suicidio (4,93 %), le affezioni del sistema nervoso (2,47 %).

Le altre cause di morte (6,03 %) sono costituite dal diabete mellito, da paralisi cardiaca, da processi suppurativi, dalla leucemia, dall'anemia perniciosa, porpora emorragica e linfogranulomatosi.

In novembre le cause di morte si riscontrano col seguente ordine: malattie dell'apparato circolatorio (14,54 %), malattie dell'apparato respiratorio (11,73 %), dell'apparato digerente (11,22 %), malattie infettive e parassitarie (10,71 %), tumori (10,46 %), apoplezia, trombosi ed embolia cerebrale (9,44 %), ogni forma di tubercolosi (8,42 %), malattie dell'apparato genito-urinario (5,36 %), suicidio (4,34 %), morti violente ed accidentali (4,08 %), malattie del sistema nervoso (2,30 %).

Le altre cause di morte (7,40 %) sono costituite da: paralisi cardiaca, diabete mellito, leucemia, osteomielite, stenosi laringea e porpora emorragica.

La cifra di mortalità più elevata nel mese di dicembre si riscontra per malattie dell'apparato respiratorie (18,25 %), seguono quindi le malattie dell'apparato circolatorio (15,25 %), quelle dell'apparato digerente (10,50 %), i tumori (10,25 %), l'apoplezia, trombosi ed embolia cerebrale (9,50 %), le varie forme di tubercolosi (6,50 %) le malattie infettive e parassitarie

La più alta cifra di mortalità spetta al mese di gennaio (9,79 ‰), la minima al mese di luglio (7,41 ‰) e tra questi estremi in ordine decrescente figurano: marzo (9,47 ‰), febbraio (9,03 ‰), dicembre (8,49 ‰), novembre (8,33 ‰), aprile (8,33 ‰), agosto (8,26 ‰), maggio (7,86 ‰), settembre (7,80 ‰), ottobre (7,75 ‰), giugno (7,48 ‰).

Nel mese di gennaio la mortalità più alta si ha per malattie dell'apparato respiratorio (18,44 ‰), seguono poi in senso decrescente: le malattie dell'apparato circolatorio (15,84 ‰), i tumori (10,41 ‰), le varie forme di tubercolosi (8,46 ‰), l'apoplezia, trombosi e l'embolia cerebrale (8,03 ‰), le malattie dell'apparato digerente (7,81 ‰), le malattie infettive e parassitarie (5,86 ‰), il suicidio (5,42 ‰), le malattie dell'apparato genito-urinario (4,77 ‰), le malattie del sistema nervoso (2,60 ‰) e le cause violente ed accidentali anch'esse con la medesima percentuale (2,60 ‰).

Le altre cause di morte (9,76 ‰) comprendono in ordine decrescente: la paralisi cardiaca, il diabete, il reumatismo articolare, il flemmone, la leucemia, l'anemia perniziosa, l'osteite, il morbo di Addison e la cangrena del piede.

Le cause di morte nel mese di febbraio in ordine di frequenza sono: le malattie dell'apparato respiratorio (15,06 ‰), le malattie dell'apparato circolatorio (13,88 ‰), le malattie infettive e parassitarie (12,24 ‰), l'apoplezia, trombosi ed embolia cerebrale (9,65 ‰), i tumori (9,18 ‰), le malattie dell'apparato digerente (8,47 ‰), le varie forme di tubercolosi (6,82 ‰), le affezioni genito-urinarie (6,35 ‰), le malattie del sistema nervoso (4 ‰), il suicidio (3,06 ‰), ed infine le morti violente ed accidentali (2,82 ‰).

Nelle altre cause di morte (8,47 ‰) figurano la paralisi cardiaca, il diabete, il reumatismo articolare, i processi suppurativi, la leucemia, la gotta, il morbo di Addison, la flebite ed il penfigo.

Nel mese di marzo la mortalità maggiore risulta per malattie infettive e parassitarie (17,04 ‰), segue poi quella per affezioni respiratorie (13,90 ‰), circolatorie (12,78 ‰), per tumori (10,09 ‰), per malattie dell'apparato digerente (8,74 ‰), per apoplezia, trombosi ed embolia cerebrale (8,30 ‰), per le varie forme di tubercolosi (8,07 ‰), per malattie genito-urinarie (3,82 ‰), per malattie del sistema nervoso (3,36 ‰), per cause violente ed accidentali (2,91 ‰) e per suicidio (2,47 ‰).

Le altre cause di morte (8,52 ‰) comprendono la paralisi cardiaca, il diabete mellito, l'anemia perniziosa, la leucemia, il reumatismo articolare, i processi suppurativi, la gotta, il morbo di Flaiani Besedov, quello di Hodgkin ed il tabagismo.

La frequenza delle cause di morte in aprile risulta col seguente ordine: malattie dell'apparato circolatorio (13,27 ‰), dell'apparato respiratorio (11,22 ‰), tumori (10,71 ‰), malattie infettive e parassitarie (9,69 ‰), varie forme di tubercolosi (9,18 ‰), apoplezia, trombosi ed embolia cerebrale (9,18 ‰), malattie dell'apparato digerente (8,67 ‰), genito-urinarie (6,63 ‰), morti violente ed accidentali (5,63 ‰), suicidio (4,34 ‰), malattie del sistema nervoso (2,30 ‰). Nelle altre cause di morte (9,18 ‰) si notano: la paralisi cardiaca, la leucemia, il diabete, il reumatismo articolare, l'anemia grave, la gotta, il flemmone, l'intossicazione alcolica, il morbo di Addison e l'angina di Ludwig.

Nel mese di maggio la mortalità più alta si riscontra per malattie dell'apparato digerente (12,43 ‰), fanno seguito le malattie infettive e parassitarie (11,89 ‰), quelle dell'apparato circolatorio (11,89 ‰), i tumori (11,35 ‰), le malattie dell'apparato respiratorio (10 ‰), le varie forme di tubercolosi (6,76 ‰), le malattie genito-urinarie (6,76 ‰), l'apoplezia, trombosi ed embolia cerebrale (5,95 ‰), le morti violente ed accidentali (5,68 ‰), il suicidio (4,32 ‰), le malattie del sistema nervoso (2,70 ‰).

Le altre cause di morte (10,27 ‰) comprendono la paralisi cardiaca, il diabete, la leucemia, la porpora emorragica e l'angina di Ludwig.

I valori più alti di mortalità in giugno si hanno per malattie dell'apparato circolatorio (12,22 ‰), per tumori (11,08 ‰), per apoplezia, trombosi ed embolia cerebrale (11,08 ‰), per malattie infettive e parassitarie (9,66 ‰), per le varie forme di tubercolosi (9,66 ‰), per malattie dell'apparato respiratorio (9,66 ‰), dell'apparato digerente (9,37 ‰), per cause vio-

(6 ‰), le affezioni dell'apparato genito-urinario (6 ‰), le morti violente e accidentali (4,75 ‰), il suicidio (3 ‰), le malattie del sistema nervoso (1,75 ‰).

Le altre cause di morte (8,25 ‰) comprendono la paralisi cardiaca, il diabete mellito, la leucemia, il morbo di Addison, il reumatismo articolare, l'anemia grave, l'ascesso tonsillare, il morbo di Werlhof ed il penfigo maligno.

Nella seconda tabella vengono riportate le cifre di mortalità per lo stesso gruppo di cause nei vari mesi.

Dall'esame di questa tabella si rileva che :

I. — La mortalità per ogni forma di tubercolosi ha il suo massimo nel mese di gennaio (10,22 ‰), seguono marzo, aprile e ottobre con la stessa percentuale (9,42 ‰), e quindi giugno (8,90 ‰), settembre e novembre (8,64 ‰), febbraio e luglio anch'essi con la medesima percentuale (7,59 ‰), agosto e dicembre (6,81 ‰), infine maggio (6,54 ‰).

II. — Per le malattie infettive e parassitarie la cifra più alta di mortalità si verifica nel mese di marzo (16,67 ‰), e successivamente in febbraio (11,40 ‰), in maggio (9,65 ‰), novembre (9,21 ‰), in aprile (8,33 ‰), in giugno e agosto con la stessa percentuale (7,46 ‰), in settembre (6,80 ‰), in ottobre (6,14 ‰), in gennaio (5,92 ‰), in luglio (5,70 ‰), ed in dicembre (5,26 ‰).

III. — I tumori hanno la cifra più alta di mortalità in luglio (10,73 ‰), seguono quindi : gennaio (9,20 ‰), agosto (9 ‰), marzo (8,62 ‰), settembre (8,43 ‰), aprile e maggio con l'identica percentuale (8,05 ‰), novembre e dicembre (7,85 ‰), febbraio e giugno entrambi con la stessa cifra percentuale (7,47 ‰), ed ottobre (7,28 ‰).

IV. — La mortalità per apoplezia, trombosi ed embolia cerebrale si riscontra in ordine di frequenza in : febbraio (10,05 ‰), in giugno (9,58 ‰), in dicembre (9,31 ‰), in gennaio, marzo, agosto e novembre con pari percentuale (9,07 ‰), in aprile e ottobre (8,82 ‰), in settembre (6,62 ‰), maggio (5,39 ‰), ed infine in luglio (5,15 ‰).

V. — Le malattie del sistema nervoso raggiungono la cifra più alta di mortalità in febbraio, seguono i mesi di marzo (11,03 ‰), di luglio e di agosto (10,29 ‰), gennaio e giugno (8,82 ‰), maggio (7,35 ‰), di aprile, ottobre e novembre (6,62 ‰), settembre (5,88 ‰), dicembre (5,15 ‰).

VI. — Le malattie dell'apparato circolatorio hanno il loro massimo in gennaio (11,35 ‰) ed in ordine di frequenza si riscontrano poscia : dicembre (9,47 ‰), febbraio (9,16 ‰), marzo (8,85 ‰), novembre (8,85 ‰), settembre (8,23 ‰), aprile ed ottobre (8,07 ‰), agosto (7,61 ‰), maggio e luglio (6,83 ‰), giugno (6,68 ‰).

VII. — Le malattie dell'apparato respiratorio hanno la cifra più alta di mortalità in gennaio (15,24 ‰) seguono quindi : dicembre (13,09 ‰), febbraio (11,47 ‰), marzo (11,11 ‰), novembre (8,24 ‰), aprile (7,89 ‰), maggio (6,63 ‰), ottobre (6,27 ‰), giugno e settembre (6,09 ‰), luglio (4,12 ‰) ed agosto (3,76 ‰).

VIII. — Per le malattie dell'apparato digerente la più alta cifra di mortalità si osserva in agosto (10,26 ‰), e successivamente in ordine decrescente : in luglio (10,06 ‰), in settembre (9,46 ‰), in maggio (9,26 ‰), in novembre e dicembre con la stessa percentuale (8,85 ‰), in marzo ed ottobre (7,85 ‰), in gennaio e febbraio (7,24 ‰), in aprile (6,84 ‰) ed in giugno (6,64 ‰).

IX. — Le malattie dell'apparato genito-urinario hanno la seguente percentuale di mortalità : ottobre (11,23 ‰), agosto (10,14 ‰), febbraio (9,78 ‰), aprile (9,42 ‰), maggio (9,06 ‰), dicembre (8,70 ‰), gennaio (7,97 ‰), novembre (7,61 ‰), giugno (7,25 ‰), luglio (6,52 ‰), marzo a settembre con l'identica percentuale (6,16 ‰).

X. — In rapporto alla mortalità per suicidio i vari mesi si succedono nell'ordine seguente : gennaio (13,96 ‰), ottobre (10,06 ‰), aprile e novembre con la stessa percentuale (9,50 ‰), maggio e settembre (8,94 ‰), febbraio e luglio (7,26 ‰), giugno e dicembre (6,70 ‰), marzo (6,15 ‰), agosto (5,03 ‰).

XI. — Il maggior numero di morti violente e accidentali si ha in agosto (15,75 ‰)

e successivamente: in settembre (11,81 ‰), in luglio (9,84 ‰), in giugno (9,06 ‰), in aprile (8,66 ‰), in maggio ed ottobre nella stessa proporzione (8,27 ‰), in dicembre (7,48 ‰), in novembre (6,30 ‰), in marzo (5,12 ‰) in gennaio e febbraio (4,72 ‰).

XII. — Per le altre cause di morte i mesi seguono quest'ordine: gennaio (11,36 ‰), marzo e maggio (9,60 ‰), febbraio ed aprile (9,09 ‰), dicembre (8,33 ‰), agosto (8,33 ‰), luglio (7,58 ‰), giugno e novembre (7,32 ‰), settembre (6,82 ‰), ottobre (5,56 ‰).

Da uno sguardo d'assieme sulle cifre riportate nelle suddette tabelle appare evidente che la mortalità per le diverse cause morbose presenta delle oscillazioni nei vari periodi dell'anno.

Il maggior numero dei decessi infatti si verifica nella stagione invernale (28,29 ‰), decresce sensibilmente in primavera (23,67 ‰) e in estate (23,47 ‰) risalendo quindi in autunno (24,57 ‰).

Nell'inverno la cifra più alta di mortalità è data dalle malattie dell'apparato respiratorio, nell'estate da affezioni dell'apparato digerente, mentre nella primavera e nell'autunno prevalgono le morti per malattie dell'apparato circolatorio.

Per quanto riguarda la mortalità per lo stesso gruppo di cause dalle indagini fatte risulta che:

I morti per ogni forma di tubercolosi raggiungono il massimo nel periodo invernale, hanno percentuale media pressochè identica nella primavera e nell'autunno con un minimo in estate.

Per le altre malattie infettive e parassitarie la cifra massima di mortalità si riscontra in inverno e primavera di fronte alla stagione estiva ed autunnale, ma ciò è dovuto soltanto al predominio di forme influenzali in quei periodi. Difatti più dei due terzi dei morti compresi nel gruppo delle malattie infettive e parassitarie, in inverno e primavera, risultano per broncopolmoniti, bronchiti diffuse e complicanze di natura grippale.

La mortalità per tumori è massima in estate; segue in ordine decrescente l'inverno, la primavera ed infine l'autunno.

I casi di morte per apoplezia, trombosi ed embolia cerebrale si verificano maggiormente in inverno ed in autunno con un minimo nella stagione estiva.

Anche nell'inverno si nota una maggiore mortalità per malattie del sistema nervoso e per quelle dell'apparato circolatorio, il quale ha un minimo in primavera ed in estate.

Per affezioni dell'apparato respiratorio la mortalità nelle varie stagioni segue quest'ordine decrescente: inverno, autunno, primavera ed estate. Nella stagione estiva si ha invece il massimo di mortalità per malattie dell'apparato digerente con un minimo nell'inverno e nella primavera.

Il valore più alto di mortalità per malattie dell'apparato genito-urinario si osserva in autunno ed un minimo in estate.

I casi di suicidio si verificano più frequentemente nell'inverno ed in autunno, meno in primavera ed ancor meno nell'estate.

Le morti violente ed accidentali si riscontrano con una percentuale abbastanza alta nell'estate, vanno decrescendo in primavera ed in autunno fino a raggiungere un minimo nell'inverno.

Per le altre cause di morte l'inverno occupa il primo posto e seguono con sensibile diminuzione la primavera, l'estate e l'autunno.

Dall'esame dettagliato dei singoli gruppi di forme morbose si osserva che tra le varie affezioni tubercolari quella polmonare occupa il primo posto.

Nelle malattie infettive e parassitarie prevalgono l'influenza e le setticemie e tra le varie forme neoplastiche quelle gastriche e duodenali.

I casi di emorragia cerebrale superano di gran lunga quelli per trombosi e per embolia e così pure la paralisi progressiva in confronto con le altre affezioni del sistema nervoso.

Tra le malattie dell'apparato cardiovascolare l'arteriosclerosi, la miocardite, l'angina pectoris ed i vizi valvolari si verificano con un'alta percentuale pressochè identica, mentre scarsi risultano gli aneurismi e le pericarditi.

Le broncopolmoniti e le polmoniti lobari primeggiano sulle altre affezioni dell'apparato respiratorio, mentre le malattie di fegato e l'ulcera gastrica e duodenale si manifestano con spiccata frequenza nel gruppo delle malattie dell'apparato digerente.

Le nefriti tanto nella forma acuta che cronica superano da sole tutte le altre malattie dell'apparato genito-urinario.

Tra i suicidi quelli per arma da fuoco sono i più numerosi.

Gl'investimenti e le cadute sono le cause più frequenti tra le morti accidentali e violente.

Infine nel gruppo delle altre cause di morte, a prescindere dalle paralisi cardiache, termine così frequentemente adoperato per i decessi non bene precisati, si riscontrano principalmente il diabete mellito e le sue molteplici complicazioni, l'anemia perniciosa progressiva e la gotta.

Per spiegare la differente mortalità nelle diverse stagioni per alcune forme morbose si possono verosimilmente invocare anche fattori meteorologici.

Non ci sembra azzardato per tanto che l'umidità, le influenze termiche, bariche, fottiche elettriche ecc. contribuiscano non solo ad accrescere la morbilità e quindi la probabilità di morti, ma anche direttamente a determinarle.

A prescindere dai decessi per le varie forme respiratorie in inverno e da quelli per affezioni digerenti ed infettive in estate e nell'autunno, altri ancora riconoscono nel loro determinismo coefficienti meteorologici.

È noto che per azione del freddo si ha sulla superficie corporea una intensa vasocostrizione con conseguenti congestioni degli organi interni, donde frequenti emorragie cerebrali nei mesi invernali, così come è stato da noi presentemente rilevato.

D'altra parte l'ischemia cutanea e quella dei vasi renali spiegherebbe l'insorgere ed il riacutizzarsi delle nefriti e degli attacchi uremici mortali, come gl'improvvisi cambiamenti di tempo spesso coincidono con l'aumento di morti improvvise.

Le tussicosi gravidiche più imponenti, secondo ricerche fatte da E. Maurizio, si verificano con maggior frequenza nel trimestre da novembre a gennaio e l'A. conclude che il rapporto tra queste forme e meteorologia non sembra una semplice coincidenza.

Anche pel suicidio non si può negare una certa influenza meteorologica, più spiccata nei soggetti neuropatici.

L'esiguità delle nostre ricerche non ci permette di trarre delle conclusioni, per le quali è necessario un oculato studio su più vaste basi statistiche.

BIBLIOGRAFIA

- BUFANO, *Le meteoropatie* (Relazione XL Congresso della Società di Medicina Interna, Pozzi, Roma, 1934).
- CAMPANI, *Coefficienti meteorologici nella genesi dei vari stati morbosi* (La meteorologia Pratica, n. 2, 1936).
- CECONI, *Trattato delle malattie del ricambio* (Edizione Minerva Medica, 1928, Torino).
- CIOFFI, *Meteorologia e patogenesi* (Atti della Società Italiana per il Progresso delle Scienze, Bologna, 1926, Roma, 1927).
- FISCHER, *Le concours medical*, n. 41, 1915.
- GALLONI, *Influenza della temperatura sullo sviluppo del tifo* (La Meteorologia Pratica, n. 3, 1936).
- LANDOLFI, *Nevrosi celiaca e meteoropatie* (Società Italiana dei Medici e Naturalisti, marzo, 1936).
- MOURIQUAND, *Clinique et météorologie* (La Presse Médicale, 1932).
- PENDE, *Le meteoropatie* (Relaz. al XL Congresso dell'a Società di Medicina Interna, Pozzi, Roma, 1934).

La pagina del Medico fiduciario

LA SEMEIOLOGIA FISICA DEL RENE

Nei rapporti medici in uso per le visite degli assicurandi, non si richiede l'esame fisico particolare del rene, bensì con una domanda generica riguardante l'apparato uropoietico in toto si domanda dal medico visitatore se si rilevano segni di lesioni. Così il Md. S. S. 1 dell'I.N.A. si esprime: « Vi sono segni che facciano sospettare una malattia dei reni, della vescica, dell'urètra, della prostata, dei testicoli? »

Allorchè esiste il sospetto di una lesione a carico del rene (o in special modo quando si sospetta una nefropatia chirurgica) l'esame fisico delle loggie renali non deve essere trascurato. Esso infatti può fare rilevare dei segni che sono di estrema utilità per il giudizio del rischio e che in taluni casi possono costituire gli unici elementi per la diagnosi. Per citare un esempio ricordiamo quei casi di rene mobile, nei quali all'esame delle urine non si riscontra nulla di patologico e che potrebbero pertanto rimanere insospettiti ove fosse trascurato l'esame fisico.

In condizioni normali all'esame diretto soltanto il margine esterno del rene ed il polo inferiore di esso possono essere percepibili; essendo il resto del rene interamente coperto dalle costole e dalla massa dei muscoli spinali. Per margine esterno deve intendersi quella parte del rene (2-3 cm.) che sporge esternamente alla massa muscolare sacro-lombare e che è ricoperta dal muscolo quadrato dei lombi, in tal punto più sottile e quindi meno resistente alla palpazione.

Il polo inferiore è costituito dalla parte inferiore del rene che sporge dall'arcata costale. Esso è più basso a destra che a sinistra; dista dalla cresta iliaca a destra circa 2-3 centimetri, a sinistra 3-5 centimetri. È molto difficile che normalmente si riescano a percepire nettamente i due punti indicati, tuttavia essi rappresentano le zone che in condizioni patologiche possono per prime essere oggetto di un esame fisico diretto e proficuo. Infatti quando il rene ingrossa è il polo inferiore che tende a portarsi in basso e ad invadere la fossa iliaca sottostante, mentre viceversa il polo superiore conserva la sua posizione o si innalza lievemente; e così è il margine esterno che trovando minore resistenza nel punto sopra indicato tende a spingere nella località scoperta dai muscoli spinali.

L'ispezione, come si è detto, gioca una parte limitata nella semeiologia dei reni; nei riguardi poi della visita per le assicurazioni vita essa assume una importanza assai scarsa. Infatti i dati rilevabili all'ispezione in genere riguardano affezioni o molto gravi o acute (affezioni entrambe che raramente sogliono riscontrarsi nella vita degli assicurandi). Possono essere rilevate all'esame ispettivo grosse tumefazioni locali (tumori, idronefrosi, pionefrosi) che sporgono nel fianco o sulla parete anteriore dell'addome, il rossore e l'edema sintomatico degli ascessi perirenali sulla parete posteriore specie in una zona triangolare (triangolo del Petit), dove la parete è più sottile essendo costituita dai soli muscoli obliqui interni e trasverso dell'addome. È possibile nei casi di rene mobile osservare nel soggetto in piedi un certo grado di appiattimento della regione lombare corrispondente al lato nel quale il rene è spostato e contemporaneamente una sporgenza nell'addome dallo stesso lato.

La palpazione dei reni va eseguita, eccettuato il caso delle grosse tumefazioni, con particolari accorgimenti. Essa mira alla percezione diretta del rene ed alla ricerca di punti dolorosi sintomatici. Nel primo caso difficilmente si riesce a sentire il rene affondando direttamente la mano nell'addome o nel fianco, è necessario viceversa eseguire la palpazione con speciali manovre. Le manovre più comunemente usate sono tre:

Manovra di Guyon: consiste, posto il soggetto in posizione orizzontale, nel porre una mano posteriormente sulla parte superiore della regione lombare, con la punta delle dita in corrispondenza dell'angolo costo-vertebrale e, mentre con questa mano si tende a spingere in avanti le parti molli, con l'altra collocata anteriormente sotto l'arco delle false coste si cerca di vincere la resistenza muscolare. Imprimendo alla mano collocata posteriormente delle piccole scosse in senso antero-posteriore si può percepire in taluni casi patologici il caratteristico senso di palleggiamento proprio del rene.

Manovra di Israel:

Si differenzia dalla prima per il fatto che il soggetto viene posto in decubito laterale opposto a quello corrispondente al rene in esame, con l'altro inferiore del lato del decubito flesso e l'altro esteso e con il braccio del lato corrispondente al rene che si esplora sollevato. Tale manovra è principalmente indicata nei soggetti grassi in quanto si riesce in tal modo a spostare la massa degli intestini ed in certo modo l'adiposità della parete addominale.

Manovra di Glénard:

Essa si eseguisce con una sola mano afferrando il fianco in modo tale da insinuare il pollice sotto l'arco costale e con le altre dita premere sulla regione lombare. Può essere eseguita anche con l'aiuto dell'altra mano: in questo caso questa viene posta anteriormente con le dita sotto il pollice che afferra il fianco.

Altre manovre come la palpazione in posizione genupettorale, sotto narcosi e durante un bagno caldo non possono, per ragioni evidenti, avere applicazione pratica nella visita per le assicurazioni vita.

Ma è consigliabile sempre di procedere alla palpazione del soggetto in piedi; questa manovra sarà specialmente utile nei casi in cui si sospetta una ptosi ovvero un aumento del volume del rene. Mentre con la mano opposta al lato in esame si spingeranno in avanti i muscoli lombari nel tratto corrispondente alla loggia renale, anteriormente si insinuerà la palma dell'altra mano sotto l'arcata invitando l'individuo a rilasciare i muscoli addominali e ad inspirare profondamente.

I punti dolorosi che con la palpazione possono essere messi in rilievo essenzialmente sono costituiti: dai punti ureterici e da quello costo-vertebrale. I primi indicano in effetto un'alterazione dell'uretere ed in numero di tre corrispondono rispettivamente alla origine di questo canale dal bacinetto, al suo incrocio con il margine superiore dell'osso iliaco ed al tratto addossato alla faccia posteriore della vescica. Due si ricercano sulla parete addominale, il terzo è soltanto accessibile con la esplorazione vaginale nella donna e più difficilmente, con l'esplorazione rettale nell'uomo. I primi due sono situati su una linea verticale che si eleva dall'unione del terzo interno con i due terzi laterali dell'arcata costale; il primo al punto d'incrocio di questa linea con l'ombelicale trasversale, il secondo al punto di incrocio con la linea orizzontale passante per la spina iliaca anteriore e superiore.

Il punto costo-vertebrale è situato nell'angolo formato posteriormente dalla colonna vertebrale e dall'ultima costa; esso starebbe ad indicare una lesione propria del rene.

Una manovra, che riesce positiva specie nelle affezioni medico-chirurgiche del rene, è quella propugnata dal Goldflam; consiste nel percuotere in posizione in piedi e col tronco inclinato in avanti, la regione renale con il margine radiale della mano chiusa a pugno. Si provoca in tal modo una sensazione di dolore accompagnata da un movimento di difesa e in certo senso può essere considerata sintomatica di una lesione del rene corrispondente.

La percussione può essere trascurata come mezzo di indagine fisico nelle affezioni renali, in quanto con essa non potrebbero essere messe in rilievo che lesioni già di certa gravità, ed in ogni caso più facilmente rilevabili con la palpazione. Un'utile applicazione può avere nel caso di rene mobile; in questo caso si può riuscire a mettere in evidenza nel lato dove il rene è spostato una zona di sonorità relativa assente nel lato opposto e che scompare allorchè si riesca a mettere il rene al suo posto normale.

DR. S. FIANDACA.

Varie**Il problema delle Assicurazioni private nelle nostre Colonie**

*Relazione del Cav. di Gr. Cr. Dr. IGNAZIO GIORDANI,
Direttore Generale dell'I.N.A., al Congresso dell'Associazione
Italiana per il Progresso delle Scienze - Tripoli, ottobre 1936*

1) In un Impero coloniale nel quale la conquista mira non ad un inumano sfruttamento di terre e popolazioni nuove ma alla realizzazione di una più alta giustizia sociale, l'attività assicurativa, in tutte le sue forme sociali e private, si impone come un'immediata necessità. Le assicurazioni sociali per la tutela dei lavoratori metropolitani ed indigeni contro i rischi infortuni sul lavoro, contro le malattie, contro l'invalidità e vecchiaia; le assicurazioni sulla vita, contro il rischio più grave, la morte, e per la formazione di un piccolo patrimonio familiare: le assicurazioni contro i danni di tutte le specie, contro la distruzione di ricchezza materiale dovuta ai più varî eventi possono dirsi cardini fondamentali della nuova civiltà coloniale.

Soffermandoci, come è nostro compito, sulle assicurazioni private, ed in particolare sulle assicurazioni sulla vita, osserviamo subito che per la propagazione nelle terre imperiali e coloniali, ci troviamo di fronte a due ordini di problemi: 1° problemi di ordine tecnico, e 2° problemi di ordine politico organizzativo. Fra i primi è fondamentale quello del calcolo delle tariffe attraverso indagini delle tavole di mortalità da applicarsi; nei secondi acquistano primario rilievo il problema delle forme assicurative da adottarsi, della organizzazione periferica, della propaganda e della produzione dei contratti, infine dell'assistenza sanitaria agli assicurati.

I.

2) Se il lavoro in colonia non viene limitato alla popolazione metropolitana, ma si estende alla popolazione indigena ed a quella straniera, non sarà, in genere, sufficiente, nel calcolo delle tariffe, una unica ipotesi demografica, ossia potranno occorrere tavole di mortalità diverse a seconda che si tratti dell'una o dell'altra popolazione.

L'ideale per un assicuratore, sta indubbiamente nella possibilità di adottare tavole di mortalità costruite sull'osservazione di individui molto simili, omogenei, sotto molti riguardi, ai propri assicurati.

È certo come questo ideale, nel lavoro in colonia, specie agli inizi, sia difficilmente raggiungibile. Ma è pure certo che, in pratica, molti sono gli accorgimenti che permettono un conveniente adattamento.

3) Per gli assicurati, tratti dalla popolazione metropolitana, normalmente, all'inizio, ci si basa sulla mortalità che si osserva nella metropoli, o per la popolazione generale o per quella assicurata.

Ma, in generale, per la notevole diversità che c'è tra ambiente coloniale e ambiente metropolitano, si deve presumere che la mortalità dei colonizzatori sia diversa da quella che sarebbe stata la loro mortalità nella metropoli.

Elementi principali di questa diversità d'ambiente sono il clima e le condizioni igienico-sanitarie.

Molte sono le teorie degli effetti dei climi sull'uomo, e, in particolare,

quello che a noi qui interessa del clima tropicale e sub-tropicale sull'europeo.

L'uomo, benchè possa vivere, mercè i mezzi di cui dispone, in tutti i climi dall'Equatore ai poli, sembra sottoposto ad un ben distinto *optimum* di clima; per cui qualsiasi allontanamento da tale *optimum*, lo renderebbe non soltanto meno forte ma anche più suscettibile alle malattie. Il clima avrebbe, quindi, una parte preponderante non solo come agente eziologico, ma anche come fattore predisponente di alcune malattie.

Il Castellani ammette che nei climi tropicali, in generale, il metabolismo basale sia nettamente più basso che nelle zone temperate, e che vi sia una evidente diminuzione del tono vasale: quindi ammette che le condizioni climatiche per sè siano capaci di influire sull'organismo.

L'uomo reagisce al clima mediante l'acclimazione; ossia mediante un processo di adattamento al clima diverso da quello in cui soleva vivere. La facilità di adattamento sembra in funzione, oltre che della diversità di ambiente, della razza sottoposta all'adattamento stesso. L'abitante del Caucaso, trova difficoltà ad acclimatarsi nelle zone tropicali, mentre la razza latina riesce a vivere nei tropici con maggiore facilità dell'anglosassone. Le popolazioni di razza ebraica riescono ad adattarsi ai più differenti climi meglio delle altre razze.

Però, quello che sembra accertato è che il peso maggiore sulla morbilità e sulla mortalità nei climi tropicali, lo abbia l'imperfetta igiene anzichè il clima di per sè stesso. Sono i migliorati servizi igienico-sanitari, il migliorato rifornimento idrico, alimentare, la ridotta coabitazione con gli indigeni, più che l'acclimazione, che riducono, nel tempo, la morbilità e la mortalità in colonia).

È noto che le nostre colonie siano ritenute più salubri di altre colonie tropicali o sub-tropicali, mancando di alcune malattie gravi in forma epidemica (malattia del sonno e febbre gialla) e potendo costituire anzi delle stazioni climatiche per i ricchi coloni dei possedimenti finitimi.

Le loro salubrità relativa è dovuta alla posizione geografica che le lascia al di fuori della barriera delle febbri mortali (febbre gialla e tripanosomiasi), accompagnate dalle dissenterie, dalle anemie malariche e verminose.

Sulla nosografia della Libia si trovano poche malattie tropicali. Dati precisi mancano sulla diffusione delle malattie parassitarie in Somalia nei bianchi. Ma sino ad un anno fa la popolazione metropolitana era inferiore alle duemila persone, e le sue condizioni igieniche e sanitarie erano ottime sotto ogni rapporto. Sia nell'Eritrea che nella Somalia, i servizi igienico-sanitari, a tutto il 1934, avevano permesso di accertare i focolai endemici delle più importanti malattie diffuse e si era ottenuto, secondo il vento, una sistemazione tale che la mortalità dei bianchi era discesa alla modestissima cifra del 5% circa.

Sappiamo quali cure, oggi, ponga il Governo alla risoluzione dei problemi concernenti la salute pubblica nelle nuove e vecchie colonie; e con quali mezzi affronti tale risoluzione. Possiamo quindi essere certi che la mortalità della popolazione metropolitana, sia in A.O.I. che in Libia, benchè di essa non si posseggano misure adeguate, non si scosterà molto da quella che si verificherà nel Regno.

La superiorità che può presentare all'inizio la mortalità in colonia rispetto a quella nella metropoli, per gli effetti del nuovo ambiente sui coloni (clima tropicale, ridotti servizi igienico-sanitari, limitato rifornimento idrico, alimentare, scarse abitazioni, eventuali aggressioni) e, a maggior ragione, gli scostamenti più lievi (per l'avvenuta acclimazione, per i migliorati servizi igienico-sanitari, ecc.) che si riscontreranno in seguito, rientreranno molto probabilmente, nel campo di variazione dell'errore che si commette generalmente nella previsione della mortalità degli assicurati nella metropoli. Per cui, passando dalla metropoli in colonia, può apparire opportuno in generale, lasciare immutate le basi demografiche di calcolo dei premi di assicurazione vita per la popolazione metropolitana.

4) Per quanto riguarda la popolazione indigena, il problema della scelta della tavola di mortalità da adottare per gli eventuali assicurati tratti da quella, è più arduo.

E' da ritenere senz'altro molto diverso l'andamento della mortalità della popolazione generale indigena da quello della mortalità della popolazione indigena assicurata; in quanto si può presumere molto diverso il livello medio economico, sociale, in genere, della prima popolazione rispetto a quello della seconda. Per cui, poco consigliabili sarebbero, anche se si possedessero, per quanto molto cautelative, le tavole di mortalità della popolazione generale indigena.

In mancanza di una esperienza diretta, e in attesa che essa sia attuata, non c'è che da seguire quegli stessi procedimenti che si adottano nella metropoli per i così detti rischi aggravati. Ad esempio in India le compagnie d'assicurazione usano in maggioranza, nel lavoro con gli Indù, le tavole O^m e H^m maggiorando l'età delle teste assicurate di sei o sette anni.

Si può presumere anche tra i nostri eventuali assicurati indigeni una mortalità notevolmente superiore a quella degli assicurati metropolitani?

È certo che la nosografia in alcune plaghe delle nostre colonie non è molto soddisfacente al riguardo della popolazione indigena generale. Nell'Eritrea le malattie dominanti sono due: la lue e la malaria. La prima negli indigeni non produce gravi forme nervose nè vascolari o aborti, forse per la coesistenza dell'infezione malarica; per quanto la non gravità delle forme nervose sembra potersi attribuire anche alla minore evoluzione di queste popolazioni. Nella Somalia, la malaria tra gli indigeni è una delle malattie più diffuse allo stato endemico. Una delle cose che più colpisce chi arriva in Somalia per la prima volta è il numero esiguo di vecchi che si vedono in giro. Nell'Impero d'Etiopia, è noto come il flagello più grande sia la lebbra (*Aby eman* = il gran morbo), la quale può dirsi endemica di quella regione.

Sia nell'Eritrea che nella Somalia, a tutto il 1934, il tasso di mortalità della popolazione di colore si aggirava secondo ilvento, al 20%. Dallo « Stato sanitario delle R. R. Truppe coloniali nel 1934 » risulta che le mortalità per i militari indigeni fu di 3,03% nella Tripolitania, di 4,88 nella Cirenaica, di 24,85 nella Somalia, di 6,48 nell'Eritrea.

In base alle attuali conoscenze, per quanto il problema igienico sanitario della popolazione indigena venga dal Governo posto in primo piano, sia perchè strettamente connesso a quello della popolazione metropolitana, sia perchè anche di per sè rappresenta uno dei compiti più elevati nell'opera di civiltà che ci siamo imposta, si può ammettere senz'altro per gli assicurati indigeni una sopramortalità, la quale sarà strettamente in funzione più che de la razza, de le condizioni economiche, sociali, e di salute, nonchè dalle abitudini di vita degli assicurati stessi.

5) Per quanto riguarda la popolazione straniera, bisogna osservare, anzitutto, come essa sia molto esigua. Nel censimento del 21 aprile IX, che è stato il primo che abbia avuto, per la popolazione indigena, il carattere di un vero e proprio censimento, la popolazione straniera nella Tripolitania, Cirenaica, Eritrea e Somalia, ammontava in tutto a 5216 individui. Gli eventuali assicurati stranieri, quindi, non raggiungeranno mai una cifra molto elevata. Essi, senza commettere un errore sensibile, potranno perciò essere assimilati, dal punto di vista della mortalità, agli assicurati metropolitani o a quelli indigeni, a seconda della razza a cui appartengono, e delle condizioni economiche, sociali in cui si trovano.

II.

6) Istituto Nazionale e Compagnie private non sono certo nuovi al lavoro coloniale; naturalmente il breve tempo e i gravi problemi contingenti che

hanno travagliato il nostro primo periodo di nazione coloniale, hanno limitato finora la nostra attività assicurativa. Il lavoro svolto dall'Istituto nelle nostre Colonie, per quanto abbia avuto inizio fin dai primi anni di gestione ed abbia seguito un ritmo crescente, preso in valore assoluto, appare piuttosto modesto.

I capitali assicurati proposti, ad esempio, ammontano a le seguenti cifre (in milioni di lire):

	1913-1922	1923-1935
Libia (inizio 1913)	6,798	126,654
Eritrea (inizio 1914)	4,566	28,826
Somalia (inizio 1921)	0,290	23,377

La media annua, per la Libia, che nel periodo (1913-1922) è stata di 0,679 sale nel secondo periodo a 9,742; per l'Eritrea, da 0,509 a 2,217; per la Somalia, da 0,145 a 1,798.

Queste cifre però, appaiono meno lievi se vengono messe in relazione a qualche indice, sia pure grossolano, delle possibilità assicurative delle colonie stesse.

Per quanto riguarda le assicurazioni contro i danni, quasi tutte le principali compagnie italiane hanno stabilito, nei centri più importanti, rappresentanze dirette; per quanto, molti contratti, solitamente fra i più notevoli, siano stipulati in Italia. In generale, ogni compagnia adotta, per i vari rami, le stesse condizioni di assicurazione normalmente praticate nella metropoli, senza alcuna aggiunta di clausole speciali, dirette a limitare la portata della garanzia assicurativa. L'entità dei portafogli non è stata finora tale da aver consentito la formazione sul posto, di una classe di periti specializzati; per cui, per i danni di una certa entità, si è costretti d'inviare di volta in volta dall'Italia i periti rilevatori, con evidente aggravio di spese.

7) Ora, si impone la fase di tutto il nuovo lavoro.

Nell'impero conquistato per il popolo, l'assicurazione sulla vita deve avere, in assoluta prevalenza, se non esclusivamente, una funzione popolare. Il problema dell'assicurazione degli indigeni va forse risolto in un secondo tempo; urge invece fornire la sicurezza alla totalità dei lavoratori connazionali che con indomita volontà e con diuturna fatica, trasformano le incolte terre d'Etiopia nelle rigogliose terre dell'Impero. La forma assicurativa che si impone, è quindi l'assicurazione popolare e, oso dire, soprattutto, l'assicurazione popolare in una forma collettiva.

Tale assicurazione è, come ormai a tutti noto, singolarmente liberale: omissione di visita medica, tenuità per rateazione premi, esonero del premio in caso di invalidità, di sopravvenienza di numerosa prole, sospensione del premio in caso di disoccupazione, per servizio militare, pagamento del doppio della somma assicurata in caso di morte per infortunio, avendo già una somma assicurata particolarmente adatta per le masse lavoratrici.

Le ulteriori agevolazioni concesse agli assicurati, concordate tra l'Istituto Nazionale e Associazioni Sindacali dei lavoratori, opportunamente adattate all'attività coloniale, imporranno anche nelle terre dell'Impero la polizza popolare che porta il nome augurale di 21 aprile simbolo augurale del lavoro italiano.

8) D'altro canto si impone l'estensione alle terre dell'Impero di quella assistenza sanitaria che l'Istituto va svolgendo dalla primavera del 1930 e che è in continuo e crescente sviluppo e che ha per fine il prolungamento della vita degli assicurati nelle migliori condizioni di salute ed ha per mezzo la medicina preventiva, senza trascurare la medicina curativa.

Appena le armi vittoriose dei Legionari italiani si sono affermate in Africa, l'Istituto prevenendo i desideri di coloro che desiderano portare la civiltà italiana in quelle regioni, ha istituito nei propri Consultori, le « visite consultive, per la idoneità alla vita coloniale », gratuite per tutti, comunque assicurati.

Esse servono a dare all'assicurato, che le ha subite, la indicazione circa la idoneità fisica a vivere la vita del clima coloniale, sicchè chiunque abbia intenzione di recarsi in Colonia prima di farne ufficialmente domanda trova nei Consultori dell'I.N.A., medici competenti che possono consigliare, dopo un esame clinico, completato da tutti gli esami di Laboratorio, la vita coloniale.

Chi va in Colonia ha bisogno di conoscere le norme igieniche che possano preservarlo da tutti gli attentati alla salute che ivi si possono verificare. E l'Istituto partecipa attivamente a stimolare gli studi nel campo igienico-sanitario coloniale e a propagarne su grande scala i risultati.

Ma l'Istituto intende ancorà di collaborare più intensamente con lo Stato per la tutela della salute degli assicurati nelle Colonie italiane ed istituirà anche colà dei Centri sanitari attrezzati modernamente. Questi serviranno al collaudo periodico della salute degli assicurati per mettere in evidenza qualsiasi eventuale inizio morboso, serviranno attraverso i Consultori di igiene a dar in qualsiasi momento consigli circa l'igiene personale, l'igiene del lavoro, le norme per la prevenzione delle malattie, specialmente infettive.

I Centri sanitari avranno inoltre il compito di osservare e studiare tutte le questioni che riguardano la vita coloniale dal punto di vista sanitario sempre allo scopo di contribuire al prolungamento delle vita degli assicurati nelle migliori condizioni di salute, perchè essi possano con la loro sanità fisica lavorare validamente all'affermazione della civiltà italiana; continuazione della civiltà romana.

9) L'Istituto Nazionale e le imprese private che stimano come loro più grande onore l'aver contribuito anch'esse alla conquista dell'Impero, sia attraverso particolari agevolazioni assicurative ai combattenti ed agli operai in A. O., sia attraverso la loro attività finanziaria nella sovvenzione di opere pubbliche coloniali, sono fermamente decise ad attuare, al più presto e secondo le direttive che le necessità contingenti determineranno, il programma di massima già indicato: dare ad ogni pioniere della civiltà romana nelle terre dell'Impero, il conforto delle sicurezze economica della famiglia contro la morte.

Proposte di ricerche di Medicina del Lavoro

Comunicazione del Prof. Dr. ILARIO ROMANELLI, Capo del Servizio Sanitario dell'I. N. A., al XII Congresso Nazionale della Medicina del Lavoro - Napoli, 24-27 Ottobre 1936

Non vi è dubbio che gli studi e le ricerche dei cultori della Medicina del Lavoro hanno guidato, anzi determinata, tutta l'azione dei legislatori a favore dei lavoratori. Legislazione sociale atta a prevenire e ad indennizzare i danni che dal lavoro possono derivare. Legislazione che va dall'indennizzo in caso di infortunio sul lavoro all'assicurazione contro la tubercolosi, all'assicurazione contro la invalidità e vecchiaia, a quella contro le malattie professionali, alle Casse Mutue di malattie e, per riassumere, alla promulgazione della Carta del Lavoro Italiano del 1927 che ha consacrato i diritti del lavoro e che è vanto dell'Italia Fascista.

L'opera degli studiosi e dei ricercatori è stata rivolta fino ad oggi alla determinazione dei danni di cui il lavoro era la causa.

Ma vi è, a mio modo di vedere, un campo di studi che, per quanto io sappia, non è stato approfondito.

Sarebbe, a mio modo di vedere, molto utile un contributo della Medicina del Lavoro che potesse dimostrare « *di quanto la vita umana viene abbreviata a causa dei vari lavori nei quali l'attività dell'uomo si esplica* ».

Ed un altro campo di lavoro potrebbe essere quello dello studio e della ricerca della « *frequenza e delle cause che determinano la invalidità totale permanente dovuta ai vari lavori dell'uomo* ».

Certo le difficoltà in questo campo di ricerche sono notevoli.

Peraltro la utilità di esse nel campo sociale, il valore indiscusso degli uomini che oggi dirigono in Italia gli studi di medicina del lavoro è la ragione psichica per cui per gli uomini di intelletto e di cuore la difficoltà delle ricerche è stimolo più adatto a raggiungere la mèta, ci fanno presumere che anche queste ricerche potranno essere compiute in Italia, terra classica della Medicina del Lavoro.

È superfluo illustrare a cultori della medicina del lavoro la importanza di queste ricerche che, a mio modo di vedere, sono intonate alle più moderne vedute.

Ricerche di questo genere possono interessare la Sanità Pubblica, le Corporazioni, gli Enti di assicurazione; i quali potrebbero anche eventualmente intervenire con incoraggiamenti agli studiosi che avessero potuto mettere insieme i migliori risultati.

Dai Libri e dai Periodici**Lo stato sanitario italiano nel 1935.**

La relazione del Direttore generale della Sanità Prof. Petragliani, presentata al Consiglio Superiore di Sanità nell'adunanza generale del 20 aprile 1936-XIV (Roma, Stabilimento tipografico Europa, Via dell'Anima, 46) è ricca di dati statistici circa le malattie infettive e sociali, che meritano di essere segnalate circa l'andamento epidemiologico in Italia e per la morbilità di speciali malattie di grande interesse pubblico (vedi « *Annali d'Igiene* », 1926, n. 9).

La mortalità è rimasta al disotto del 14‰, quoziente che assume maggior valore quando si tenga conto che la natalità, pur essendo in lieve declino, è ancora sopra il 23‰.

Il quoziente di mortalità è stato del 13,7‰ contro il 13,4‰ del 1934. L'aumento fu dovuto alla sensibile recrudescenza di influenza e polmonite nell'inverno del 1935, che diede altri 10 mila morti.

Un lieve aumento, in confronto dell'89‰ nati vivi, segnato nel 1934, ha segnato nel 1935 la mortalità infantile con 3033 morti in più.

La mortalità per malattie infettive ha presentato un lieve aumento per febbre tifoide, scarlattina ed influenza ed una sensibile diminuzione nelle cifre.

La recrudescenza della febbre tifoide merita un particolare cenno: per tifoide ed infezioni paratifiche si sono avute nel 1935 ben 38.110 casi, contro 30.675 del 1934.

Nella maggior parte dei focolai epidemici constatati nel 1935 le cause sono da riferire ad inquinamento accidentale delle acque, congiunto ad un difettoso smaltimento dei liquami. In qualche focolaio (Roma, Stresa) l'epidemia fu dovuta all'uso del latte inquinato specificamente dal bacillo del tifo per deficienze constatate negli impianti e servizi di approvvigionamento.

Nel complesso della popolazione la febbre ti-

foide appare in diminuzione nelle città, ma regna con forti endemie negli ambienti rurali, soprattutto in quelli con apprestamenti sanitari deficienti.

La malaria ha dato nel 1935 soltanto 163.668 denunce contro 222.171 del 1934: le forme osservate furono in generale miti.

Nell'Agro Pontino, con una popolazione media di 42.000 persone, si erano registrati nel 1933, 1188 forme di malaria primitiva; nel 1934, con 64.000 individui in media, se ne ebbero 556; nel 1935, fino al 15 ottobre, con una popolazione pressoché identica, le primitive sono giunte soltanto a 18.

La mortalità per tubercolosi polmonare è pure in declino sebbene non siano ancora elaborate le cifre esatte: nel 1934 essa era scesa a 69,4 per 10 mila abitanti, mentre nel 1924 era di 156 per 100 mila.

I posti-letto delle varie Istituzioni Antitubercolari sono saliti da 39.960 nel 1934 a 48.531 nel 1935; di questi ben 39.589 sono per forme polmonari.

Sono stati complessivamente ricoverati nel 1935 ben 86.180 ammalati.

La mortalità per tumori maligni tende ad aumentare ed ha raggiunto i 34.229 nel 1935. Di fronte al flagello la Direzione generale di Sanità tende a moltiplicare i centri per la lotta contro i tumori maligni in ogni capoluogo di Provincia, specialmente dove esistono Cliniche universitarie e Ospedali importanti ai quali appoggiare i servizi senza inutili duplicazioni.

Sono in servizio già i due grandi Istituti di Roma e di Milano, altri 11 Centri e ben 14 sono in corso di costituzione.

La lebbra presenta un andamento stazionario e già dispone di 7 reparti speciali di isolamento e cura; altri se ne creeranno per dare esecuzione al R. D. L. 13 febbraio 1936, n. 353 che rende possibile l'isolamento coattivo dei lebbrosi con manifestazioni in atto.

St.

Morti nel regno nel 1° semestre del 1935 e del 1936.

(Dal supplemento ordinario della « *Gazzetta Ufficiale* » del 21 novembre 1936-XV)

CAUSE DI MORTE	Cifre assolute	
	1935	1936
Febbre tifoidea (tifo addominale) e paritifi	1.282	1.125
Influenza	9.681	6.998
Tubercolosi dell'apparato respiratorio (compresi i gangli tracheo-bronchiali)	14.887	14.414
Ogni altra forma di tubercolosi	5.868	5.151
Sifilide	915	841
Malaria	498	894
Canero ed altri tumori maligni	16.987	17.199
Diabete mellito	2.477	2.280
Alcoolismo acuto e cronico	804	267
Emorragia cerebrale, embolia e trombosi cerebrale	81.540	80.247
Malattie del cuore	86.259	85.631
Bronchiti	10.798	9.578
Polmoniti	54.258	49.052
Appendicite	1.878	1.893
Nefriti	9.420	8.607
Suicidio	1.771	1.779
Morte violenta o accidentale, escluso il suicidio e l'omicidio	6.828	6.958

L'alimentazione in rapporto alla costituzione individuale.

Questo problema è stato molto giustamente impostato dal Prof. Pende in una conferenza che egli ha tenuto in occasione del Congresso Internazionale di Endocrinologia a Bruxelles nell'estate scorsa. L'illustre scienziato italiano ritiene che i concetti semplicistici attuati per l'addietro dai fisiologi con la formula di alimentazione per calorie in base al fabbisogno del peso debbano essere oggi totalmente riveduti.

Anzitutto non si deve alimentare un individuo secondo quanto pesa, ma secondo quanto peserebbe nel tipo ideale, che risulta dal rapporto: altezza divisa per il peso; perchè altrimenti si darebbe un cibo eccessivo a chi già è troppo grasso e uno deficiente a chi è molto magro. Il prodotto ottenuto va poi moltiplicato per 10 e si ha in tal modo la cifra di calorie *minimum* che è da correggere in rapporto all'età ed a secondo della magrezza o dell'obesità.

Ma prima di concludere circa il quantitativo alimentare il Pende passa ad esaminare la diatesi morbosa individuale ed il temperamento endocrino vegetativo. Di tale parte dello studio è ampiamente riferito negli *Annali d'Igiene* dell'agosto u. s. di cui riassumiamo la parte che interessa maggiormente da noi.

Per quanto riguarda il temperamento basta pensare alla grande importanza della tiroide e dell'ipofisi anteriore nel determinare l'azione dinamica specifica degli alimenti, soprattutto degli amino-acidi. Così, ad un individuo ipertiroideo iperipituitarico od anche ipergenitale, si deve aggiungere il 10-20% di calorie.

Quanto alla diatesi morbosa è noto che in quella uricemica ed artritico-litogena, come pure nella lipogenica in genere, la sobrietà alimentare s'impone, mentre occorre una ricchezza maggiore di alimenti in quella tubercolare e nelle cataboliche in genere (magrezza costituzionale, ipertiroidea, iperipituitarica).

Negli ipertiroidei, surrenalici simpatico-tonici, limitare la carne, preferire i grassi, carboidrati, vegetali ricchi di calcio. Negli ipertiroidei, ipopituitarici, limitare invece i carboidrati ed i grassi, con razione sufficiente di proteine animali (pesce fresco) e vegetali. Negli individui a temperamento ipergenitale, limitare le carni e gli alimenti ricchi di colestrolina, preferendo i carboidrati, verdure e frutta, legumi secchi.

Nella diatesi artritico-litogena, evitare gli alimenti di purine e di colestrolina, ridurre le proteine animali a 40-50 g. al giorno, aumentare i carboidrati alcalosanti (riso, patate), le verdure, la frutta.

Nella diatesi tubercolare, forte razione di alimenti ricchi in lipidi (turlo d'uovo, fegato, milza, ghiandole linfatiche) e di calcio (vegetali crudi, formaggio), ma non esagerare con i carboidrati e le carni, che spesso aumentano lo stato allergico.

Nella diatesi neoplastica, occorre un'alimen-

tazione che non aumenti l'iperalkalosi già esistente; quindi somministrare carboidrati, grassi formaggi, carni leggere o pesce, con soppressione di interiori di animali, di uova, di verdure crude.

Nella diatesi allergica, si mostra utile una limitazione dei carboidrati e la somministrazione di alimenti ricchi di calcio (vegetali crudi) e capaci di elevare il tono del simpatico (proteine animali) e di moderare l'eccessiva sensibilità dell'ortosimpatico.

Nei giovani, come negli adolescenti, il vitto sarà ricco di carni, grassi compresi, con sufficienti carboidrati e vegetali freschi, capaci di provvedere alla crescita dei vari apparecchi ed organi. Analoga dieta conviene ai giovani. Ma dopo i 40 anni conviene ridurre la reazione calorica, specialmente i grassi animali e le carni, che favoriscono l'ipertonicità crescente dell'ortosimpatico e la colestrenemia. È quindi necessaria una dieta a base di carboidrati assimilabili ed alcalinizzanti (riso, patate, avena), di legumi verdi e secchi, frutta fresca, formaggi. E, nella senilità, la carne deve essere del tutto sostituita da proteine vegetali e dal glutine, da farine di legumi, da formaggi non fermentati, piccole quantità di pesce fresco. Le uova e gli alimenti ricchi di colestrolina (cervello, fegato ecc.) devono essere banditi.

St.

Mortalità per diabete negli Stati Uniti ed in altri paesi.

Troviamo pubblicato nel *The Spectator* del 3 settembre 1936, un articolo sull'argomento nel quale vengono confermate le osservazioni sull'incremento del diabete in rapporto alle attuali tendenze dietetiche il che convalida quanto ebbe a scrivere lo Starna in un lavoro precedentemente pubblicato nell'*Assistenza Sanitaria* (Agosto u. s.). Poiché questo ultimo studio americano è stato fatto sopra una popolazione di 45.000.000 esso va tenuto presente non solo dai diabetologi ma anche da quanti si occupano di questa grave malattia sociale.

Anche nel sopra ricordato lavoro come in quello comparso nella nostra Rivista si conviene che una correlazione fra le due serie di cifre consumo zuccherose e diabete esiste certamente, ma è lungi dall'essere perfetta. Si è certi oggi dei rapporti stretti che esistono fra l'incidenza del diabete e le abitudini dietetiche, e sembra sicuro che l'alta mortalità per questa malattia vada sempre congiunta ad un forte consumo di zuccheri e carboidrati; ma i termini precisi del problema restano ancora ignoti.

St.

I segni del D'Amato per la diagnosi dei versamenti liberi della pleura.

Questi sintomi che vennero già ricordati dal Ceconi quattro anni fa nel *Trattato di Medicina Interna* e successivamente esposti ampiamente l'anno scorso nella *Riforma Medica* sono l'og-

getto di un lavoro di Sacchetti dell'Ospedale Maggiore di Novara (*Riforma Medica*, 1936, n. 44).

L'A. ha studiato il fenomeno di cambiamento paradossale dell'ottusità vertebrale e l'aumento della piccola aia del cuore, sia dal lato del versamento quanto da quello opposto per vedere se tali reperi rispondessero con precisione ai dati semeiologici esposti dal D'Amato. A maggior conferma, ha esteso la osservazione confrontandone le ottusità percepite, anche su ammalati di altre affezioni pleuro-polmonari e sottodiaframmatiche, giungendo quindi alla conclusione che tali indagini non erano prive d'interesse clinico.

Per l'utilità che rappresenta questo sintomo nella pratica quotidiana ricordiamo che la tecnica usata è la seguente: il paziente, affetto da supposto versamento pleurico, viene esaminato in posizione seduta e si mette in evidenza il limite superiore dell'ottusità, la linea di Damoiseau, l'ottusità sulla colonna vertebrale corrispondente al tratto della zona ottusa. Segnati tali limiti con una matita, se invitiamo il paziente a giacere sul lato opposto a quello del versamento, l'ottusità diminuisce in modo apprezzabile particolarmente sulla colonna vertebrale, essa si modifica invece di poco se si tratta di pleurite con forti aderenze (saccata). Non si modifica affatto negli ascessi polmonari, nelle pachi-pleuriti, in presenza di focolai polmonari o di ascessi sub-frenici, fornendo quindi preziose note differenziali tra affezioni pleuriche e sottodiaframmatiche, i cui rapporti in queste ultime forme rimangono immutati.

Altro sintomo del D'Amato è controllato dal Sacchetti è lo spostamento dell'aia cardiaca nel decubito laterale opposto a quello malato.

Per mettere in evidenza tale segno si procede nel seguente modo: segnata la piccola area cardiaca, mentre l'infermo è in decubito supino, si ripete la delimitazione mentre il malato è coricato sul lato opposto a quello del versamento. In condizioni normali, l'aia cardiaca, in decubito laterale, si sposta verso il lato del decubito di 1, 2, 3 cm.; quando vi è un versamento pleurico, invece, aumenta di ampiezza tanto nel margine destro che sinistro, vale a dire tanto nella direzione del decubito che nell'opposta.

Dallo studio di 30 casi l'A. conclude per la reale utilità di questi segni per una esatta diagnosi clinica, non disgiunti dagli altri più noti del Grocco e del Maragliano. St.

La diagnosi precoce della tubercolosi renale.

Troviamo in *Riforma Medica* (n. 43) del c. a. la relazione tenuta dal Dott. Bonini al XV Congresso Italiano di Urologia tenuto a Trieste su questo argomento. Da essa desumiamo i seguenti elementi di particolare interesse.

I dati anamnestici mettono sulla strada della diagnosi e particolarmente l'esistenza di un pregresso focolaio tubercolare in altro organo, anche

se da anni non dà segno di esistenza; spesso si tratta di una vecchia pleurite.

Nel 45% dei casi il primo sintomo clinico che porta il malato dal medico è un disturbo cistitico, nel 50% una ematuria totale, più di rado il dolore renale sotto forma di colica o vaga sofferenza, da ultimo l'incontinenza. Una piuria senza alcun disturbo può essere scoperta accidentalmente dal medico.

La cistoscopia permette di fare in un gran numero di casi la diagnosi di natura e di sede: le lesioni sono caratteristiche, in un certo numero di casi non differiscono però dalle lesioni infiammatorie banali. L'assenza di qualsiasi lesione vescicale, ivi compresi gli orifici ureterici, è un fatto eccezionale (3,6% dei casi).

Di grande importanza è la ricerca delle microculture sulle urine separate con il cateterismo ureterale, quando sia riuscita negativa la ricerca diretta e permangono dubbi sulla natura della affezione.

Di nessun valore per una diagnosi precoce è l'esame funzionale globale dei reni.

Nel sedimento oltre i leucociti esistono quasi sempre delle emazie; anche nelle urine, che sono quasi limpide, è molto frequente l'albuminuria. Non esistono reazioni umorali capaci di stabilire l'esistenza di un focolaio di tubercolosi renale.

La ricerca del microbatterio del tubercolo nel sedimento dà una percentuale di risultati positivi che varia dal 10,5 all'88%. L'aggiunta di alcool al 50% nella proporzione di un quarto del volume delle urine permette di ottenere una più alta percentuale di risultati positivi, sino all'80%. La ricerca diretta deve essere praticata sulle urine prelevate col catetere e preferibilmente su quelle delle prime ore del mattino.

Circa la bacilluria tubercolare il R. ammette con altri che esista, sebbene assai raro, il passaggio di bacilli della tubercolosi attraverso un rene sano. In tale caso è necessario scoprire l'organo malato. Il passaggio del bacillo tubercolare attraverso il rene senza provocare lesioni è spiegato dalla grande resistenza di questo organo alle infezioni in genere, come risulta dalle ricerche del Relatore.

Le infezioni miste sono state riscontrate nel 52% dei casi; più frequente il b. coli, vengono in seguito stafilococco albo, treptococco e stafilococco ureo.

Il R. conclude il suo lavoro credendo di poter affermare che i progressi realizzati nella diagnosi della tubercolosi renale risiedano anzitutto nella maggiore divulgazione del metodo delle microculture e poi nella esplorazione radiologica con la pielografia endovenosa. St.

Sulla ipertrofia di cuore idiopatica congenita.

Il Prof. Carlo Manca in *Cuore e Circolazione* n. 10, prende in esame la cosiddetta ipertrofia congenita idiopatica di cuore, la cui interpretazione

patogenica resta del tutto sconosciuta. Egli descrive un caso di cosiddetta ipertrofia idiopatica congenita di cuore nella quale rileva delle particolari alterazioni strutturali della fibra cardiaca che egli interpreta come caratteri delle fibre embrionali. L'A. riporta l'aumento della massa del muscolo cardiaco ad un aumento numerico delle fibre (iperplasia) e non ad un aumento di volume delle singole fibre (ipertrofia). Questa alterazione del miocardio è dovuta ad una mancata differenziazione delle fibre muscolari cardiache per cause sconosciute.

St.

La diagnosi precoce del carcinoma dello stomaco. — A. BONADIES, *Il Policlinico*, Sez. Pratica, 2 novembre 1936.

L'A. precisa anzitutto che parlando di diagnosi precoce del cancro dello stomaco ci si deve riferire a quella fase del tumore nella quale la lesione è nettamente localizzata ad un punto determinato del viscere, non si è propagata agli organi vicini e non ha prodotto nemmeno le metastasi alle ghiandole regionali. L'importanza della diagnosi del tumore a questo stadio sta nel fatto che in queste condizioni soltanto è possibile eseguire un intervento chirurgico che dia speranza di risultati duraturi.

I mezzi attualmente disponibili per questa diagnosi precoce sono: dati clinici, dati radiologici, dati endoscopici. I dati clinici hanno solo valore di presunzione: il più probativo è la dispepsia accompagnata da rapido dimagrimento. L'esame obiettivo del malato è negativo nei casi veramente iniziali e neppure gli esami di laboratorio hanno grande importanza. L'avvento della radiologia fece sorgere grandi speranze ed invero i servizi che essa può dare sono in molti casi buoni, se il radiologo è veramente esperto. Tuttavia non di rado sfugge all'esame con i raggi X un tumore veramente iniziale, il quale sarà individuato troppo tardi. Di fronte a questa incertezza di mezzi diagnostici, l'A. passa ad esaminare che cosa può dare l'esame endoscopico. Egli ha eseguito numerosi esami gastroscopici in malati con tumori in varie fasi di sviluppo e si sente perciò autorizzato ad affermare che la gastroscopia è un metodo di grande valore diagnostico, in quanto che o permette la visione diretta del tumore o fa rilevare dei dati che conducono ugualmente in molti casi alla diagnosi esatta (emorragia nello stomaco, deformazione ed immobilità delle pareti dello stomaco, comparsa di spasmo funzionale del cardias ecc.).

Una volta diagnosticato il tumore occorre giudicare se esso è operabile: anche in ciò la gastroscopia è utile permettendo di cercare, cosa peraltro non facile, i limiti della lesione.

Questo mezzo di indagine infine, ha importanza non trascurabile anche nella profilassi di questa

grave malattia: infatti l'esame gastroscopico è capace di far scoprire quelle forme di atrofia della mucosa gastrica che rappresentano l'esito di gastriti croniche pregresse. Ora, poichè i portatori di queste lesioni sono i candidati al cancro dello stomaco, un'attenta osservazione di essi, permetterà al primo allarme, l'esecuzione dell'intervento chirurgico in una fase veramente precoce della malattia.

F. V.

Matrimonio e malattie sessuali.

La seconda edizione di questo libro diretto al grande pubblico più che al medico specialista è stato dall'autore A. De Nicola completato e aggiornato in molti capitoli risultandone un volume ricco di utili notizie e denso di cognizioni scientifiche.

Tutte le persone colte troveranno in queste pagine esposti con parole piane il quadro sintomatologico ed i criteri terapeutici per una cura della sifilide e della blenorragia. Notevole sviluppo hanno i capitoli che riguardano i metodi per l'accertamento della guarigione realmente avvenuta di queste malattie sessuali.

Le condizioni di ammissibilità al matrimonio dei sifilitici e dei blenorragici sono riferite con sano criterio clinico scevro da preconcetti in modo da riuscire utili non solo ai profani ma anche al medico generico che voglia aggiornare le proprie conoscenze.

L'importanza sociale dell'argomento è da ricercarsi non solo nell'eugenica della stirpe a cui oggi giustamente si tende ma anche dal punto di vista morale per la delicatezza che il problema riveste tra i coniugi. Senza preziosità, mantenendosi strettamente nel campo pratico l'A. espone i dati ed i consigli per l'ammissibilità al matrimonio.

Un capitoletto è dedicato al certificato prematrimoniale che è divenuto obbligatorio presso alcuni popoli nordici, in Italia è stato proposto uno schema di regolamento nel Congresso di Studi Sessuali ed Igiene Sociale, ma per molteplici ragioni la visita prematrimoniale è rimasta in sospeso. In attesa l'I.N.A. nei Centri di Torino, Padova e Messina, come ricorda l'A., pratica le reazioni sierologiche per la lue a tutti gli assicurati.

La questione del contagio del matrimonio è una delle più gravi anzi, come dice l'A. nella prefazione, in questi casi il matrimonio « è già naufragato, e se apparentemente esiste, intimamente è una sopportazione reciproca, una maschera che si porta durante tutta la vita, quando la possibilità ed opportunità non impongano la dissoluzione ».

Se anche le cose non saranno spinte a questo punto le dolci illusioni di un nuovo nido saranno troncate sul nascere, ed i fiori di arancio saranno troncati prima di appassire in una piatta realtà della vita.

St.

I muscoli degli atleti.

Per i tipi dell'editore Zanichelli, Giuseppe Lambertini Direttore dell'Istituto di Anatomia e di Istologia dell'Università di Ferrara ha scritto un libro su questo argomento.

Tale volume che l'A. ha voluto chiamare semplicemente « Saggio di anatomia sul vivente » porta un notevole contributo allo studio critico per un sano esercizio sportivo quale l'Era Fascista ha attuato con mezzi adeguati e decisa volontà. A punto perciò il libro sorto sotto gli auspici dell'Ispettorato Pre-Post-Militare e sportiva della Milizia V. S. N. è presentato dal Luogotenente generale On. Tardini e preceduto da una prefazione del Senatore Viola.

Il lavoro, sebbene tratti un argomento che potrebbe sembrare monotono come l'esposizione della miologia, è invece reso interessante da frequenti riferimenti di biologia e di clinica che fanno entrare il lettore nello spirito della funzione, spiegando l'ipermorfismo dei singoli muscoli dell'atleta. Speciale importanza riveste il capitolo del problema delle costituzioni in rapporto al tipo atletico muscolare.

Numerose fotografie mostrano, meglio delle virtuosità dei disegni, il muscolo che guizza sotto la pelle nell'attimo della contrazione permettendo anche ai non medici di individuare nel vivo i singoli muscoli. Completano il materiale illustrativo alcune pregevoli tavole di antichi anatomici e di artisti quali quelle di Leonardo e di Calcar allievo del Tiziano.

St.

La dottrina ortodontica.

E uscito in questo mese, in elegante veste tipografica il primo volume del *Trattato Analitico di Ortodontia* del Prof. B. De Vecchis (edito dall'A. Roma, Via Cornelio Celso n. 1. Roma).

L'A. insegnante di Ortodontia nella scuola di perfezionamento di Odontoiatria e Protesi dentaria della R. Università di Roma ha affrontato con la consueta competenza e con larghezza di vedute il vasto argomento. Fin'ora da noi questa parte dell'odontoiatria era stato oggetto di semplici articoli nelle riviste e non era mai stato oggetto di una trattazione sistematica. Il trattato del De Vecchis riempie perciò una lacuna nel campo della specialità, e, sebbene allo stato attuale l'ortodontia non è stata finora oggetto di notevoli studi da parte di italiani la trattazione che il De Vecchis ne fa, certamente invoglierà i giovani alla creazione e allo sviluppo di una tecnica di ortodontia italiana.

In questo primo volume è trattata la storia dell'ortodontia dalle origini fino ad Angle. Senza disconoscere l'opera dell'Angle creatore dei sei archi e del dogma del primo molare superiore l'A. mette in rilievo le lacune che tale metodo presenta e come l'avvenire dell'ortodontia sia riservato allo studio della biologia e della mola. I volumi successivi tratteranno appunto tale parte. Oltre duecento figure illustrano questo volume, abbellito anche dalla riproduzione di autentici capolavori d'arte.

St.

Mortalità per alcune malattie infettive in Grecia nell'anno 1935.

Riassumiamo dal « Bollettino mensile di statistica di Grecia » i seguenti dati sulle mortalità per alcune malattie infettive e parassitarie, per i primi 6 mesi dell'anno 1935, verificatesi nelle più importanti città della Grecia.

		Gen- naio	Feb- braio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	TOTALI
Atene	Tifo	4	2	4	4	1	6	21
	T. b. c.	179	179	173	173	184	167	1055
	Malaria	1	1	2	2	1	1	8
Pireo	Tifo	1	3	2	2	2	1	11
	T. b. c.	1	61	52	52	65	49	280
	Malaria	45	0	2	2	1	2	52
Salonico . . .	Tifo	2	0	2	2	1	1	8
	T. b. c.	45	50	—	—	48	41	184
	Malaria	3	3	2	2	2	7	19
								1668 Totale generale

Dott. BABILIADES.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

Dott. De Nicola A. — *Matrimonio e malattie sessuali* — 1936.

Vedi recensione in altra rubrica.

Prof. Dott. De Vecchis Beniamino — *Trattato analitico di Ortodontia* — 1936.

Vedi recensione in altra rubrica.

Lambertini Gastone — *I muscoli degli atleti* — 1936, Nicola Zanichelli Editore, Bologna.

Vedi recensione in altra rubrica.

Prof. O. Casagrandi — *Morbilità e mortalità nipiologica a Trieste dal 1922 al 1934*.

L'A. riporta i dati statistici raccolti dalla Dott. Cicin di Trieste circa la morbilità e mortalità infantile nel 1° anno di vita dal 1922 al 1934 a Trieste e mette in evidenza la grande importanza del controllo nell'alimentazione dei lattanti.

Dott. L. Angelone — *Influenza e Heine-Medin* — Estr. da «Progressi di Terapia», N. 2, 1932.

L'A. illustra un caso di poliomielite anteriore iniziatosi con sintomi apparentemente influenzali e fa considerare come tale malattia può facilmente venir confusa con l'influenza e come dinanzi ad una forma influenzale nei bambini si debba sempre pensare alla poliomielite anteriore.

Dott. L. Lupo — *Sulla diarrea dei lattanti* — Tipogr. Toscana, 1932.

L'A., descrive l'insorgenza, l'evoluzione e il metodo curativo della diarrea nei bambini allevati al seno e artificialmente.

Dott. G. Caselli — *Andamento della mortalità tubercolare nei Comuni della Valle del Metauro* — 1932, Fano, Tipografia Sonciniana.

L'A. dalla disamina accurata dei dati statistici studiati relativi al quinquennio 1926-1930, nella Valle del Metauro, ha rilevato che le condizioni climatiche e meteorologiche in rapporto alla mortalità T. B. C. non costituiscono in nessun modo l'accentuazione o l'attenuazione dell'endemia T. B. C. Ha pure constatato che la mortalità è maggiore nei giovani e nelle donne e che i fattori economici e sociali hanno una notevole influenza sulla mortalità T. B. C.

Dott. L. Angelone — *Esito favorevole di una grave lesione cranio-cerebrale da arma da fuoco* — Estr. dal «Policlinico», anno 1933.

Con questa comunicazione l'A. ha inteso esporre le patogenesi, diagnosi e trattamento di una grave lesione cranio-cerebrale da arma da fuoco, sottoponendo infine alla critica un semplice metodo per evitare le deprecate aderenze cicatriziali delle meningi con il cranio o con il cuoio cappelluto nel punto della lesione.

Dott. L. Angelone — *Considerazioni sulla eziologia e cura del mighiozzo* — Estr. dal «Policlinico» 1933.

L'A. esamina le cause del mighiozzo persistente

e ne discute la cura, di cui adduce due esempi; contesta il valore di una pratica preconizzata dal Dott. Laval, di New York, la quale non trova giustificazione nell'embriologia e nella teoria meta-merica.

Prof. F. Ciuffi — *Le pliche cutanee dorsali delle dita della mano nelle rigidità falangee* — Estr. dall'«Archivio di Antropologia Criminale e Medicina legale», Vol. LVI, 1936.

L'A. dopo un fugace accenno alle vecchie credenze sui segni della mano ed alla chiromanzia, trae argomento dallo studio delle pliche dorsali delle dita delle mani per mettere in rapporto le loro modificazioni coi vari fattori che le provocano specialmente allo scopo di svelare le eventuali simulazioni nelle diverse rigidità ed anchilosi, per la pratica medico-legale infortunistica.

Dott. Vicente de Pablo — *Medicacion local pulmonar por via intratraqueal* — Libreria Aniceto Lopez — Buenos Aires, 1933.

L'A. tratta della medicazione intratracheale delle malattie polmonari in modo da portare i medicinali sulla parte malata e come si debba procedere cautamente con tali metodi.

Dott. L. Angelone — *Gotta e uretrite* — Estr. da «Rivista di Terapia Pratica», 1930, N. 12.

Sono esposte le teorie delle uretriti gottose e sulla patogenesi di tale forma.

Dott. G. Caselli — *Variazioni della pressione arteriosa e delle pulsazioni cardiache in seguito a iniezioni di adrenalina* — Clinica Medica R. U. Bologna, 1925, Tip. Sonciniana, Fano.

In base a ricerche sperimentali l'A. ritiene che questo metodo per la diagnosi del sistema vegetativo di un soggetto è piuttosto ristretto concordando con Falta.

Prof. Dott. A. Furno — *Vivere lungamente in sanità* — Estr. dal N. 121 del «Giornale d'Oriente» di Alessandria d'Egitto, del 22 maggio 1936.

È un'esposizione per il pubblico dell'importanza della medicina preventiva e di tutte le previdenze sanitarie che l'I.N.A. offre ai propri assicurati.

Indagini analitiche sugli infortuni dell'anno 1933-XI — (Ist. N. F. Prev. Sociale), 1936, Roma.

Vengono considerati: 1° il valore delle risultanze delle indagini statistiche sugli infortuni, secondo il momento in cui vengono eseguite e lo scopo a cui sono dirette. 2° Le statistiche degli infortuni avvenuti nell'anno 1933. 3° Le statistiche degli infortuni con esito di inabilità temporanea. 4° La «frequenza degli infortuni»; l'impossibilità di stabilirla in modo anche approssimativo per tutte le industrie.

DALLE RIVISTE CHE RICEVIAMO IN CAMBIO

Annali di Medicina Navale e Colontale. — Vol. II,
Fasc. 1-2.

— Luglio-agosto 1936.

PERO, *Retrazione timpanica e permeabilità tubarica.*

MIRRA, *Su un caso di febbre a tipo setticemico, a decorso cronico, clinicamente criptogenetica, guarito con la tonsillectomia.*

STOLFI, *Torsione addominale cronica dell'Epiploon.*

SPINELLI, *L'essenza di bergamotto: nuovo antisettico nella pratica chirurgica in periodo di contro-sanzioni economiche.*

PONTRANDOLEFI, *L'ulcera dei tropici.*

CASTELLANI, *L'organizzazione sanitaria e la salute delle truppe durante la guerra d'Etiopia.*

Annali d'Igiene. — N. 8.

— Agosto 1936.

CASERIO, *Osservazioni e ricerche sul potere conservativo dell'acido p-ossi-benzoico.*

SANARELLI, *Un disinfettante nazionale; il bergamon - Argomenti d'attualità.*

Assicurazioni. — N. 3.

— Maggio giugno 1936.

D'AMELIO, *Sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni automobilistici.*

GOBBI, *Osservazioni sulle relazioni tra caratteri economici e giuridici dell'assicurazione.*

STOLFI, *Appunti nell'assicurazione per conto di chi spetta.*

TANAKA, *Caratteristiche del contratto di assicurazione.*

Assistenza Fascista. — N. 4.

— Aprile maggio 1936.

PENNAVARIA, *Assistenza fascista in Africa Orientale.*

LANDI, *La contropartita dei risparmiatori.*

BELLUCCI, *Servizi medico-assistenziali e carta del lavoro.*

DE FLORENTIS, *Fluttazioni ricorrenti alla morbilità epidemica.*

Baglivi (II). — N. 4.

— Luglio-agosto 1936.

CENTANNI, *Sulla presenza di un principio pirogeno e antipirogeno nella cultura batterica.*

FERRARINI, *Le lesioni muscolo-tendinee da sforzo.*

CARPI, *Vecchi e nuovi indirizzi in tema di pneumotorace artificiale terapeutico.*

FERRI, *Sui disturbi della nutrizione del lattante legati all'infezione grippale.*

MONTEMARTINI, *Alterazioni funzionali dello stomaco e dell'intestino da elettrotraumi.*

MILIO, *Infezione associata: sifilide e tubercolosi nell'infanzia.*

Biochimica e Terapia Sperimentale. — N. 9.

— Settembre 1936.

S. FIANDACA, *Influenza degli estratti preipofisari sulla glicemia nell'ipertemia passiva.*

RAVOTTI, *L'azione dei raggi ultravioletti sui reticolociti.*

Biologia Medica. — n. 9.

— Settembre 1936.

G. RADARLI, *Il potenziale di Ossido-riduzione in biologia e in patologia.*

AMBROSETTO, *Sulla meningite acuta linfocitaria benigna.*

Blätter für Verträumensärzte. — Fasc. 3.

— Luglio-settembre 1936.

KARWEL, *Osservazioni sul giudizio del rischio del servizio sanitario.*

RUMK, *Sulla determinazione della pressione arteriosa.*

VAJDA, *Sulla riforma del certificato del medico fiduciario.*

Bollettino della Lega Italiana per la lotta contro il cancro. — N. 4.

— Luglio-agosto 1936.

STEFANINI, *I tumori del funicolo spermatico.*

MORELLI, *Sopra l'azione cancerogena di alcuni idrocarburi policiclici.*

Bollettino Statistico del Governatorato di Roma. — n. 4.

— Aprile 1936.

Cinema. — N. 10, 1936. — Quindicinale di divulgazione cinematografica.

Critica Medico-Sociale. — N. 1.

— Ottobre 1936.

SOLMI, *Il Regime per la bonifica umana.*

TROPEANO, *La medicina sociale: suo contenuto e necessità di diffusione.*

TILGHER, *Giudizi e consensi a Critica Medico-Sociale.*

PENDE, *Nuovi orientamenti per la protezione della madre e del fanciullo.*

Chirurgia Plastica (La). — N. 2.

— Aprile giugno 1936.

GAMBERINI, *Contributi di deformità e assenza della vagina - Creazione di vagina artificiale - Esiti a distanza.*

SICCA, *Retrazione cicatriziale del palmo della mano: Plastica con lembo tubulato.*

FORONI, *Ricostruzioni dei fornici congiuntivali per una buona e duratura protesi.*

USAI-GALLARDO, *Su la rioperazione delle rughe.*

MANNA, *Vaccini e immunità locale in chirurgia plastica.*

LODOLINI, *Precursori mitologici e favolosi*

Diagnostica e Tecnica di Laboratorio. N. 6.

— Giugno 1936.

CALABRÒ, *Ricerche intorno all'azione di taluni batteri sull'agar dell'esculina.*

DECHIGI, *Come si isola l'emofilo pertossico di Bordet-Gengon e come lo si differenzia dall'emofilo influenzale di Pfeiffer.*

BARBINI, *Rilievi sulla ricerca quantitativa dei germi negli esami batteriologici di acqua.*

CITRINI, *Sulla conservazione dei caratteri dei ceppi batterici variati.*

Difesa sociale. — N. 9.

— Settembre 1936.

A. BELLEI, *L'aborto interno e i suoi rapporti con l'assicurazione maternità.*

E. PONZI, *Cancro dell'utero e attività genitale della donna.*

- Folla Medica.** — N. 19-20.
— Ottobre 1936.
DI PRISCO, *Ricerche sulla tossicità dell'acetone su alcuni reperti nella narcosi acetonica sperimentale della cavia.*
VESCE, *Azione dell'acetone sul tasso glicemico, sulla glicemia alimentare e sulla emoglicolisi in vitro su sangue normale.*
MARESCA, *L'acidità urinaria nell'alcolismo cronico.*
PANSINI, *La terapia del reumatismo.*
MAURO, *Sulla morbilità degli operai dolciari nella provincia di Napoli.*
- Giornale di Medicina Militare.** — N. 9.
— Settembre 1936.
MAZZETTI, *Cotone e fibre artificiali negli usi sanitari.*
PORRA, *Navigazione aerea e profilassi delle malattie infettive.*
IMPALLOMENE, *Dell'indagine radiologica nella bilharziosi uro-vescicale.*
MASSA e MENNONNA, *Vaccino-profilassi nelle truppe indigene per la meningite cerebro spinale epidemica.*
MASSA, *Febbre esantematica da zecche, a Mogadiscio.*
TESTA, *Ciglia in camera anteriore.*
D'IGNAZIO e PERRUCCIO, *Considerazioni su un caso di encefalopatia arsenobenzolica.*
- Il Giardino d'Esclusario.** — N. 4.
— Ottobre 1936.
ERASMO (medicina e medici erasmiani) *Hufeland e l'arte di prolungare la vita.*
- Ingegneria.** — N. 27.
— Settembre-ottobre 1936.
SEMENZA, *Comunicazioni e mezzi di trasporto collettivi.*
FLUMIANI, *L'azione dell'Istituto autonomo per le case popolari di Varese.*
GUTIERREZ-DIKANSKI-MACCIACHINI, *Per la Casa del Popolo. — Tecnica e legislazione sanitaria.*
- La Cultura Medica Moderna.** — N. 10.
— Ottobre 1936.
BASILICO, *La dissociazione del bacillo del tifo nel corso dell'infezione tifoidea nell'uomo.*
STASSI, *Via di penetrazione nel rene di sostanze coloranti introdotte nel bacinetto di reni staccate o di animali uccisi.*
- La Medicina del Lavoro.** — N. 8.
— Agosto 1936.
BASSI e GHEZZI, *Ricerche sperimentali da intossicazione da acetone.*
BASSI, *Quadro ematologico e numero dei vermi anchilostomiasi.*
- La Meteorologia Pratica.** — N. 4.
— Luglio-agosto 1936.
CECCHINI, *Le correnti aeree al suolo ed a quota a Taranto.*
RONCALI, *Le correnti aeree al suolo ed a quota a Ancona.*
ROCCHI, *La Calorimetria degli olii di oliva in rapporto all'altitudine e all'esposizione della pendice.*
PAOLONI, *Radiometeorologia e Radiobiologia.*
PAOLONI, *Medie mensili delle osservazioni radioatmosferiche eseguite nei mesi di marzo e aprile 1936 in 25 Stazioni R. T.*
- L'Assicurazione Italiana.** — N. 9.
— Settembre 1936.
LAMBERTI-BOCCONI, *I premi che pratica il Consorzio Italiano Rischì Taratì.*
GHIARA, *L'assicurazione Grandine e gli Agricoltori.*
- L'Assistenza Sociale Agricola.** — N. 4-5.
— Maggio-giugno 1936.
CARDINI, *Il colpo di sole.*
BALLOTTA, *La campagna antitubercolare fra i rurali.*
MORI, *Note pratiche di patologia dei lavoratori dei campi della Regione Toscana.*
PISTOLESE, *L'assistenza sociale nell'Africa Orientale.*
- L'Attualità Medica.** — N. 9.
— Settembre 1936.
SANNICANDRO, *Gli ormoni gonadostimolanti.*
VENNEY, *Cura poliormonica del cancro.*
FILIPPINI, *L'interferometria.*
- L'avvenire ostetrico.** — N. 10.
— Ottobre 1936.
Problemi di Nipiologia.
Le anomalie della contrazione dell'utero partorienti.
Ricerche statistiche cliniche sulle malattie veneree e sulla lue.
Animali autolesionisti e autochirurgi.
- Le forze sanitarie.** — N. 19.
— Ottobre 1936.
ARCANGELI, *Etiologia dell'asma bronchiale.*
BIONDI, *Il funzionamento della perizia medica.*
PERINI, *Nel decennale della morte di Antonio Grossich.*
- L'Italia odontologica.** — N. 4.
— Luglio-agosto 1936.
GASPARINI, *Paradentiti e Paradentosi.*
BABINI, *L'acciaio inossidabile nella protesi dentaria.*
PLITZNER, *Illuminazione razionale.*
- Lotta contro la tubercolosi.** — N. 9.
— Agosto 1936.
MAGGIORA-VERGANO, *Ulteriori tentativi di ricupero di virulenza dei B di K. attenuati.*
CORBIA, *Aspetti di patologia tubercolare nell'infanzia rilevati in un centro di alta mortalità: Nota II. La tubercolosi post-primaria.*
TUMMINELLO, *Sulla pleurite essudativa emorragica in corso di pneumotorace terapeutico.*
GAETA, *L'apicolisi con piombaggio.*
GUGLIELMETTI, *Sul trattamento dell'empima parapneumotoracico con detensione progressiva — Rilevi clinici, meccanismo d'azione e tecnica.*
- La medicina Internazionale.** — N. 5.
— Settembre-ottobre 1936.
MORPURGO, *Tabacco e carcinoma della bocca.*
SALMON, *Spasmo facciale d'origine mesocefalica, di natura probabilmente epilettica.*
- Medicina nuova.** — N. 9.
— Settembre 1936.
LEPORE, *Fisiopatologia del simpatico.*
FRANCIONI, *Alcune considerazioni sull'odierno trattamento tannico delle ustioni in rapporto con un vecchio metodo di cura usato empiricamente nell'isola del Giglio.*

- Monde medical.** — N. 188.
— Ottobre 1936.
- RANDOIN, *La natura chimica delle vitamine e la loro funzione negli organismi animali.*
- DEBRÉ, *La vitamina A.*
- LESNÉ, *Vitamina B antinevritica, di crescita e di sostentamento.*
- MOURIQUAND, *La vitamina C innanzi alla clinica ed all'esperienza.*
- MARFAN, *Vitamina D, principio antirachitico, ergosterolo irradiato.*
- SIMONNET, *Vitamina E ed avitaminosi.*
- BABONEIX, *Conclusioni generali.*
- L'ospedale maggiore.** — N. 8.
— Agosto 1936.
- LIMITO, *Osservazioni cliniche e terapeutiche sull'anchilostomiasi.*
- TANSELLA, *Variazioni dell'equilibrio proteico del sangue nel corso di una curva glicemica da carico con e senza insulina in individui normali ed epatopazienti.*
- Rivista Italiana della Tuberculosis.** — N. 7.
— Luglio 1936.
- CASANOVA, *La coproporfirina, urinariale e fecale dei tubercolosi.*
- PASOLI, *La lattogelificazione di Kopaczewski nella tubercolosi polmonare.*
- La rassegna di clinica terapia e scienze affini.** — N. 4.
— Luglio-agosto 1936.
- SERONO-MONTEZEMOLO, *Sul comportamento dell'alcoolemia dopo somministrazione di insulina.*
- MORRELLI, *Contributo allo studio dei tumori delle linfoghiandole.*
- FIORI, *Sui pericoli dell'uso degli antigrignomici arsenicali.*
- BROUSSARD, *Importanza della vitamina A col colesterolo in alcune affezioni, con speciale riguardo agli stati pretubercolari.*
- Rassegna di medicina applicata al lavoro industriale.** — N. 5.
— Ottobre 1936.
- DE MAJO, *La parotite saturnina.*
- LENZI, *La Pneumonosi del titanio.*
- SCARTOZZI, *Sul fenomeno d'ostacolo di Donaggio nella fatica sportiva in alta montagna.*
- GALEAZZI, *Sulla idoneità militare dei tipografi.*
- Rassegna clinico scientifica.** — N. 10.
— Ottobre 1936.
- IZAR, *Epatite melitense.*
- CLIVIO, *Un caso di gravidanza in donna paratiroideotomizzata.*
- REDANELLI, *L'attuale sistemazione delle cosiddette «blastomicosi».*
- CASTIGLIONI, *Pagine di storia del pensiero medico mediterraneo.*
- Rassegna Monetaria.** — N. 3-4.
— Marzo-aprile, 1936.
- La Rassegna monetaria: Banca d'Italia 1935.*
- Il discorso di S. E. il Capo del Governo alla II Assemblea delle Corporazioni.*
- F. S., *Lo Statuto corporativo del Campidoglio.*
- SPINEDI, *Ordinamento bancario corporativo.*
- RICCI, *Esercitazioni numismatiche universitarie.*
- BENASSI, *Esegesi e cronologia della moneta di Rechiaro.*
- BORRELLI, *Errate attribuzioni di monete e medaglie.*
- Ricerche e studi sulla Patologia del ricambio** — N. 1.
— Gennaio-giugno 1936.
- SCALA, *Azione del cloruro di sodio sui corpuscoli rossi del sangue delle rane e sulle opaline.*
- RINALDI, *I colloidi in vitro e la loro importanza nella fisiopatologia animale.*
- Rivista delle stazioni di cura soggiorno e turismo.**
— N. 10.
— Ottobre 1936.
- Prof. PIRRY (Lyon), *L'evoluzione sociale del Termoclimatismo internazionale.*
- Securitas.** — N. 10.
— Ottobre 1936.
- PANCHERI, *La Pneumoconiosi da silice. — Note etiopatogenetiche e cliniche.*
- MAURELLI, *Gli infortuni sul lavoro in Italia, nel « Bilancio Consuntivo 1935, XIII-XIV E. F. dell'I.N.F.A.I.L. » e nelle « Indagini analitiche » che l'accompagnano.*
- FAGIOLI, *Apparecchi per il trasporto delle bombole per gas compressi.*
- Terapia.** — N. 206.
— Ottobre 1936.
- TRON, *Osservazioni sulle ricadute e sulle recidive della difterite.*
- GAY, *Verso l'ormonoterapia della ipertrofia prostatica.*

Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari.

A Rocca Bernarda (Catanzaro) il Dr. Olivetti Annibale.

A Bagli di Lucca (Lucca) il Dr. Lucchesi Italo.

A Casatista (Pavia) il Dr. Merlo Giuseppe.

A Nardò (Lecce) il Dr. Sambati Cosimo.

A Cimina (Reggio Calabria) il Dr. Zucco Domenico.

A Palmi (Reggio Calabria) il Dr. Genova Francesco.

A Mugnano del Cardinale (Avellino) il Dr. Magnotti Michele.

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.