

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno VI
Numero I
15 febbraio
1937 - XV

Spedizione in abbonamento postale - Perugia

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



Corporate Heritage
& Historical Archive

La sottoscrizione al prestito redimibile 5^o/_o col mezzo di una polizza dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

È già stato ripetutamente portato a conoscenza del pubblico che l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni offre

ai piccoli e medi proprietari rurali

la possibilità di frazionare in 15 o 20 anni l'onere della sottoscrizione obbligatoria al Prestito Redimibile 5^o/_o, mediante la stipulazione di un contratto di assicurazione. È stato pure reso noto che l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, sostituendosi in tal modo immediatamente ai piccoli e medi proprietari rurali che aderiscono alla speciale assicurazione, *versa per loro conto allo Stato l'importo da essi dovuto a termini di legge.*

La procedura stabilita per il conseguimento di queste eccezionali facilitazioni da parte dei proprietari rurali è semplice e ben precisa:

1° il proprietario riempie due moduli (*A* e *B*) che sono distribuiti, a chi li richiede, dalle Agenzie Generali e Locali dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, rispondendo al formulario in essi contenuto; trattiene poi per sé il modulo *A* e fa pervenire o consegna all'Agente dell'Istituto il modulo *B* debitamente sottoscritto. Questo secondo modulo costituisce la « *prenotazione* » che impegna il proprietario a firmare successivamente una regolare proposta di assicurazione per un capitale pari a quello che egli è tenuto a versare a termini di legge;

2° l'Agenzia Generale dell'Istituto, appena in possesso del citato modulo *B*, provvederà a farsi rilasciare dall'Ufficio Distrettuale delle Imposte, per conto dell'interessato, il certificato di accertamento, di cui all'art. 15 del R. D. L. 5 ottobre 1936 n. 1743;

3° dopo di che l'Agenzia Generale farà pervenire all'interessato:

- la « *proposta di assicurazione* » già compilata;
- il « *modulo di conto corrente* » pur esso già compilato e a mezzo del quale l'interessato provvederà immediatamente al versamento della prima rata annuale di premio (più, per una volta tanto, L. 6 per costo di polizza e del certificato di accertamento);
- la « *polizza provvisoria* » valevole a tutti gli effetti;
- la « *dichiarazione liberatoria* »;

4° l'interessato dovrà allora presentare la « *polizza provvisoria* » e la « *dichiarazione liberatoria* » all'Esattoria, la quale tratterrà quest'ultima dandone ricevuta sulla polizza, che rimarrà invece in possesso dell'interessato fino a che l'Istituto non gli consegnerà quella definitiva.

È bene aggiungere che la « *dichiarazione liberatoria* » consegnata come sopra accennato all'Esattoria, ha per conseguenza l'immediata liberazione della proprietà dal privilegio verso lo Stato, essendosi l'Istituto sostituito al proprietario nel pagamento da lui dovuto in base al Decreto su ricordato.

Con ciò l'operazione è compiuta e l'interessato non avrà che da riprendere, a partire dal 2° anno, il pagamento delle quote di premio, non più in rate *annuali*, ma in rate *bimestrali*, attraverso la Esattoria delle Imposte, nei cui ruoli, data l'obbligatorietà del pagamento, tali rate di premio saranno state iscritte.

A questa semplicità di procedura, che, tra l'altro, conferisce all'assicurato il privilegio eccezionale di poter ripartire in 15 o 20 anni un pagamento che avrebbe potuto altrimenti riusciregli gravoso e difficile, si aggiungono gli insuperabili benefici della previdenza assicurativa. Infatti, fermo restando che i titoli del prestito sottoscritti, saranno consegnati all'assicurato, se invita alla scadenza del contratto, rimane pure convenuto che i titoli stessi saranno immediatamente consegnati in libera proprietà agli aventi diritto, con rinuncia da parte dell'Istituto delle rate di premio ancora da scadere, nel caso in cui l'assicurato venisse a mancare dopo il primo anno del contratto e prima del termine del contratto stesso.

Per chiarimenti rivolgersi alle Agenzie Generali e locali dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

L'ASSISTENZA SANITARIA

BIMESTRALE DI MEDICINA PREVENTIVA
E DELLE ASSICURAZIONI VITA

Direttore Prof. Dr. ILARIO ROMANELLI

A N N O V I

1937 - (XV-XVI E.F.)

16786/4

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE - VIA SALLUSTIANA, 51

Redattore Capo : Dott. ALBERTO STARNA

EDITO A CURA DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI - R O M A



Corporate Heritage
& Historical Archive

INDICE ALFABETICO PER MATERIA

(I lavori originali sono indicati in grassetto, le recensioni ampie sono seguite dal nome dell'Autore)

A

- Aborto** — *Questioni di attualità nell'...*, 468.
- Accesso epilettico** — *Nuove conoscenze sull'etiologia dell'... e loro importanza in medicina legale e militare*, 469.
- Acido urico** — *Il ricambio dell'... endogeno nell'ipertemia provocata*, 466.
- Acromegaliche** — *Sul quadro radiografico delle alterazioni... dei corpi vertebrali secondo Erdheim*, 399.
- Albania** — *Osservazioni sulla malaria in...*, 399.
- Alimentazione** — *L'ora dei pasti e l'...* (CONFORTO), 7.
- Albuminuria** — *La prognosi delle...* (STARNA), 251.
- Allergia** — *I processi deidrogenativi in varie condizioni di... con speciale riguardo alla t. b. c.*, 79.
- *L'... cutanea nell'infezione streptococcica negli indigeni in A. O. I.*, 146.
- Alopecia** — *Ricerche cliniche sopra l'... areata*, 147.
- Ameba** — *Due casi di ascesso epatico da...*, 466.
- Anchilostomiasi** — *Sull'aspetto delle granulazioni dei leucociti eosinofili nell'...*, 79.
- Andatura** — *L'...* (STARNA), 153.
- Anemia perniziosa** — *... in soggetto luetico e diabetico*, 466.
- Angina pectoris** — *La frequenza della...: criteri moderni di diagnosi e prognosi* (STARNA), 93.
- *..., asma cardiaco e tiroidectomia*, 398.
- Antipritici** — *Ricerche sperimentali sulle fisiopatologie dei portatori di indumenti...* (FERRI), 74.
- Attinomiceti** — *Sulla sistemazione degli... proposta del nuovo genere. Asteroides*, 145.
- Aceto** — *Osservazioni sul potere battericida dell'... ratadinizzato*, 145.
- Appendicite** — *Contributo alla casistica e alla clinica dell'... cronica*, 79.
- *L'... cronica*, Margottini, 232.
- Artriti** — *I medicinali e il metodo Rivaldi per la cura delle...*, 238.
- Ascessi** — *Il trattamento degli... polmonari con le onde corte*, 320.
- Asmatici** — *L'ambulatorio per... durante il quinquennio 1932 1936*, 213.
- Assicurativa** — *Relazione di medicina...* (SECHER), 418.
- Assicurazione** — *L'... degli sportivi* (OTTANI), 224.
- Assicurazioni Sociali** — *Medici di ospedali nell'...*, 467.

Assideramento — *Effetti del pretrattamento con ossalato sodico nell'...*, 218.

Assistenza — *... igienica e morale dell'esercito*, 319.

Azotemia — *Proposta di modifica alla tecnica dell'...* (RESTIVO).

B

Bacteriche — *Osservazioni sulle variazioni ...*, 145.

Battericida — *Il potere ... dell'urina verso il bacillo di Koch nella t. b. c. chirurgica*, 239.

— *Sul potere ... di vari metalli con speciale riguardo allo zinco*, 400.

Bilharziosi — *Di 22 casi di ... neo-vescicale in Sicilia*, 300.

Biliari — *Contributo alle anastomosi tra vie ... e tubo gastro-enterico*, 146.

Blastomatosi — (vedi *Tumori maligni*).

Bronchiectasie — *Le ... dei lobi superiori*, 160.

Broncografia — *La ... per le vie transnasali*, 217.

Broncopolmonite — *La proflassi della ... nella prima infanzia*, 148.

Brucellare — *Infezione ... per via auricolare nella cavia e nel coniglio*, 216.

C

Calcio — *Il ... nell'organismo umano*, 78.

Calciocolesterinica — *L'influenza della terapia ... e lecitinica ecc.* (SANTI), 78.

Calcoli — *L'azione della bile di animali diversi sui ... umani*, 148.

Cancro — (Vedi *Tumori maligni*).

Cardiaca — *Sindrome ... dell'altipiano abissino*, 147.

— *La prognosi delle lesioni ...* (LEWIS), 234.

— *Sul ritmo ... o a più tempi*, 300.

Cardiopatie — *I traumi, eziogenesi delle ...*, 159.

Cardiopazienti — *La reazione di Hijmens Van den Berg nei ...* (GIORDANO), 71.

Cardiovascolare — *Per l'accertamento di uno stato latente di insufficienza ...* (BASSI), 395.

Carne — *... bianca o ... rossa?* (GIORDANO), 11.

Cartella — *La ... clinico radiologica integrale*, 217.

Cause di morte — *Tipo somatico e ...* (GALLORO), 47.

Caverne t. b. c. — *La clinica delle ... ed i suoi errori ecc.*, 218.

Cavitarie — *Contributo radiologico alla conoscenza delle formazioni endo ... e polmonari*, 148.

Chinino — *Azione del ... sul metabolismo basale*, 78.

Chirurgia plastica — *Definizione, fini e campo d'azione della ...* (MANNA), 77.

Circolatorie — *Turbe ... del capo, accessionali, estra-apoplettiche* (JOANA), 71.

Cirrosi — *... biliare tipo Laennec*, 147.

Cisti — *... solitarie del rene*, 148.

Colesterinemiche — *Il valore delle frazioni ... nella prognosi degli ipertesi e dei diabetici* (FIANDACA), 337.

Colonia — *Fenomeni di adattamento, manifestazioni morbose ed esame dei soggetti destinati all'A. O. I.* (D'IGNAZIO) 73.

Colpo di calore — *... e timectomia, glicemia e variazioni ecc.*, 467.

Costituzionalismo — *... e medicina preventiva* (STARNA), 381.

Coronarici — *L'elettrocardiografia nella prognosi dei disturbi ...* (COLOMBI e GOZZUTTI), 314.

Costituzione — *La ... nella patogenesi della tubercolosi e nel giudizio di dipendenza da cause di servizio* (ROLANDO), 70.

Cuore — *La palpitazione di ...*, (STARNA), 82.

D

- Demenza precoce** — **Il giudizio di invalidità nella ...** (FIANDACA), 190.
Demografico — *Il problema ... dal punto di vista medico politico-sociale*, 467.
 — *Lezioni di cultura ...* (CANTIERI), 478.
 — *Movimento ... in Austria nel quinquennio 1931-1935* (FÜRTH), 237.
Dermatosi — *Le ... invisibili*, 159.
Diabete — *La ereditarietà del ...* (MASSA), 394.
 — *L'importanza pratica della glicemia a digiuno per la diagnosi di ...* (GERHARDIOVÀ e POSTRANECKY), 394.
Diabete — **... medicina in A. V. dal punto di vista medico legale** (CONFORTO), 363.
 — *Traumi nella patogenesi del ...*, 146.
 — *... e tubercolosi* (CANNAVÒ, 316.)
Diabete renale — *Sopra un caso di ...*, 299.
Dialisi — *Nuove tecniche di ... applicate alle soluzioni proteiche*, 213.
Diastasio — *Sulle variazioni del potere ... della saliva nelle affezioni dello stomaco*, 238.
Disinfezioni — **Contagi e ...** (GRANDE), 60.

E

- Echinococco** — **Cisti da ... e Assicurazione Vita** (CICU), 26.
 — *Azione del liquido di cisti da ... sulla struttura della milza*, 79.
Elettrocardiografia — **L'utilizzazione dell' ... nell' A. Vita** (GIANNONE), 301.
Elettrocardiografiche — *Osservazioni cliniche e ... nell'insufficienza aortica*, 79.
 — *Variazioni ... nel tabagismo e nicotinismo*, 78.
Elioterapia — *... ed eliomania*, 377.
Emofilia — *Su di un caso di ... renale* (SANTI), 77.
Emorragia cerebrale — *Sulla patogenesi dell' ...* (LHERMITTE), 231.
Emottisi — *Le violenze morali e materiali nella amenorrea definitiva e nelle ... vicarianti*, 216.
 — *Sulla patogenesi delle ... nella t. b. c. polmonare*, 217.
Endocardite — *L' ... meningococcica*, 470.
Endocrinopatie — *Contributo clinico allo studio delle ... famigliari*, 215.
Enterocoliti — *Considerazioni sulle ... aspecifiche ed amebiasi*, 319.
Epatica — **La funzionalità ... e le rispettive prove d'indagine in Ass. Vita** (CIATTI), 171.
 — **I sintomi della piccola insufficienza ...** (BIASOTTI), 221.
Epidemiche — *Le malattie ... in Grecia durante il 1937* (BASILIADES), 393.
Eritrea — *Relazione sulla meningite cerebrospinale in ...*, 376.
Ernia — *L' ... in rapporto agli infortuni sul lavoro*, 236.
Esantematica — *Contributo allo studio della febbre ... estiva* (CASELLI), 78.
Esantematiche — *Malattie ... meno note e più discusse*, 147.
Esercito — *Il problema della difesa igienica dell' ... in guerra sotto l'aspetto logistico*, 468.
 — *Il servizio oculistico nell' ... Italiano durante la guerra mondiale*, 468.
Esostosi — *... multiple da crescita*, 160.
Età — *La possibilità di raggiungere l' ... di 65 anni*, 317.

F

- Fegato** — **Le malattie del ...**, 239.
 — **La palpazione del ...** (FIANDACA), 471.
Fenomeno d'ostacolo — **Comportamento del ... di Donaggio nella vaccinazione**, 146.

- Ferite* — Note cliniche e considerazioni sull'andamento delle ... di guerra, 146.
Fibromi — (Vedi Tumori).
Fosgene — Intorno alle dottrine sul meccanismo d'azione del ..., 378.
Fosfagene — Modificazioni al metodo di Sohmann per il dosaggio del ... muscolare, 147.
Frenicectomia — Risultati lontani della ... (COURTOIS e le CLERCQ).

G

- Gastroduodenale* — Risultati del trattamento dietetico chirurgico e parenterale nell'ulcera ... (SANWEIS), 476.
 — Gli esiti lontani degli interventi nell'ulcera ... (UFFREDDUZZI), 476.
Genitale — Manifestazioni infiammatorie, dell'apparato ... maschile, 212.
Geografia — La densità della popolazione nella storia della ... (REVELLI), 76.
Glicemia — ... e paratiroidi 478.
Glicemiche — Rilievi pratici desunti dallo studio comparato delle curve ... da glucosio, levulosio, ecc., 146.
 — Influenza dell'acetone sulle modificazioni ... da insulina ecc., 147.
Glomerulonefrite — Importanza fisiopatologica e clinica nelle ipertensioni della ... diffusa acuta, 467.
Gonococcica — Artrite ... dell'alluce (SANTI), 77.
Gravidanza — La reazione di Zambrini nella ... normale e patologica, 77.
Guerra — L'organizzazione sanitaria durante la ... d'Etiopia (CASTELLANI), 77.

I

- Illuminazione* — I danni della scarsa ... (VELE), 407.
Igieniche — Norme ... per chi si reca in Colonia, 466.
Incontestabilità — La clausola di ... delle polizze dell'I.N.A. nella giurisprudenza (MARSELLA), 136.
 — Le dichiarazioni false dell'assicurando in rapporto alla clausola d' ... (MARSELLA), 40.
Inquinamento — L' ... dell'aria della città (SUPPLÈ), 138.
Infortuni sul lavoro — L'ernia in rapporto agli ..., 236.
Insegnamento — ... della medicina della A. Vita (ROMANELLI), 31.
Intossicazione — ... professionale da nitrato potassico, 146.
Intossicati — La reazione alla dietilammina per la ricerca dello zinco nelle urine degli ... professionali, 215.
Invalidità — Il giudizio di ... nella demenza precoce (FIANDACA), 190.
Invalidità — Dell' ... e della pre ..., 400.
Iperglicemia — Sul fenomeno paradosso dell' ... iniziale postinsulinica.
Ipertensione — Sulla patogenesi e sulla profilassi dell' ... essenziale (ARUSPERGER), 72.
 — La profilassi dell' (ARUSPERGER), 73.
 — L' ... arteriosa maligna (RISER, COAUDAU), 159.
 — L'autoemoterapia nell' ... da menopausa, 159.
 — Note di terapia alimentare in tema ..., 159.
 — Nuova terapia pluriormonale per la ... arteriosa, 398.
Iprite — Ricerche sulla sensibilità individuale della cute umana all' ..., 468.

L

- Latte* — *Contributo allo studio dei globuli del grasso nel ... materno e vaccino*, 400.
- Lavoro* — *Legislazione del ... e ordinamento sindacale corporativo nelle Colonie*, 469.
- *Possibilità di ... nei pneumotoracizzati*, 215.
- *Fisiologia ed igiene del ... agricolo* (NARDI), 246.
- Lavoro muscolare* — *Il combustibile di scelta nel ...*, 148.
- Lebbra* — *La ... in Eritrea*, 216.
- *Guaribilità e cura della ... allo stato attuale*, 217.
- Legge* — *La ... sulle malattie professionali e il suo regolamento*, 399.
- Legge infortuni* — *La nuova ... in un volume del Patronato Nazionale*, 237.
- *Criteri d'interpretazione della nuova ... in riferimento alle concause posteriori d'invalidità*, 466.
- Leggi* — *Le ... per le funzioni del sanitario condotto* (FRENGUELLI), 75.
- Legislative* — *Il sanitario condotto e le norme ...* (FRENGUELLI), 317.
- Legislazione corporativa* — *Un manuale di giurisprudenza e ... sindacale* (DI LAURO), 237.
- Leishmaniosi* — *Diagnosi differenziale tra lupus e ...* (PELI), 78.
- *Su di un caso di ... viscerale*, 299.
- Lebbra* — *La diagnosi precoce della ...*, 148.
- Lipidi* — *Ricerche sperimentali sulla funzionalità epatica del ricambio dei ...*, 376.
- Lipidico* — *Disturbo del ricambio ... nei portatori di tumore maligno*, 319.
- Lipoidi* — *Nuove conoscenze sul rapporto tra ... e immunità*, 147.
- Longevità* — *Dieta e ...* (CORNWALL), 394.
- *In tema di ...* (PEARL), 317.
- Luetica* — *Aspetti d'infezione ... tra gli indigeni dell'Impero*, 378.

M

- Malaria* — *Considerazioni sull'infezione della ...* (MANOZZI), 284.
- *La ... nelle nostre Colonie Africane*, 319.
- *La ... e l'Esercito*, 319.
- *Litiasi biliare e ...* 480.
- Malato* — *Il ... immaginario* (STARNA), 402.
- Matrimonio* — *Il ... e la longevità* (STARNA), 149.
- Medicina Assicurazione Vita* — *La ...* (ROMANELLI), 69.
- *Il giudizio prognostico in ...* (ROMANELLI), 357.
- *Relazioni di ...* (SECHER), 418.
- Medicina del lavoro* — *Rapporto tra ... e l'assicurazione vita* — (GALLORO), 128.
- Medico-legale* — *Considerazioni ... sull'importanza dell'epoca e del luogo di perfezionamento di un contratto Assicurazione Vita* (BARNABEI), 42.
- Medicina preventiva* — *Costituzionalismo e ...* (STARNA), 381.
- *La ... nella pratica privata* (LIBER), 474.
- Medicina sociale* — *Storia e funzione della ...* (FAMBRI), 397.
- *Alcune considerazioni di ... nelle cartelle biotipologiche*, 239.
- Mela* — *Un frutto d'inverno: La ...* (STARNA), 409.
- Mingere* — *La difficoltà di ...* (STARNA), 243.
- Miracolo* — *Prove mediche del ...* (LE BECK), 76.
- Morbilità* — *Studio clinico statistico sulla ... fra la gente di mare ecc.*, 466.
- Mortalità* — *La ... dei lattanti in Austria*, 80.
- *L'uso di una tavola di ... generale europea*, 80.

- Mortalità* — *Le più recenti tavole di ... delle nazioni straniere*, 240.
 — *L'andamento della ... e della morbilità in Grecia* (BASILIADES), 391.
 — *I capisaldi della prevenzione nazionale della ... infantile*, 377.
 — *La ... a New York nel 1936*, 394.
Morte — *Cifre della vita e della ...* (NICEFORO), 157.
 — *La dichiarazione delle cause di ... e i medici curanti* (ICHOK), 396.
Mosche — *La lotta contro le ... in Italia* (RUATA), 163.

N

- Narcolessia* — ... e *amigliari* (RICCI), 77.
Nevrosi — *Sulla diagnosi della ... cardiaca* (CASTELLI), 134.
Nefriti — *Contributo alla conoscenza delle ... acute di guerra*, 147.
 — *La cura delle ... azotemiche*, 217.

O

- Obesità* — *Metodi di cura dell' ...* (COOMBS-READER), 150.
 — *Il regime alimentare di 1000 calorie contro l' ...* (ALBERTI), 151.
 — *Ricerche sull'origine dell' ...* (HOTENY), 152.
 — *La patogenesi della ... in rapporto all'attività incretorica ipofisaria*, 480.
Occhiali — *Gli ... da sole* (VELE), 242.
Oculistica — *L' ... nella Medicina Generale in rapporto all' A. V.* (VELE), 427.
 — *Il servizio ... nell' Esercito Italiano durante la guerra mondiale*, 300.
Odontomi — *Gli ... «foci» nei casi di infezione stomatogena*, 145.
Oleotorace — *Modificazioni istologiche del polmone sotto l'azione dell' ...*, 79.
Organizzazione — *L'organizzazione sanitaria e la salute delle truppe nella guerra d'Etiopia* (CASTELLANI), 73.
Ormoni — *I tuoi ..., il tuo destino* (VENZMER), 73.
Ossificazione — *Considerazioni sopra un caso di ... da trauma*, 79.
Osteite — ... *cronica primitiva del femore destro*, 147.
 — ... *fibrocista dell'acromion*, 79.
Osteomielite — ... *cronica primitiva del femore destro*, 147.
Ovarici — *Saggi di ormoni ... ed ipofisari*, 145.

P

- Palpitazione* — *La ... di cuore* (STARNA), 82.
Pancreatiti — ... *subacute (3 casi clinici)*, 467.
Parkinsoniani — *Contributo alla formula leucocitaria nei ... encefalitici*, 212.
Perniciosa — *Considerazioni sulla terapia della ... e delle gravi forme estivo-autunnali*, 376.
Peso — *Il ... in rapporto alla statura in un gruppo di assicurandi veneti* (VICENTINI), 142.
Pleuriti — *Sulle cosiddette ... a mantello*, 78.
Poliomielite — *Osservazioni sull'andamento epidemico della ... in Palermo*, 468.
Polmonite — *Esiste una ... da manganese?*, 300.
Popolazione — *La densità della ... nella storia della geografia* (REVELLI), 76.
Pneumomediastino — *Il ... anteriore nella interpretazione del segno di Mura*, 299.

Pneumotorace — Il ... contemporaneo bilaterale, 399.
Preipofisari — Influenza degli estratti ... nella glicemia, 320.
Pressioni — Modificazioni della ... intrarteriosa ecc, 79.
 — Comportamento della ... media intrarteriale nelle fasi respiratorie, 79.
Preventorio — Il destino dei minori dimessi dal ..., 299.
Professionale — Dermatosi ... nei lavoratori del corallo, 215.
 — La t. b. c. nel personale infermiere come malattia ... (GUILLERING), 234.
Professionali — Contributo allo studio delle gastropatie ... da stimolazioni meccaniche, 216.
Profilassi — Sulla patogenesi e sulla ... dell'ipertensione essenziale (ARUSPERGER), 72.
 — ... antitubercolare a calorie climatiche, 215.
Prognosi — La ... degli interventi chirurgici a seconda dell'età (SEIFERT 476.
Pseudocalcolosi — Su di un caso di ... uretrale, 214.
Ptialo-reazione — La ... di Zambrini (ZAMBRINI), 75.

R

Radiologica — Le alterazioni dell'immagine ... del diaframma nella t. b. c. polmonare, ecc., 73.
Reazione di Hijmans Van der Berg — La ... nei cardiopazienti (GIORDANO), 71.
Renali — La prognosi delle albuminurie e le prova di funzionalità (STARNA), 251.
Renali — Morfina o atropina nelle coliche ... espulsive?, 214.
Respiratorio — L'esame dei sinistri di morte per malattie dell'apparato ... (MONTEVERDE), 367.
Reticenti — L' A. V. e le dichiarazioni false e ... dell'assicurato in Danimarca, 314.
Reticenze — Del danno che può derivare in A. V. dalle ... dell'assicurato (VICENTINI), 287.
Reticolecitosi — Sul contenuto nel sangue sovraepatico stimulante la ... in circolo, 213.
Reumatismo articolare — Il ... cronico nelle sue varie forme cliniche come malattia sociale, 378.
Riassicurazione — Il contratto di ... (DE MORI), 478.
Ricorrente — Tentativi di modificare sperimentalmente nel sangue periferico di ammalati di febbre ..., i reperti spirochetici negativi, 238.
 — Primo contributo alle conoscenze della spirocheta ... osservato in Addis Abeba: 238.
 — Insufficienza di metodi biopsici per la diagnosi della febbre ..., 300.
 — Osservazioni sulle prognosi delle febbri ... in Addis Abeba (SIBILIA), 56.
Rachianestesia — Contributo allo studio della ..., 160.
Riflesso — Il valore prognostico del ... oculo-cardiaco nella t. b. c., 160.
 — I ...i cutanei (CICU), 219.
Rischio — Valutazione speciale dei ...i nell'Ass. Vita (STURM), 438.
 — La collaborazione dell'assicurando per la valutazione del ... (CICU), 456.

S

Sanatori — Il ritorno al lavoro dei t. b. c. dimessi dai ... (PISENTI), 396.
 — Mortalità e sopravvivenza dei t. b. c. ricoverati in ... (DI TULLIO), 315.
Sanatorio — La sopravvivenza dei t. b. c. dimessi dal ... (RIZZUTO), 314.
Sanità — Per la ... della stirpe (ROMANELLI), 360.
Sanitario Condotta — Le leggi per le funzioni del ... (FRENGUELLI), 75.
Sarcocistina — Reazioni allergiche da ..., 145.
Scheda — Protezione sanitaria collettiva per l'istituzione Nazionale di una ... medica obbligatoria, 239.

- Scompenso cardiaco* — ... per doppio vizio mitralico e insufficienza aortica, 400.
- Sedimenti* — Il bacillo tubercolare nei ... urinari (TIMPANO), 477.
- Senile* — L'elettrocardiografia nell'età ..., 399.
- Sepsi* — Azione del glucosio nelle ... stafilococciche, 215.
- Siero-ematologiche* — Ricerche ... nelle cavie trattate con estratto acetico del b. di Kock, 299.
- Siero-terapia* — Su alcune recenti acquisizioni in tema di ... anticoli-bacillare, 470.
- Sifilide* — Valutazione del danno in Italia da ... e blenorragia (RIVELLONI), 316.
- Papilla da stasi unilaterale da ... ignorata, 212.
- Sudoku* — ... da morso di puzzola, 300.
- Somalia* — Uno sguardo alle malattie della ... italiana (MANOZZI), 387.
- Somatico* — Tipo ... e causa di morte (GALLORO), 47.
- Sportivi* — L'assicurazione degli ... (OTTANI), 224.
- Sportivo* — Il medico ..., 239.
- Considerazioni sul cuore dei militari ... e non sportivi, 300.
- Sulla paraplegia ... con contrattura in flessioni, 376.
- Sputo* — Lo ... rosso (STARNA), 2.
- Stafilococchi* — Ricerche sulla elettività organotropica sperimentale di ... coltivati, 212.
- Statistiche* — Ciò che insegnano le ... di mortalità delle classi lavoratrici (FAMBRI), 77.
- Statura* — Il peso in rapporto alla ... in un gruppo di assicurandi veneti (VICENTINI), 142.
- Stomatologici* — I servizi ... durante le operazioni in A. O., 147.
- Superficie corporea* — La ... nei longilinei e nei brevilinei (VAMPA), 235.

T

- Tavola* — La curiosità della ... (CASALINI) 76.
- Tavola di Clark* — La ... e la sua applicazione pratica in un gruppo di assicurandi e assicurati veneti (VICENTINI), 292.
- Tiroide* — La desquamazione dell'epitelio follicolare della ..., 145.
- Tonsillare* — Il problema ... (CALDEROLI), 317.
- Tracoma* — La capitale del ..., 319.
- Il ... e le cause della sua diffusione in Sardegna, 377.
- Traumatiche* — Lesioni ... del cuore e dei polmoni, 148.
- Tremore* — Il ... (STARNA), 67.
- Tubercolosi coniugale* — La ... (CARELLI), 233.
- Tubercolare* — La diagnosi precoce dell'infezione ... dell'infanzia, 299.
- Tubercolina* — Effetto della ... sottoposta all'azione del radio negli animali t. b. c., 79.
- Tubercolosi* — La ... in rapporto alla A. V. (OTTO MAJ), 182.
- Tubercolosi* — L'esame dei sinistri di morte per ... presso l'I.N.A. (MONTEVERDE), 196.
- Diagnosi precoce e cura precoce della ..., 217.
- La lotta contro la ... in Grecia (BASILIADIS), 308.
- Diabete e ... (CANNAVÒ), 316.
- Si è arrestato il declino della ..., 395.
- La ... dei negri, 470.
- Dell'associazione cancro ..., 159.
- La ... in rapporto all'A. V. (OTTO MAJ), 182.
- Mortalità dei ... ricoverati in Sanatorio, 214.
- Caratteri della infezione ... nella infanzia, 214.

- Tubercolosi* — *La costituzione nella patogenesi della ... e nel giudizio di dipendenza da cause di servizio* (ROLANDO), 70.
- *A proposito della ... nel Clero e negli Istituti religiosi*, 78.
- *Risoluzione spontanea di un processo di ... bilaterale diffuso*, 148.
- Tubercolosi infantile* — *La ... intratoracica, generi e forme evolutive*, 80.
- Tubercolosi polmonare* — *Stato attuale della diagnosi precoce della ... dal punto di vista clinico e sociale*, 377.
- *Mortalità per ... ogni 100.000 abitanti distinta per compartimenti nel Regno*, 70.
- *Andamento della ... dopo l'emottisi* (REISNER), 396.
- *La ... nei vecchi*, 399.
- Tubercolosi renale* — *Alcuni elementi per la diagnosi precoce della ...* (GABBIANELLI), 77.
- *La ... medica e chirurgica*, 214.
- *La ... medica e chirurgica* (VISIO), 234.
- *Diagnosi della ...*, 466.
- Tumori maligni* — *Mortalità per ...*, 155, 156.
- *Il decorso della mortalità per ... in Europa* (FÜRTH), 157.
- *La produzione sperimentale dei ... mercè 1-2-benzopirina*, 147.
- *Contributo alla conoscenza della melanoblastomatosi maligna*, 148.
- *Le flebiti e i fibromi uterini*, 239.
- *I ... e la capacità lavorativa*.
- *Le proprietà specifiche dell'urina e del sangue nei cancerosi* (MAX ARON), 477.
- *Per la diagnosi precoce del cancro dello stomaco* (LEON-MEUNIER), 477.
- *Sulla diagnosi precoce del cancro della mammella* (GRÜNDLER), 71.

U

- Ulcera* — *L' ... gastroduodenale ed intossicazione cronica da piombo in Assicurazione Vita* (DI LILLO), 343.
- *Sulla patogenesi dell' ... gastroduodenale*, 376.
- *Risultati comparati del trattamento dietetico, chirurgico e parenterale nell' ... gastrica* (SANDWEISS), 476.
- *Gli esiti lontani degli interventi nell' ... gastroduodenale* (UFFREDUZZI), 476.
- Ultravioletti* — *Azione del sangue di ratti esposti ai raggi ... sulla tiroide ecc.*, 79.
- *Azione della tubercolina irradiata con raggi ... nella evoluzione della t. b. c. sper.*, 79.
- *Sull' insufficienza dei raggi ... sui microrganismi in vitro e in vivo*, 319.
- Urine* — *Sul dosaggio del jodio nelle ...*, 376.
- *Contributo alle sostanze antifermentative da usare per la conservazione delle ...* (BIASOTTI), 32.
- *Considerazioni sul problema della conservazione delle ...* (RESTIVO), 352.

V

- Vaccinazione* — *La ... in medicina preventiva* (BIASOTTI), 326.
- *La ... attiva antidifterica* (GUNDEL), 75.
- Vaccinoprofilassi* — *Esperimenti di ... della pertosse praticata per via intradermica in una comunità infantile*, 216.
- Vecchiaia* — *Sull'equilibrio acidobase nella ...* (DOGLIOTTI e SANTI), 77.
- Vecchiaia* — *La fisiopatologia e patologia speciale della ...* (BARTAI e DOGLIOTTI), 475.
- Vestiti* — *I ... dal punto di vista igienico* (FIANDACA), 322.

Visivo — **Il campo** ... (VELE), 20.

Vipera — *Su alcune caratteristiche e modalità dei veleni di ... Aspes e di Crotalus*, 145.

Vitamina — *La ... «C» nelle banane*, 467.

Vitaminiche — *In tema di profilassi nazionale della carenza ... nell'infanzia*, 146.

Vista — **Un disturbo della ...: le mosche volanti** (VELE), 162.

— *Sulle espressioni matematiche della durata della ... umana*, 240.

Vita media — *L'aumento della ... nelle Assicurazioni Popolari degli S. U.*, 69.

Z

Zambrini — *La reazione di ... nella gravidanza normale e patologica* (DE LISI), 77.

INDICE DEGLI AUTORI

(Comprende i soli lavori originali)

BARNABEI, 42.

BASILIADES, 308, 391.

BIASOTTI, 32, 221, 326.

CASTELLI, 134.

CIATTI, 171.

CICU, 26, 219, 369, 456.

CONFORTO, 7, 363.

DI LILLO, 343.

FIANDACA, 190, 322, 337, 471.

GALLORO, 47, 121, 128.

GIANNONE, 301.

GIORDANO, 11.

GRANDE, 60.

MANOZZI, 284, 387.

MARSELLA, 70, 136.

MAY, 182.

MONTEVERDE, 196, 367.

OTTANI, 224.

RESTIVO, 352, 355.

ROMANELLI, 357, 360.

RUNCK, 37.

SECHER, 418.

STARNA, 2, 67, 82, 93, 143, 149, 243, 251,
381, 402, 409.

SIBILIA, 56.

VELE, 20, 162, 242, 407.

VICENTINI, 142, 287, 292, 427.





L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

REDAZIONE ED AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

ROMA — Via Sallustiana, 51 — ROMA

P A R T E U F F I C I A L E

NUOVE PROVVIDENZE SANITARIE

a favore degli ASSICURATI dell'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

Nuovi Consultori:

AGRIGENTO presso l'Agenzia Generale - Via Roma, 291.

CATANZARO presso l'Agenzia Generale - Scesa Leone - Angolo
C. V. Emanuele.

COSENZA presso l'Agenzia Generale - Corso Mazzini - Palazzo
Bilotta.

RAGUSA presso l'Agenzia Generale - Via Mariannina Coffa, 12.

TRAPANI presso l'Agenzia Generale - Via Torrearsa, 77.

VERONA presso l'Agenzia Generale - Via Anfiteatro, 10.

ivi funzionano:

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

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 regione*).

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

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

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

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

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

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 REGIONE

Piemonte

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.

TORTONA - Dr. TORTI Carlo.

Oculisti:

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

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

Dr. DURANDO Francesco, Via Legnano, 11.

CASALE MONFERRATO - Dr. GUASCHINO Angelo.

Otorinolaringoiatri:

ALESSANDRIA - Dr. 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.

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.

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 Lelio.

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.

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 Olozonica 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 Gioianni, 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, 8.

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. PISARELLO Carlo, Corso Vinzaglio, 21.

Prof. TIRELLI GASPARE, R. Clinica Oftalmica.

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

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

Dr. VAUDETTE S., Via Cernaia, 18.

Prof. Dr. VERDERAME Filippo, Corso Oporto, 81-bis.

Otorinolaringoiatri:

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

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

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

Prof. Dr. DIONISIO Ignazio, Corso Vinzaglio, 10.

Prof. Dr. DONADEI Giovanni, Via Marco Polo, 19 bis.

Dr. FERRERO A., Via Goito, 6.
 Dr. LEALE G., Corso Oporto, 5.
 Prof. Dr. MALAN Arnaldo, Corso Oporto, 40.
 Dr. MANCINI Pietro Teobaldo, Via Plana 11.
 Prof. Dr. 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.

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.

Liguria

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 Oxilia*, Via XX Settembre 1/2, a tutti gli assicurati riduzione del 30% (trenta per cento) sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano.

3. *Policlinico del Lavoro*, Via Benedetto XV, gli assicurati con polizze popolari potranno usufruire una volta l'anno di una visita completa, ivi compresi gli esami clinici e di laboratorio, che dai medici saranno ritenuti opportuni, pagando un onorario di L. 10. Potranno inoltre usufruire in ogni tempo delle varie prestazioni del Policlinico del Lavoro mediante corresponsione di un onorario di L. 5 per ogni volta.

Odontoiatri:

GENOVA - Dr. MORIANI Giuseppe, Via Milano, 18A.
 CORNIGLIANO - Dr. TRAVAGLINI Guido, Via Garibaldi, 13.
 GENOVA - Dr. PUPPO FRANCESCO, Salita S. Caterina, 1/2.

IMPERIA

1. *Ospedale Sanatoriale e Istituto Elioterapico di S. Lorenzo al Mare* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati po-

tranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

Odontoiatri:

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

Dr. DEL BOCA Isidoro, Via Vitt. Emanuele.
 SANREMO - Dr. GERBOLINI Andrea, Via Vittorio Emanuele, 15.

Dr. GERBOLINI Giuseppe, Via Vitt. Emanuele, 17.
 Dr. GISMONDI Emanuele, Via Vitt. Emanuele, 11.
 Dr. ELENA Giovanni, Via Carli, 1.

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

Dr. UGOLINI Federico, Via Cavour, 51.

Oculisti:

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

Otorinolaringoiatri:

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

SAVONA

Odontoiatri:

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

Otorinolaringoiatri:

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

Lombardia

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 a

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. Pellegri Terme*; 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, Roentgendiagnostica 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.

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. SCACHEMI Domenico, Corso Palestro.

GARDONE RIVIERA - Dr. Goro Giuseppe.

SALO - Dr. SIMONI Guido Giuseppe.

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 Fansgrò*, 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. GASPARINI Giulio, Via Volta, 30.

Otorinolaringoiatri:

COMO - Dr. BECCHERLE Ferdinando, Via Volta, 83.
Dr. TORLASCHI Giovanni, Via Rezzonico, 7.

CREMONA

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

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

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

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

Odontoiatri:

CREMONA - Dr. BERTOLOTTI Luigi, Via Beltrame, 4.
Dr. IRITZ Giuseppe.
Dr. REBIZZI Ernesto, Piazza Roma, 17.

Dr. ZANNINI Roberto.
CASALMAGGIORE - Dr. BOLES Oreste.

Oculisti:

CREMONA - Dr. COSSÙ Alberto, Via Damiano Chiesa, 9.

Prof. Dr. MARGOTTA Giuseppe, Corso Stradi vari, 8.

Otorinolaringoiatri:

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

MANTOVA

Odontoiatri:

MANTOVA - Dr. CONSOLO Giuseppe.

Dr. LASAGNA Romolo, Via Marangoni, 4.

Dr. MAZZEI Carlo, Via Massari, 5.

Dr. PONGILUPPI Ermondo, Via D. Fernelli, 3.

Dr. PREDARI Maria.

Dr. VENERI Loris, Via Oberdan, 19.

Dr. ZAGNI Giuseppe, Via B. Grazioli, 32.

Oculisti:

MANTOVA - Prof. Dr. FERRI Dante, Via Grazioli, 5.

Prof. Dr. PREVEDI Guido, Via Cesare Battisti, 14.

Otorinolaringoiatri:

MANTOVA - Dr. FINZI Giuseppe, Via Accademia, 4.

Dr. FUCCI Francesco, Via Carlo Poma, 15.

Dr. ZAPPAROLI Luigi, Corso Vitt. Emanuele, 108.

MILANO

1. *Casa di salute « Villa Porpora »*, Via Eugenio Carpi, n. 30, 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

Dr. CASTRIGNONI GIUSEPPE, Passaggio agli Oslì, 2

Odontoiatri:

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

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

Dr. CAMPANARI Antonio, Via Italia, 13.

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

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.

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.

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 o microscopia, per le applicazioni di terapia fisica, roentgen diagnostica e roentgen-radium-terapia che verranno praticate nella clinica.

2. *Ospedale Sanatorio 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. MINGABELLI Lido.

Dr. RIVA Gian Pietro.

Dr. BARBERO Vincenzo - Via Piave, 2

BUSTO ARSIZIO - Dr. BRECCHETTO Davide.

GALLARATE - Dr. OTELLI Franco.

Dr. PATARINO Alfonso.

TRADATE - Dr. COOPMANS DE JOLDI Luigi.

Oculisti:

VARESE - Dr. MORETTI Ezio.

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

Otorinolaringoiatri:

VARESE - Dr. ROVERA Santo.

Dr. SIOLI Giulio.

SOMMA LOMBARDO - Dr. BURATTI Pasquale Achille.

l'igiene personale, l'igiene della casa, l'igiene del lavoro, per la prevenzione delle malattie, specialmente infettive.

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.

KRISER Giulio, Corso Principe Umberto, 84.

Otorinolaringoiatri:

BOLZANO - Dr. BRIANI Alfredo, Via Duca d'Aosta, 2.

Dr. SCHNABL Adolfo, Piazza Grano, 2.

MERANO - Dr. DIESBACHER Matteo, Corso Principe Umberto, 20.

Dr. NUSSBAUMER Giorgio, Corso Goethe, 11.

Tre Venezie

BOLZANO

1. Centro di Assistenza Sanitaria gratuita per gli Assicurati della Venezia Tridentina, Via Duca D'Aosta, 2 (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

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.

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.

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. 300 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.

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. Stocco Francesco.

Oculisti: POLA - Dr. De Piera Mauro.

Otorinolaringoiatri: POLA - Dr. Mazzaro Elvino.

ROVIGO

Odontoiatri: ROVIGO - Dr. Benatti Boris.

Dr. Borellini Alberto.

ADRIA - Dr. Ferroni Giuseppe.

Dr. Giordani Nazzareno.

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 Gazzoletti.

ARCO - Dr. Pennecher Ercole.

CAVALESE - Dr. Brosechini Giuseppe.

LEVICO - Dr. Caliani Federico.

ROVERETO - Dr. Sommadossi Mario.

Dr. Zannini Gino.

Oculisti:

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

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

Otorinolaringoiatri:

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

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

Dr. Maestranzi Dario, Via Rosmini, 25.

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

TREVISO

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

2. *Casa di cure chirurgiche «Villa Bianca»*. Prof. Dott. A. Grollo, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali per analisi e ricerche di chimica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, roentgen-diagnostica e roentgen radium-terapia che verranno praticate nella Casa di Cure chirurgiche.

TRIESTE

Presso l'Agenzia 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. OTTÒCHIAN 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.

VENEZIA

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

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

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

C) *Consultorio di igiene per tutti comunque assicurati*, per consultazioni circa

l'igiene personale, l'igiene della casa, l'igiene del lavoro, per la prevenzione delle malattie, specialmente infettive.

D) *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 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.

VERONA

1. Presso l'Agenzia Generale, Via Anfiteatro, 10:

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. *Istituto Sanitoriale 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: VIOENZA - Dr. CARLE Luciano, Corso Principe Umberto, 53.
Dr. FIORETTI Sebastiano, Via Morette.
Dr. MARTINELLI L., S. Corona.
ARZIGNANO - Dr. VERONESE Giuseppe.

Oculisti:

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

Otorinolaringoiatri:

VIOENZA - Dr. BASSO E., Via Racchetta, 5.
Dr. BOER Antonio, Via Carpagnon, 13.

Emilia

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 1ª e 2ª classe, e del 10% se usufruiranno della 3ª 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 «Policlina»*, 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. MARIOTTI 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. NAPOLEONE Xilo, Via Guerrazzi, 29.

Otorinolaringoiatri:

BOLOGNA - Prof. Dr. CANEPELE Adelson, Viale XII Giugno, 12.

Dr. FACCHINI G. Battista, Via Cartoleria, 16.

Prof. Dr. VIGI Ferruccio, Via d'Azeglio, 21.

FERRARA

Odontoiatri:

Dr. BARUFFALDI Tommaso, Via Terranova, 9.

Dr. CAVALLARI Augusto, Largo Castello.

Dr. FINI Giuseppe, Corso Giovacca, 3.

Dr. MORI Davide, Via Cortevicchia, 3.

Dr. TESI Alfredo, Via Palestro, 21.

Dr. TESI Gastone, Via Palestro, 21.

Otorinolaringoiatri:

Dr. MANFREDI Angelo, Via Borgoleoni, 122.

Dr. MURATORI Enzo, Via Palestro, 62.

Oculisti:

Dr. CECCOLI Stefano, Vicolo del Teatro, 2.

Dr. VERZELLA Mario, Corso Porta Mare, 11.

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 Geza, Via M. Missirini.

Dr. BRIGANTI Antonio, Capitano 2º Fanteria.

Dr. CASALI Alvaro, Corso Garibaldi.

RIMINI - Dr. LAZZABOTTO 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.

MODENA

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

Otorinolaringoiatri:

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

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 praticano. Inoltre gli alberghi « Porro » e « Valentin » di Salsomaggiore praticeranno lo stesso trattamento per vitto ed alloggio che quegli alberghi praticano ai funzionari dello Stato, agli appartenenti al R. Esercito, alla M.V.S.N. ed ai Corpi Armati dello Stato.

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

Odontoiatri:

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

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

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

Otorinolaringoiatri:

PARMA - Prof. Dr. LASAGNA FRANCESCO, Piazzale Cervi, 17.

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

PIACENZA

Odontoiatri: PIACENZA - Dr. CAVANNA GOBBI Ettore, Via San Marco, 5.

Dr. MISTRALETTI Umberto, Via Chiepponi.

CASTELSANGIOVANNI - Dr. PATRIOLI Giuseppe.

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.

Toscana

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.

FIRENZE

1. *Casa di Salute « Villa Savoia »*, Via Andrea del Castagno, n. 6, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per interventi

operatori di qualsiasi natura ed importanza, per le applicazioni di terapia fisica, raggi X e radium, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, 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.

GROSSETO

Odontoiatri: GROSSETO - Dr. ANGELINI Armando.

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. QUARANTORSI Cleomene, Via Enrico Mayer, 18.

PORTOFERRAIO - Dr. LAGHI Augusto.

Oculisti:

LIVORNO - Prof. Dr. BAQUIS Elia, Via Marradi, 85.
Dr. PARDOCCI Mario, Via del Fante, 8.

Otorinolaringoiatri:

SUVERETO DI LIVORNO - Dr. CHIERICI Luigi.

LUCCA

Odontoiatri:

ALTOPASCIO - Dr. PIEGAIA Giovanni Leo.

MASSA-CARRARA

Odontoiatri: CARRARA - Dr. LODOVICI G. Battista, Via Lunense.

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. CARRERAS Roberto, Via San Lorenzo, 19.

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

Dr. PAOLI Gaetano, Borgo Stretto, 5.

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

BIENTINA - Dr. MARCHIANI Pilade.

PISTOIA

1. *Stabilimenti delle Regie Terme di Montecatini*, a tutti gli assicurati sarà praticata, nel periodo Aprile-Luglio e Ottobre-Novembre, una riduzione del 10% sul prezzo degli ingressi alle bibite e delle cure complementari. La riduzione suddetta verrà applicata solo agli abbonamenti all'ingresso negli stabilimenti ed alle serie di cure non inferiori a sei. I biglietti isolati sono esclusi dalla riduzione. Le riduzioni debbono essere richieste all'atto dell'acquisto dell'abbonamento all'ingresso o serie di cure, e per nessuna ragione la riduzione sarà praticata dopo che l'assicurato abbia acquistato l'abbonamento all'ingresso o serie di cure a tariffa intera. L'acquisto dell'abbonamento all'ingresso o serie di cure deve essere fatto unicamente presso la biglietteria annessa alla Direzione delle Regie Terme, e non alle biglietterie dei singoli stabilimenti.

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

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

SIENA

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

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

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

Odontoiatri:

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

Umbria

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.

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.

Marche

ANCONA

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

ASCOLI PICENO

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

Dr. PENNESI Luigi, Via Trivio.

Dr. TASSONI Adolfo.

Otorinolaringoiatri:

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

Lazio

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.

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 delle concentrazioni).

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. 85 — 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 roentgen-terapia, ecc.). Se gli assicurati desiderassero essere ricoverati nelle stanze per uno o per due infermi, pagheranno l'intera retta corrispondente, ed il 50% dell'onorario per l'atto operativo e per applicazioni di radium e roentgen-terapia, secondo le tariffe del Sindacato Medico di Roma, qualora le tariffe degli Istituti Fisioterapici non fossero inferiori a quelle. In quest'ultimo caso la riduzione del 50% va applicata alla tariffa più bassa.

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

mazzini, 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. NEUSCHÜLLER 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.

VITERBO

Odontoiatri: VITERBO - Dr. BAGEDDA Baingio.

Abruzzi-Molise

AQUILA

Odontoiatri: Dr. DE ANGELIS Giovanni Battista.

Otorinolaringoiatri:

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

CAMPOBASSO

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

Oculisti: CAMPOBASSO - Dr. BARRATO Nunzio.
Comm. Dr. GRIMALDI Eugenio.
AGNONE - Dr. SAVASTANO Silvio.

CHIETI

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

Oculisti: Prof. Dr. COZZOLI Giulio, Corso Marrucino, 104.

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).

TERAMO

Odontoiatri: TERAMO - Dr. BIANCO Giuseppe.
Dr. SACCONI Agostino.

Campania

NAPOLI

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

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

3. *Sanatorio C. Forlanini di Napoli*, S. Rocco di Capodimonte, 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.

2. *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.

COSENZA

1. Presso l'Agenzia Generale, Corso Mazzini, palazzo Bilotta:

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 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. *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, Roentgendagnostica e Roentgen-radium-terapia che verranno praticate nella Casa di salute.

Odontoiatri: Dr. ANDREASSI Giuseppe.

Dr. CERBELLI Oreste.

Dr. CHIMENTI Achille.

Dr. LOFFREDO Ferdinando.

REGGIO CALABRIA

1. Presso l'Agenzia Generale, Corso Garibaldi:

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.*

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 Stetano, Corso Vittorio Emanuele.

Oculisti:

REGGIO CALABRIA - Dr. De Logu Antonio.

Dr. Prof. LAGANÀ Domelico.

Dr. STILO Antonio.

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

Sicilia

AGRIGENTO

1. Presso l'Agenzia Generale, Via Roma, 29:

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.*

Odontoiatri:

AGRIGENTO - Dr. CUCURULLO Antonio.

CANICATTI - Dr. CASSARO Gaetano, Piazza Palma.

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 Ra-

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, 118.

SPARANISE - Dr. GRANDE Francesco.

Otorinolaringoiatri: Prof. Dr. DI LAURO Ereditato, Riviera di Chiaia, 84.

Prof. Dr. JANNUZZI Silvio, Via S. Spirito di Palazzo, 81.

zione 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.

TARANTO

Odontoiatri: TARANTO - Dr. BABBARO Vincenzo, Corso Umberto.

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

Dr. SANTOSTASI Carlo.

Dr. VITANTONIO Natale, Corso Umberto.

Oculisti:

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

Prof. Dr. MARINOSCI Alessandro, Via di Palma.

Dr. MARINOSCI Raffaele, Via Regina Elena 33.

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

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

Dr. BATTISTA V., Via Cavour, 27.

Dr. NATALE V., Piazza Massari, 5.

Puglia

BARI

1. *Clinica privata del prof. Florenzo 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.

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 di Terapia fisica, Roentgendagnostica 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.

LECCE

1. *Stabilimenti Termali di S. Cesarea (Lecce)*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: ridu-

Lucania

MATERA

Odontoiatri: MATERA - Dr. MARINARO Domenico.

Oculisti: MATERA - Dr. LO RUSSO Stefano.

Calabria

CATANZARO

1. *Presso l'Agenzia Generale, Scesa Leone ang. Corso V. E.*:

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.*

dium terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

Oculisti: Prof. Dr. CAVALLARO Erminio.

Prof. Dr. NICOLETTI Gaspare.

Otorinolaringoiatri: Dr. RESTIVO Pietro.

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

Odontoiatri:

CATANIA - Dr. DI GRAZIA Mario, Via Garibaldi, 9.

Dr. GRECO Salvatore, Via Umberto, 8.

Dr. MILONE Giuseppe, Via Umberto, 41.

Dr. MUSUMECI Grassi Raimondo, Via Vittorio Emanuele, 215.

Dr. POLITI Francesco, Via Etnea, 208.

Oculisti: CATANIA - Prof. Dr. DE CRISTOFARO Michelangelo, Via Plebiscito, 280.

Prof. Dr. FAVALORO Giuseppe, Via S. Maddalena, 59.

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

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'igiene 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 Spagnolo*. Piazza Stazione, a tutti gli assicurati riduzione del 80% (80 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 ROEA Vincenzo - Via Pavia.

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

Otorinolaringoiatri:

Dr. CAMINITI CARMELO ALCIDE - Via Verdi, 57.

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

Dr. VALSECCHI Virginio - Via Ugo Bassi, 120.

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 provvidenze sanitarie* a favore degli assicurati.

2. *Casa di Cura Prof. Gioacchino Arnone*, Via Ugdulena 2, a tutti gli assicurati: riduzione del 80% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, roentgendagnostica e roentgen radiumterapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

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

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

Odontoiatri:

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

Oculisti:

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

Otorinolaringoiatri: PALERMO - Prof. Dr. ALAGNA Gaspare, Via Roma, 471.

- Dr. CAMPO Francesco, Via Stabile, 109.
Dr. FERRUZZA Gaetano, Via Lincoln, 96.
Prof. Dr. ZANOLA Aurelio, Via Rodi, 1.

RAGUSA

1. *Presso l'Agenzia Generale*, Via Mariannina Coffa, 12:

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.*

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

SIRACUSA

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

TRAPANI

Presso l'Agenzia Generale, Via Torrearsa, 77.

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 d'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.*

Otorinolaringoiatri:

TRAPANI - Dr. SAMMARTANO Mario, Via Mercè.

Sardegna

CAGLIARI

1. *Centro di Assistenza Sanitaria gratuita per gli Assicurati della Sardegna*, Via Roma, 73:

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.

curato è esente da malattie infettive, o comunque trasmissibili, o da sindromi nervose, ed in grado di provvedere personalmente alle esigenze della vita di un Istituto di cura, senza speciale e personale assistenza.

2. L'ultima quietanza dell'I.N.A.

attestante la situazione corrente nel pagamento dei premi.

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

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

a) ipercloridria - atonia gastrica - gastroenterite cronica:

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

b) stitichezza - epatopatie croniche - colecistiti:

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

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

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

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

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

Case specializzate in ostetricia e ginecologia:

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

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

Case per cure otorinolaringoiatriche:

Roma - Casa di cura già del Prof. T. Mancini - 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).

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.*

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

3. *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.*

4. *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.*

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

SASSARI

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

Colonie

DODECANNESO

RODI (Egeo) - *Regio 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.*

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.*

NB. — 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 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'assi-*

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 Prin-
cipe - 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 chirur-
gica Prof. G. Masnata.

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

*Case di cura per le malattie medico chi-
rurgiche, cliniche, ospedali, poliambu-
lanze 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 dia-
gnosi e la cura delle malattie della
circolazione del Prof. G. Galli - Via
Volta, 46.

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

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

Genova - Policlinico del Lavoro - Via
Benedetto XV.

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

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

Mestre (Venezia) - Ospedale Civile Um-
berto I.

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

Napoli - Sanatorio « *Carlo Forlanini* ».

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

Pavia - Casa di cura Prof. Eugenio Mo-
relli - 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. Gal-
licano ;

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 Ocozonica - Corso
Oporto, 10.

Varese - Clinica privata « *La Quiete* ».

Venezia - Ospedali Civili Riuniti.

Vigevano (Pavia) - Ospedale degli In-
fermi.

*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

Città di Castello, 1937-XV — Tipografia « Unione Arti Grafiche » — Telefono 37.

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL' I. N. A.

BIMESTRALE DI MEDICINA PREVENTIVA E DELLE ASSICURAZIONI VITA

Direttore: Prof. Dott. ILARIO ROMANELLI

Redattore-Capo: Dott. ALBERTO STARNA

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE - VIA SALLUSTIANA, 51 - ROMA
ABBONAMENTO ANNUO L. 20 - PER I MEDICI FIDUCIARI L. 10

SOMMARIO

- | | |
|---|---|
| 1. Provvidenze Sanitarie a favore degli assicurati . . . pag. I-XXIV | 5. Medicina legale delle Assicurazioni vita: |
| 2. Consigli agli assicurati: | a) Dr. F. MARSELLA, Le dichiarazioni false dell'assicurando in rapporto alla Legge ed alla clausola d'incontestabilità delle polizze d'assicurazione-vita pag. 40 |
| a) Dr. A. STARNA, Lo sputo rosso . . . 2 | b) Dr. M. C. BARNABEI, Considerazioni medico-legali sull'importanza dell'epoca e del luogo di perfezionamento di un contratto d'assicurazione-vita . . . 42 |
| b) Dr. C. CONFORTO, L'ora dei pasti o l'alimentazione . . . 7 | 6. Indagini di statistica medica: |
| c) Dr. B. P. GIORDANO, Carne bianca o carne rossa? . . . 11 | Dr. S. GALLORO, Tipo somatico e cause di morte . . . 47 |
| d) Rassegna di articoli d'igiene . . . 13 | 7. Dalle riviste che riceviamo in cambio . . . 52 |
| 3. Notiziario. 14 | 8. Varie: |
| 4. Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita: | a) Dr. D. POLIGNONE, Corrispondenza dall'A. O. I. . . . 55 |
| a) Prof. Dr. M. VELE, Il campo visivo in medicina dell'assicurazione-vita 20 | b) Dr. D. SIBILIA, Osservazioni sulla prognosi delle febbri ricorrenti in Addis Abeba . . . 56 |
| b) Dr. T. CICU, Cisti da echinococco ed assicurazione vita . . . 26 | c) Dr. F. GRANDE, Contagi e disinfezioni 60 |
| c) Dr. M. BIASIOTTI, Contributo allo studio delle sostanze antifermentative da usare per la conservazione dell'urina . . . 32 | 9. La pagina del medico fiduciario: |
| d) Dr. F. RUNCK, Visita e ammissione nella assicurazione-vita 37 | Dr. A. STARNA, Il tremore . . . 67 |
| | 10. Dai Libri e dai Periodici . . . 69 |
| | 11. Pubblicazioni ricevute . . . 77 |
| | 12. Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari 80 |

NORME PER I COLLABORATORI: Si pubblicano lavori brevi (massimo venti pagine dattilografate), che trattino argomenti di medicina preventiva ovvero diagnostica e prognostica medica, con speciale riguardo alla durata della vita umana, o altri problemi di medicina delle Assicurazioni Vita. — Agli autori di lavori originali si concedono gratuitamente cinquanta estratti. — Gli originali non si restituiscono.



Consigli agli assicurati

LO SPUTO ROSSO

Dott. ALBERTO STARNA



Non è vero che, solo a sentir ricordare questo sintoma angoscioso, parecchi di voi arriccieranno impauriti il naso? Certo, mi sento rispondere; è nozione popolare che questo sintoma indica una grave malattia e perciò i nostri timori nei suoi riguardi sono più che giustificati. Piano, cari miei, non vi affrettate tanto in queste induzioni diagnostiche; es-

se, come vedremo presto, possono essere anche errate e preoccupazioni fuori luogo su tale argomento sono assolutamente da evitare.

Intorno a questo fenomeno che i poeti si ostinano ancora a confondere col « morbo che non perdona » si è fatto molta, troppa letteratura di cattivo gusto travisandone la sua vera entità ed un po' d'ordine e qualche precisa conoscenza è proprio indispensabile a tutti.

Al tempo delle nostre nonne, ogni ragazza, dicono, non poteva aspirare a suscitare un sentimento di simpatia o d'amore se non fosse stata almeno un po' tocca di petto. Ed i poeti romantici in uno stillicidio di lacrime e tra un sospiro e l'altro con l'Alcanti cantavan la gracile bellezza dello :

« stelo
frale col fiore che sentia un acuto
odor di cielo ».

E poi, quanta umiliazione in quella pietà ostentata da chi fioriva di salute:

« Al veder la tua faccia pallidina
si fermava la gente intenerita ».

E le donne dei grandi amori « fatali » da quella del Dumas figlio a quella del Murger, le stelle dell'epoca che si chiamaron Margherita Gautier, al secolo Maria Duplessis, o Luisa, la piccola ricamatrice dei bohemians del quartiere latino, dovettero per la gloria dei loro spasimanti morire di mal sottile. Solo a così caro prezzo Violetta e Mimì hanno rag-



giunto la maggiore notorietà fino ad ispirare le immortali melodie di Verdi e di Puccini.

Queste donne che passavano sulla terra con la bellezza diafana velata di pallore, quasi ombre corporee a somiglianza di immagini ricavate sopra una pietra d'onice per un cammeo, se sollevarono l'entusiasmo e vere passioni nel loro tempo, oggi, ormai salite sul palcoscenico, per nostra fortuna non ne scenderanno più. Nessuna giovane, per ambiziosa che sia, adesso rimpiange questa seduzione esangue, questi esili corpi, quei volti dagli occhi cerchiati e quelle tempie solcate, sotto la diafana pelle di:

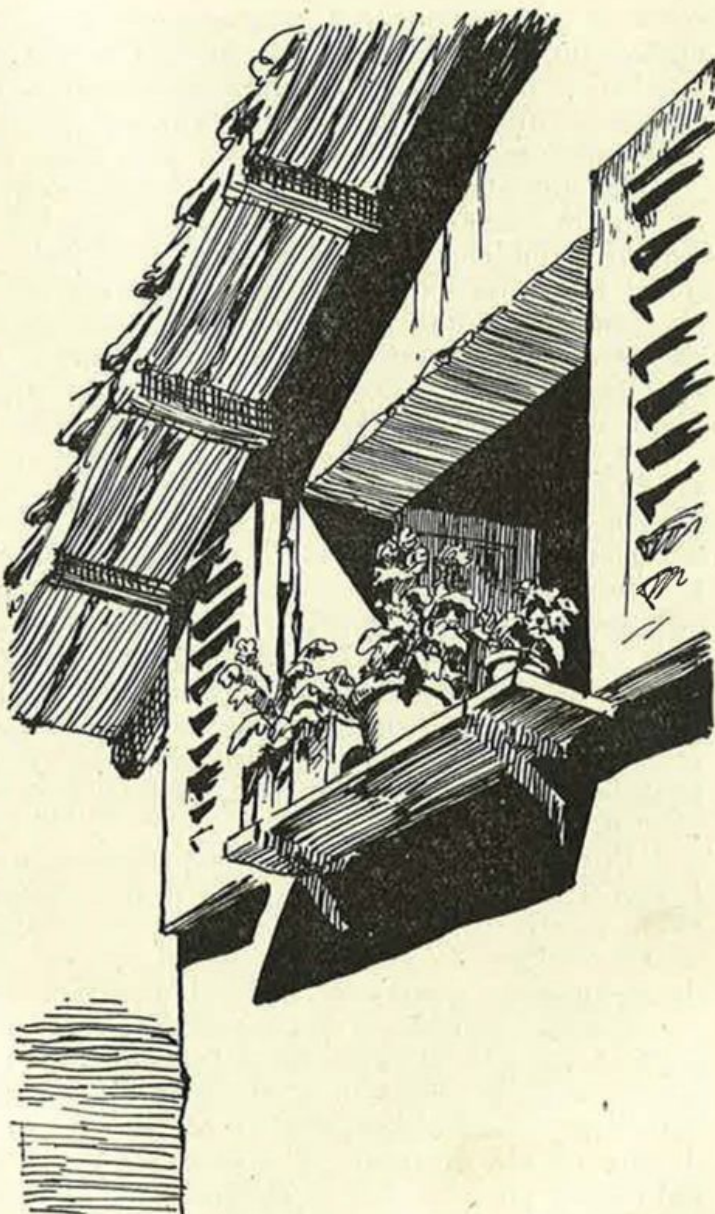
« vaghe azzurrine linee
quasi di cielo incancellate impronte ».

L'ideale moderno è ben diverso; l'igiene e la salute hanno aperto le camere che sapevano di chiuso e, tolti i ricchi tendaggi alle finestre, hanno fatto entrare aria pura dappertutto. Le ragazze di oggi hanno sacrificato i pesanti boccoli che ricadevano sulle spalle delle nonne e con solo qualche ricciolo birichino che scende per la nuca sono corse via per le palestre e per i campi solazzi. E come più bello e più acceso si fa il rosso scarlatto del garofano se cresce nella terra arsa dal sole o più vividi occhieggiano i gerani dai rustici davanzali se maggiore è stata la vampa delle giornate estive; così le nuove generazioni crescono meglio nella luce e nella vita attiva, più robuste e fiorenti di vera giovinezza.

Non solo l'esercizio sportivo rassoda i muscoli e rende agile la persona; ma tutta la vita moderna ama il moto ed educa al culto della salute, lontano le mille miglia da certe commiserazioni contemplative di un tempo per i pochi e disgraziati casi di malati effettivi. Oggi per ogni sintoma che può destare il sospetto di una malattia, anche i giovani sono messi in guardia perchè in tale disgraziata evenienza possano subito sottomettersi ad un'attenta e scrupolosa visita di accertamento. Sono cadute ormai quelle pose di fatalismo o da Cassandra, muoversi bisogna e subito; il tempo è per il malato all'inizio più prezioso che per la persona sana e la scienza possiede oggi mezzi sicuri di controllo. Così deve agire l'uomo del nostro tempo che conosce il valore della propria salute. Ed è perciò che vogliamo oggi ricordare un sintoma che va sfrondata in gran parte della triste fama da cui è stato circondato per tanto tempo.

*
**

La brutalità stessa della comparsa dello « sputo rosso », per la quale un individuo convinto quasi sempre di godere ottima salute vede all'improvviso di aver emesso con la saliva un filo di sangue, determina il più delle volte un



senso di impressione e di angoscia. Ormai ogni colpo di tosse è causa di preoccupazione, per ogni catarro che la persona sente salire alla gola essa teme di « vedere » la propria condanna irrevocabile. Questa vera fobia dello sputo rosso può costituire di per sè uno stato psichico morboso che giunge a dare con un espettorazione salivare continua uno stato di vero incubo.

La medicina ci dice come la comparsa di sangue coll'espettorato possa avere un valore variabile come pure possa essere di entità diversa; mentre talvolta si riduce a qualche striatura rossa in altri casi esso è più abbondante e costituisce quasi per intero il materiale espettorato. Se questo è notevole per quantità ci troviamo di fronte a quella che i medici chiamano *emottisi*. Bisogna però subito osservare come questo termine non indica la natura della malattia, non sia cioè sempre espressione di una malattia tubercolare, perchè diverse altre malattie **polmonari** od **extra-polmonari** lo possono provocare.

A proposito delle malattie extrapolmonari dovremo ricordare che esistono non pochi casi nei quali la causa dell'emorragia deve ricercarsi lungo le vie respiratorie che portano l'aria ai polmoni. Si tratta talora di *gingiviti* che producono silenziose emorragie che raccolte alla base della lingua provocano ogni tanto l'espettorazione del sangue; tal'altra la fonte è da ricercarsi in una piccola varice così frequente nelle *faringiti croniche* e che per un fattore traumatico si è erosa. Può anche il laringe, specie durante il periodo di fatti infiammatori, esser sede di piccole emorragie capillari provocate dalla tosse, così anche la perdita di sangue potrebbe originarsi da un *polipo emorragico* nasale o da una *varice del setto nasale* stesso quando esso sia posteriore facendo in tal caso passare il sangue anzichè anteriormente alle nari indietro attraverso le coane e di lì giungere alla bocca.

Più gravi dal punto di vista prognostico, ma sempre extra-polmonari, sono le emottisi che si manifestano in una malattia dell'aorta detta *aneurisma* nel periodo in cui questo grosso tronco ha contratto aderenza con la trachea e qualche vasetto nutritizio venga ad aprirsi in essa. Infine i comuni *catarri cronici* bronchiali possono provocare ugualmente piccole perdite di sangue per le vie aeree.

Queste emorragie extra-polmonari da noi ricordate sono quasi sempre di poca entità, non si presentano frammiste al catarro nè insorgono con la tosse. Si manifestano di solito in modo spontaneo o con un senso di stimolo alle fauci ed un bisogno di raschiare, solo un po' di saliva accompagna questi sputi ematici. Non dovete da ciò desumere che la differenza tra le forme polmonari e quelle extrapolmonari sia semplice e distinguibile per il profano; il più spesso anche al medico richiede l'esame attento dello sputo e certamente mi sarete riconoscenti se vi faccio grazia di riferirvi altri particolari che sarebbero troppo tecnici.

Si comprende come nei casi sopraricordati, casi che un'attenta visita medica può accertare, il panico provocato da pochi sputi rossi sia assolutamente ingiustificato.

Se passiamo alle emottisi di **origine polmonare** vediamo come non meno numerose siano le affezioni che al di fuori della tubercolosi polmonare possono determinarle e di esse brevemente ora accenneremo. Per la frequenza ha una notevole importanza la *bronchiectasia* cioè la dilatazione dei bronchi che di solito accompagna il catarro bronchiale; seguono due altre malattie polmonari la *gangrena* e l'*ascenso* le quali per la coesistente suppurazione danno una sintomatologia molto vasta che orienta il medico sulla giusta via.

Non rare sono anche le emottisi da *disturbi cardiaci* siano questi espressione di una congestione attiva come accade per gli *arteriosclerotici* e negli *aortici*, sia di una congestione passiva come accade in alcuni vizi di cuore specialmente nelle *stenosi* o nelle *miocarditi*. La complessità del meccanismo di queste emottisi toglie a me la possibilità di spiegarvelo con poche parole ed a voi la tentazione di conoscerlo; vi basterà sapere che le malattie di cuore tra gli altri pericoli presentano anche questo.

Svariate affezioni parassitarie possono provocare ugualmente sputi ematici; appartengono a tale gruppo l'*echinococco*, l'*ameba*, *dissenterica*, la *spirocheta bron-*

chiale e le *micosi*. I primi tre parassiti suddetti appartengono al regno animale e, tanto perchè possiate conoscere come ce ne contagiamo, ricorderò che l'*echinococco* è un parassita intestinale del cane con ciclo di trasformazione nell'uomo e l'*ameba* un protozoo tropicale che si annida ugualmente in prevalenza nell'intestino. Quanto alla *spirocheta* bronchiale, che è ugualmente un protozoo tropicale, con localizzazione polmonare, è stata scoperta dal Castellani scienziato italiano di fama mondiale che tutti ricordiamo per la sua preziosa attività prestata quale Alto Commissario Sanitario nel glorioso corpo di spedizione in Africa Orientale l'anno scorso.

Soltanto le *micosi* appartengono alla specie vegetale, più esattamente diremo che si tratta di una varietà di funghi che si sviluppano sulle paglie anche nei nostri paesi, e che possono essere aspirate nei polmoni da chi ha la brutta abitudine di adoprare a guisa di stuzzicadente. Appena identificate, tutte queste forme possono essere quasi sempre debellate adottando cure specifiche mediche; fa solo eccezione l'*echinococco* per il quale si richiede l'intervento operatorio.

Esistono poi numerose forme di emottisi connesse al decorso di *malattie infettive*, *tossiche* ed *emorragiche* che non è qui il caso di riferire.

Più importanti ci sembrano, soprattutto perchè qualche volta sono messe in discussione dal medico chiamato ad accertare la natura di tali emorragie polmonari, le così dette forme nervose. A queste dovremo ascrivere le *emottisi isteriche* e quelle *vicarie*.

Le prime si accompagnerebbero con tosse secca e crisi isteriche; oggi dopo una severa revisione dell'isteria si ammette soltanto che talvolta questi malati per rendersi interessanti possano a scopo simulativo provocarsi una emorragia gengivale; comunque tale diagnosi dovrà ammettersi solo con molta cautela e non si dovrà avanzarla con leggerezza negli adolescenti e soprattutto nelle giovinette. Lo stesso dobbiamo dire dell'emottisi *vicarie* alle regole nelle donne o alle perdite emorroidali; si temerà sempre che queste così dette malattie non nascondano invece una forma polmonare di tubercolosi.

Infine la *sifilide terziaria* cioè la lesione gommosa ed i *tumori maligni* rappresentano le ultime emottisi non tubercolari del polmone; anche per queste come per qualche altro gruppo già ricordato, la sintomatologia generale è più ricca di fenomeni e le condizioni generali se ne risentono già da tempo; l'emottisi allora non è che un fatto secondario.

Non v'è però dubbio come, in confronto a tante cause sovra esposte e tutte relativamente rare, prevalga l'*emottisi tubercolare*. La conoscenza di questa fin dall'antichità ha fatto sì che il pubblico, in uno schematismo assiomatico, abbia definito come tubercoloso, e di forma grave, ogni individuo che soffra di emottisi. Ciò non è dunque vero; molte cose la scienza attuale ha rettificato ed è bene non ignorarle anche perchè il diavolo, non è poi così brutto come si dipinge.

Anzitutto non risponde affatto alle verità che l'emottisi tubercolare prevalga nelle forme avanzate della malattia; anche per pratica personale sarei propenso ad essere di opinione piuttosto diversa; come cioè essa possa manifestarsi non solo nel cosiddetto periodo di stato, ma anche più spesso nel periodo iniziale. Casi del genere sono oggetto di osservazioni frequenti negli ospedali e negli ambulatori antitubercolari; anzi si può aggiungere che il solo esame clinico da solo molte volte offre ben poco di patologico.

Potremmo dire, se l'argomento permettesse celiare, che l'emottisi iniziale rappresenti una fortuna per il malato il quale, non presentando altri disturbi e mantenendosi in ottime condizioni generali, è stato messo in allarme da qualche improvviso sputo rosso. I mezzi attuali di cura di questa malattia, già ritenuta incurabile, sono molteplici e vanno dalle cure ricostituenti al pneumotorace ed al taglio del nervo frenico permettendo molto spesso una guarigione di queste forme iniziali.

Accanto a questa che è la classica «*phtisis ab hemopto*» degli antichi e si accompagna a fatti psichici, a febbre ed a scarsi fenomeni catarrali per qualche settimana, per cedere poi il passo ad una lunga remissione di tutti i

sintomi, esistono casi, per fortuna rari, nei quali le emottisi rappresentano tappe di una forma rapida ed evolutiva della malattia polmonare, in tali occasioni soprattutto gli interventi chirurgici sopra ricordati possono salvare una vita umana. Ugualmente potremo dire delle gravi e abbondanti emottisi che si verificano talvolta nelle forme ulcerose avanzate.

*
*
*

Abbiamo visto sopra come le più svariate malattie possano, indipendentemente dalla tubercolosi, provocare lo sputo rosso; e tutte dovranno essere prese in considerazione dal medico che al letto del malato non rinvenga elementi per confermare la natura specifica della affezione. E' bene però, a scanso di esagerato ottimismo, ricordare come circa i nove decimi delle emottisi siano di natura sospetta tubercolare; sarebbe perciò infinitamente sciocco colui che, al manifestarsi di un tale sintoma, non si affrettasse a consultare un medico ma; nel timore, si limitasse a scoprire da sè un qualche alibi ad esempio in una venuzza del faringe individuata guardandosi allo specchio. A tale conclusione può giungere solo il medico che abbia escluso con ogni ricerca l'esistenza di una qualunque lesione sospetta polmonare, solo successivamente questi potrà cercare d'incriminare una varice venosa situata lungo le prime vie respiratorie.

Ricordiamoci che oggi il terrore folle davanti a questo sintoma non ha più ragione di esistere, anche quando è stata accertata la natura tubercolare di una emottisi, possediamo dei mezzi di cura che, se protratti con metodo e costanza, finiranno per vincere questa insidiosa malattia. Quello che interessa soprattutto al medico è di giungere al più presto possibile ad una diagnosi di certezza per agire con tutta sollecitudine; cullarsi in una cieca fiducia come se nulla fosse o trascurarsi è delitto per sè e per gli altri; ugualmente soffrire di fobia per la propria malattia ed accasciarsi al suo insorgere, è più che dannoso, folle.

Lasciamo ormai nel ripostiglio delle cianfrusaglie inutili certi atteggiamenti fatalistici degni dei poeti romantici del secolo scorso che andavano pietosamente trarre appena possibile alla gioia del lavoro quotidiano. Quando tutti noi saremo convinti di questa verità avremo forse perduto un «tipo» per melodrammi sentimentali, che già ormai assume la patina di una epoca lontana, ma avremo guadagnato tanti uomini nel fiore dell'età, all'amore della vita attiva. Ed è ciò che più conta.



(Dis. di E. BARDSKY)

L'ORA DEI PASTI E L'ALIMENTAZIONE

Dott. CORRADO CONFORTO

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

In materia di alimentazione è bene che tutti conoscano alcune norme generali, per evitare errori igienici e dietetici di notevole importanza.

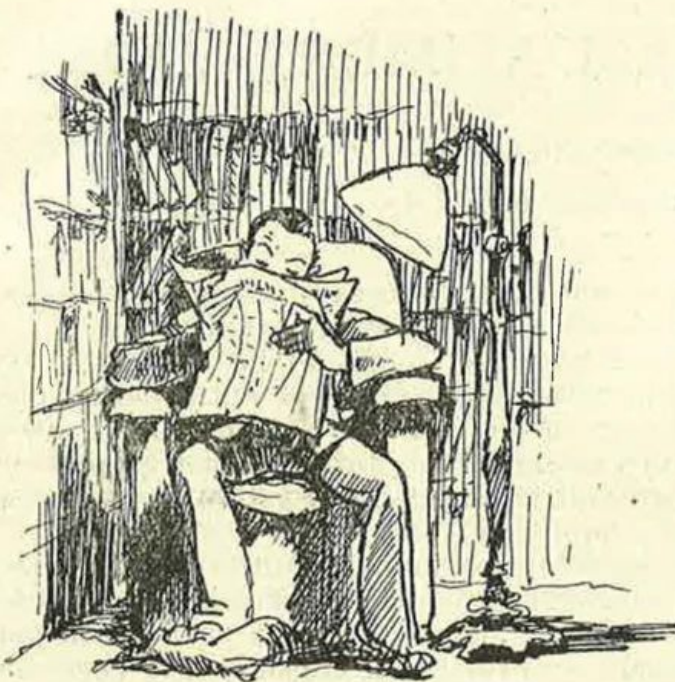
Una di queste è la scelta delle ore del pasto, e ciò perchè lo stomaco è abituato fin dall'infanzia, a funzionare in determinate ore: per cui è bene mantenere una certa costanza per l'ora dei pasti e ciò è troppo spesso dimenticato; pessima abitudine quindi è farne oltrepassare l'ora. Infatti non è raro aver constatato in noi stessi di sentire lo stimolo dell'appetito verso le dodici, e osservare, diradando l'ora, la scomparsa completa di questo.

Il desinare allora diventa un atto abitudinario e non una funzione gradevole. È buona regola prima dei pasti di non diluire il succo gastrico con bevute abbondanti di acqua e di bevande che la moda impone: perchè si disturba già in precedenza la funzione di uno stomaco normale; si consideri poi che cosa può avvenire in uno stomaco sofferente.

Circa il numero dei pasti da prendere durante il giorno bisogna notare che varie sono le abitudini dei popoli secondo il clima in cui vivono. I nordici per la necessità di dovere ingerire sostanze che mettono in libertà quantità notevole di energia potenziale, senza altre trasformazioni, prendono pasti di poca entità, ma frequenti. Infatti i tedeschi, i russi, i norvegesi ecc. prendono da quattro a cinque pasti al giorno, sempre a base di tè e di grassi. Da noi sono sufficienti tre pasti per adulti e quattro per i giovani, così distribuiti: colazione al mattino, pranzo al mezzogiorno e cena la sera. Per i giovani è da aggiungere la merenda.

La colazione al mattino non deve essere consumata appena svegli, perchè perdurando quello stato di semisnonno, lo stomaco non è ancora preparato a ricevere il cibo, si mangia svogliatamente, senza appetito, masticando male. È bene prima attendere alla pulizia personale avendo cura speciale dei denti, e della bocca, solo più tardi si procederà alla colazione, badando di non ingerire troppi alimenti. È però buona norma fare colazione non troppo tardi in modo che il periodo intervallare tra colazione e pranzo non sia inferiore alle quattro ore. Evitare i cibi che possono provocare acidità e di difficile digestione, far uso di un po' di frutta fresca o cotta, in aggiunta al caffè latte. Bisogna ricordarsi che il latte, se non è pastorizzato da una centrale attrezzata a tale scopo, deve essere bollito e ingerito tiepido. L'abitudine di mangiare biscotti e dolciumi a colazione non è tra le migliori, non per altro, ma perchè facilmente provocano un po' di acidità. È bene non bere vino e sostanze alcoliche a colazione a meno che questa non sia, come si dice, alla forchetta, e allora viene consumata alle undici.

Il pranzo deve essere il pasto più ricco e abbondante della giornata. L'abitudine invalsa in alcune famiglie di rimandare il pasto più sostanzioso alla sera, è un errore. Perchè dopo cena difficilmente si fa del moto, e dopo due o tre ore, se non subito, si va a letto. La digestione si avvantaggia moltissimo dal movimento moderato, perchè questa aiuta la peristalsi intestinale e stimola la funzione escretoria degli organi emuntori (reni, pelle ecc.). Senza moto si obbliga il cuore ad una maggiore fatica e soprattutto le arterie sono duramente provate, in conseguenza si favorisce il loro indurimento (arteriosclerosi). Però bisogna intendersi sulla qualità del moto che si deve praticare dopo i pasti. La scuola Salernitana così si esprime: *Post prandium ristabis vel lento pede deambulabis*. Il moto deve essere inteso come passeggiata, possibilmente in luogo



ameno lontano dalla polvere, dove oltre che a respirare aria ben ossigenata, anche lo spirito possa bearsi. Il *ristabis* della scuola Salernitana ha dato luogo a diverse interpretazioni. Molti in esso vedono l'autorizzazione al famoso « pisolino »; e da qui, con gesto arbitrario, finiscono col fare una vera e propria dormita. Il sonno dopo i pasti rallenta molto la digestione, che così viene ritardata, facendo rimanere nello stomaco le sostanze alimentari, che per la diminuita peristalsi, vengono ad essere male elaborate, e finiscono col divenire in parte nocive all'organismo. E, per convincersene, basta osservare quelli che dopo un pasto abbondante hanno fatto una lunga dormita; in genere essi si presentano un po' storditi e sonnolenti e con occhi leggermente tumefatti. E' vero

che dopo il pasto bisogna stare un po' a riposo per dare allo stomaco il tempo di smaltire una buona quantità di cibo, ma dopo è bene fare una passeggiata, o per lo meno distrarsi. Le occupazioni come lo studio, contabilità, lavori cerebrali in genere, devono essere banditi per le prime due o tre ore dopo i pasti.

Il pasto di mezzogiorno deve essere vario e formato, in equa quantità, di tutti e quattro i componenti l'alimentazione. Per comune uso la prima portata è quasi sempre dedicata agli idrati di carbonio (pasta, riso, polente, ecc.). Nel meridione si eccede nell'uso della pasta asciutta, che viene consumata persino due volte al giorno. Ciò non è igienico:

1° perchè ingerendo troppa pasta viene a sovraccaricarsi lo stomaco; e fa tralasciare altri cibi pur essi necessari;

2° si rischia di divenire obesi perchè gli organi di eliminazione non arrivano a smaltire le forti quantità di idrati di carbonio accumulate che si depositano sotto forma di adipe, in certe regioni di predilezione (addome, fianchi, ecc.);

3° nei soggetti con tare ereditarie del ricambio (diabete, gotta, calcolosi renale, ecc.) l'uso troppo abbondante di pasta asciutta può agevolare lo stabilirsi di tali malattie.

La pasta asciutta non solo non deve figurare in tutti e due i pasti, ma anche durante la settimana deve essere alternata con le minestre di verdura, con i minestrini, il riso ecc.

Circa la quantità dei liquidi da ingerire durante i pasti, è da tenere presente che l'eccesso di acqua provoca la diluizione del succo gastrico, così indispensabile alla digestione. Allo scopo di non provocare la sete è bene di non eccedere nell'uso del sale di cucina, e in quello delle frittture cariche di olio. Comunque durante i pasti è bene sorseggiare una scarsa quantità di acqua e mai ghiacciata, come molti fanno durante l'estate. E ciò perchè una buona digestione ha bisogno che la temperatura dello stomaco sia normale. L'introduzione in esso di sostanze troppo fredde (gelati, granite, acqua ghiacciata), durante o immediatamente dopo i pasti, turbando la temperatura normale dello stomaco, può provocare l'arresto della digestione. Senza dire che il repentino passaggio dal freddo al caldo nuoce alle terminazioni nervose dei denti, che si ammalano con facilità. L'acqua deve avere la temperatura ambiente, deve essere sorseggiata perchè serva effettivamente ad umettare meglio il bolo alimen-

tare, sciogliendo i sali in esso contenuti, e favorendo così le necessarie reazioni chimiche. Dopo il pasto, per due ore circa, è bene non bere più acqua per le ragioni anzidette. Il senso di sete che alle volte si prova due o tre ore dopo i pasti, è segno che la digestione è resa difficile. Non è igienico trattenersi a pranzo in discorsi che possono riuscire emotivi o che richiedono troppa attenzione, perchè così facendo, si mastica e si ingerisce frettolosamente, per rispondere a tempo; infine le emozioni influiscono sfavorevolmente sulla digestione, inibendo la secrezione dei succhi gastrici. Spesso nei ristoranti si vedono avventori che mentre mangiano leggono;



questa è una cattiva abitudine, perchè l'attenzione, sotto qualsiasi forma, richiede un aumento del sangue circolante nel cervello, sottraendolo allo stomaco che durante la sua funzione ne ha tanto bisogno. Dopo il pranzo è bene distrarsi e la conversazione deve essere piacevole in modo da stimolare il buon umore evitando le preoccupazioni od argomenti angosciosi. Il pasto della sera deve essere poco ricco specialmente di carni, di frittture, di alimenti con conserve, con salse troppo cariche di droghe, di carni insaccate o di formaggi fermentati. E ciò perchè la sera le funzioni digestive dell'organismo si allentano, sia per la stanchezza del giorno, sia per quel torpore che precede il riposo. Le paste al forno, le minestre complicate, gli antipasti variopinti, devono essere banditi mentre la carne deve lasciare il posto al pesce fresco e possibilmente bollito per renderlo più digeribile. Nel pasto della sera deve sempre figurare la verdura ben cotta e ben oleata, essa facilita le funzioni intestinali, senza dire che contiene vitamine, tanto necessarie allo sviluppo del corpo e alla fissazione di certi sali (calcio, ecc.) e a tante altre funzioni che poi diremo.

Le libazioni copiose devono essere vietate. Quello stato di benessere che dà il vino, lungi dal determinare uno stato di maggiore efficienza, è uno stato tossico nocivo all'organismo. Le funzioni del vino sono quelle di stimolare l'attività gastriche; e ciò si ottiene bevendolo con molta oculatezza e parsimonia. Cattiva abitudine è bere il vino fuori dei pasti; infatti oltre che a disturbare la digestione, diluendo al di là dell'ordinario i succhi gastrici, ha un'azione antiperistaltica per il sopore che provoca. Molti pasteggiano a latte, invece che col vino; a parte le indicazioni proprie di alcune diete per malattie di stomaco, renali ecc. è un buon metodo; tenendo presente che il latte però è facilmente acidificabile e quindi debbono essere con esso evitati i cibi acidi (salse, sughi, frutta acida, insalate, sostanze troppo ricche di sale). Inoltre è buona regola ingerirlo a piccole quantità, per evitare la formazione di grossi coaguli che per il volume e la loro compagine, possono produrre nello stomaco sintomi di intolleranza.

I soggetti cagionevoli di stomaco fanno bene a cenare a caffè latte ma è sempre meglio aggiungere un uovo. In questo sono rappresentati gli alimenti più nutritivi e assimilabili che la natura dispone (lecitine, grassi, albumine in genere ecc.). Il problema più complesso è renderle razionalmente digeribili mediante la cottura. Perchè di un alimento così prezioso può crearsi una sostanza di difficile digestione, mediante una cottura eccessiva o malfatta.

L'ingestione delle uova crude non è adatta a tutti gli stomaci, perchè le albumine dell'uovo per essere digeribili devono essere appena coagulate. Anche le uova sode sono di difficile digestione, esse possono produrre eruttazioni fetide, e la sera provocare insonnia. Il metodo migliore di cucinare l'uovo è di tenerlo due minuti circa nell'acqua bollente, si ottiene così una coagulazione incipiente delle albumine che ne facilita la digeribilità. Per il pasto della sera sono sufficienti due uova, accompagnate a verdura e a formaggi poco fermentati o a pesce lesso, per il bambino è sufficiente un solo uovo.

La verdura e la frutta devono essere sempre comprese nel pasto della sera. Quale importanza abbia la frutta nelle funzioni intestinali, sia come contenuto in vitamine, sia come mezzo per combattere la stitichezza, non è compito di questa esposizione. Dirò soltanto che è uno dei mezzi più efficaci per rendere le sciale espulsibili, non affaticando così la peristalsi intestinale. Specialmente i sedentari, i più esposti alla stitichezza, devono fare largo uso di frutta. Essa deve figurare in ogni pasto, specialmente fresca e matura, e quando ciò non è possibile, è consigliabile far uso di quella cotta o di quella in conserva. Pare che il calore non alteri l'efficacia della frutta per cui l'uso di quella sciroppata e delle marmellate trova vaste indicazioni. E' bene però sapere che queste debbono essere ben conservate in barattoli completamente sterilizzati, da non lasciare mai esposte all'aria, se non si vuole che esse diventino veri e propri terreni di cultura di lacche, muffe, e anche batteri. Le industrie italiane, assai perfezionate in questo campo, danno il massimo di affidamento, per cui si può fare uso dei loro prodotti, che costituiscono benissimo la frutta fresca senza esserne meno efficaci.

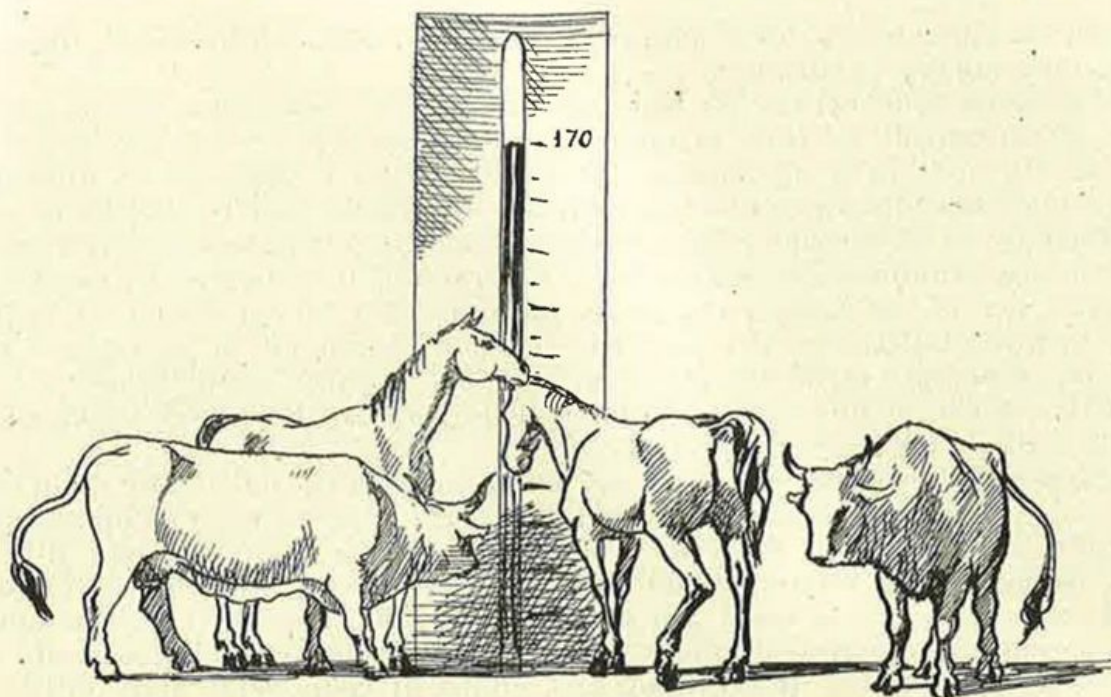
Nel pasto della sera bisogna evitare gli eccitanti (tè, caffè, liquori ecc.) perchè possono portare l'insonnia, il peggiore nemico del sistema nervoso. Prima di caricarsi dopo il pasto è salutare che questo sia intervallato da due a tre ore.

Vogliamo infine sperare che nessuno si accinga a sedere alla mensa senza essersi prima lavate le mani; così pure avanti di coricarsi si dovrà procedere alla pulizia dei denti e della bocca per togliere eventuali piccoli residui dei cibi.

(Dis. di E. BARDSKY).

Le mani, instancabili veicoli della nostra volontà lavorativa, possono costituire anche veicoli d'infezione quando la loro pulizia è trascurata. Lavarsi le mani prima di mangiare è indispensabile norma d'igiene spicciola.

Abolire la stretta di mano, salutare sempre romanamente.



CARNE BIANCA O CARNE ROSSA?

Dott. B. P. GIORDANO

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

Benchè con notevoli differenze tra regioni e regioni, in dipendenza delle diverse abitudini di vita, l'uso della carne è largamente diffuso in ogni parte del mondo. E mentre alcuni preferiscono il pesce (forse anche perchè più facile ne è l'approvvigionamento), altri hanno la sensazione che il pasto non sia completo, se ad un dato momento di esso, non compaia sulla tavola una bistecca più o meno appetitosa.

La carne costituisce l'elemento essenziale di tutti quegli organi interni come fegato, cuore, rognone ecc., tanto accettati ai buongustai della tavola. Se adunque una bistecca, oltre che essere una pietanza appetitosa, può dare una soddisfazione al gusto rendendo più gradita l'ora della riunione familiare, dopo le noie e le preoccupazioni di lunghe ore di lavoro, sia la benvenuta e riceviamola con tutti... gli onori del caso. E dimentichiamo, in tale momento, gli occhialuti scienziati e quei noiosi di igienisti che, tra storte e alambicchi, microscopi ed esperimenti di ogni genere, si affannano a stabilire il valore in calorie, o a penetrare nell'intima composizione chimica degli alimenti, per poi metterci addosso tutte le paure, ammonendoci che quel tale cibo fa male per la tal ragione, quell'altro va adoperato in quella data quantità, perchè quel poco in più, che si sarebbe tentato di ingerire, potrebbe portare quel tale disturbo ecc. Ma così l'ora del pasto diventa un supplizio, non un piacere: d'altra parte, sto bene, dice il lettore, e mangio come mi fa più piacere, tanto più che sono gli stessi igienisti a spingermi a ciò. Che cosa, infatti, dicono essi, a proposito della carne?

La carne (e per essa si deve intendere quella parte dell'animale costituita dai muscoli e dagli annessi di questi) è composta di proteine, le quali alla loro volta sono entità organiche più complesse del gruppo degli amino-acidi, i quali sono diversi, ma tutti necessari, perchè concorrono a mantenere l'organismo in un certo equilibrio, detto equilibrio dell'azoto. Questo equilibrio, perciò, è so-

prattutto in dipendenza della quantità e qualità degli amino-acidi ingeriti e di cui l'organismo ha bisogno.

L'alimentazione carnea va bene fino a quando l'individuo sta in perfetta salute, e soprattutto si trova in quella età deliziosa che è costituita dalla giovinezza. Ma quando si incomincia a sentire una certa difficoltà di digestione, oppure quel tale doloretto alle articolazioni suscita la spettro dell'acido urico, o lentamente si fa strada il sospetto dell'aumento della pressione arteriosa, oh! allora le cose cambiano e ben volentieri si ascolta il consiglio del medico o di chiunque, per la sua esperienza, possa mettere sulla buona strada ed indicare un vitto più adatto. Uno dei problemi che più facilmente si presenta è costituito dal dilemma: carne bianca o carne rossa? I pareri sono discordi e niente di più facile che si finisca come quel famoso asino di Buridano. Cerchiamo allora di studiare insieme la questione.

L'appellativo di bianca o di rossa proviene proprio dal colore della carne, che in alcuni animali è bianca, in altri rossa; fra le prime sono comprese quelle di vitello, di agnello, di capretto e di maiale. Fra le colorate quella di bue, di vacca, di cavallo, di bufalo, di montone. Per ciò che riguarda il valore alimentare di esse, pare che le carni più colorate siano più ricche di materie alimentari e perciò più nutritive di quelle bianche, rappresentate ordinariamente dalle carni di animali in via di sviluppo. Dal punto di vista della digeribilità non vi è una separazione netta; la migliore è la carne di agnello: poi in ordine decrescente viene quella di montone, di vitello, di bue, di porco ed infine quella degli animali selvatici. La carne di pollo o di tacchino è di facile digestione, ma i polli troppo giovani hanno carne poco nutriente, gelatinosa, poco sapida: quelli vecchi d'altra parte danno carne dura, indigesta, la migliore è quella dei polli di un anno circa.

Non si può passare sotto silenzio l'alto valore nutritivo della carne di cavallo: esso può essere paragonato a quello della carne di bue, se proviene da cavalli sani, non affaticati e non troppo vecchi. Per il suo contenuto in ferro è inoltre particolarmente indicata agli anemici ed ai convalescenti.

Finora adunque noi non abbiamo alcun elemento per dare la preferenza all'una o all'altra delle carni; quelle rosse sono più nutritive, quelle bianche più digeribili.

Ne consegue perciò che in particolari condizioni, in cui necessita una superalimentazione, si devono scegliere le carni rosse, ma cucinate in modo da aumentare la loro digeribilità, tritandole ecc.

Ma il dilemma posto dinanzi, acquista tutta la sua importanza in occasione di speciali diatesi, come può essere quella uricemica. Qui non si tratta più di valore nutritivo o di digeribilità, ma del contenuto delle carni in quelle particolari sostanze che, attraverso successive trasformazioni, portano alla formazione dell'acido urico. Queste sostanze, dette puriniche, sono contenute in grandissima quantità precisamente nelle carni giovani e quindi bianche; in quantità ancora maggiore poi nei visceri sia delle carni bianche, sia di quelle rosse. Perciò gli uricemici, i gottosi, devono astenersi dalle carni bianche e proscrivere assolutamente dalla loro tavola le interiora di ogni animale, sia esso a carne bianca o carne rossa. Lo stesso dicasi per le carni di cacciagione e della selvaggina di pelo.

Ed ora qualche consiglio agli ipertesi. Qualunque sia la causa dell'ipertensione, arteriosclerotica, nefritica, ipertiroidica, essenziale, la carne va sempre limitata o meglio abolita, lo stesso diremo per il brodo.

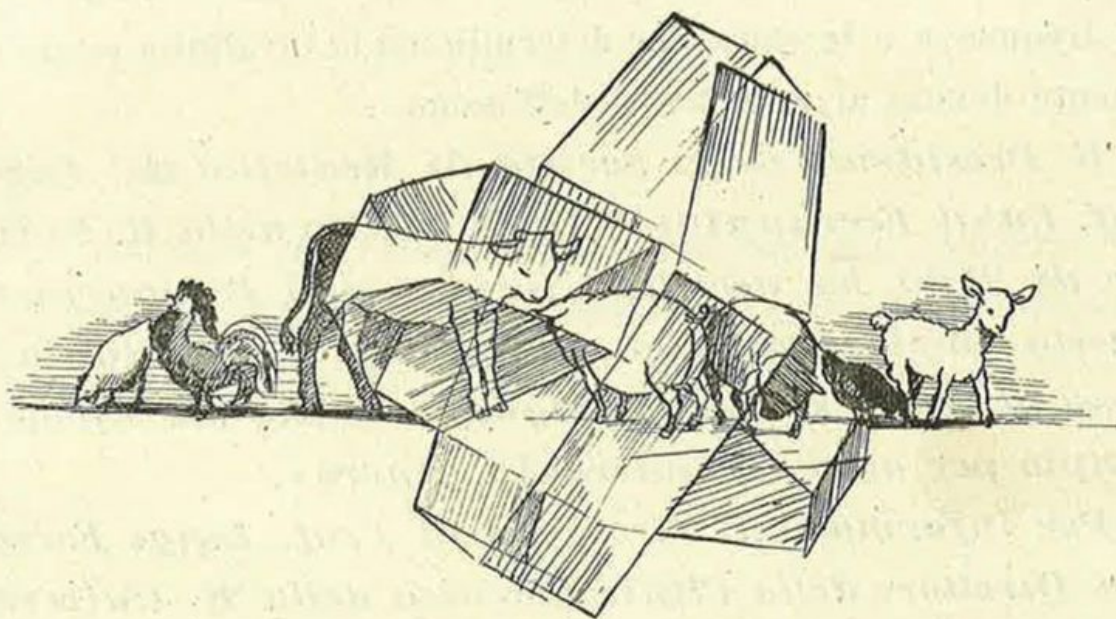
Il lettore potrebbe obiettare, come più sopra abbiamo detto, che il nostro organismo ha bisogno di proteine e precisamente di proteine animali, sia per la loro digeribilità, sia per il fatto che esse contengono gli amino-acidi, che più si avvicinano a quelli contenuti nei tessuti umani. La obiezione che mi presenta il lettore non è grave, perchè quelle stesse proteine, di cui finora abbiamo parlato, si trovano abbondantemente nel formaggio, nelle uova, nei pesci, nel latte. Dirò ancora che, secondo ricerche cliniche di Bircher, il regime esclu-

sivamente frutto-vegetariano farebbe ritornare alla norma la pressione arteriosa elevata.

In sostanza possiamo concludere che, salvo particolari condizioni di diatesi, non è la qualità della carne che può nuocere, ma è la quantità. Sia per la persona sana, sia per quella malata, la regola è dettata dal vecchio proverbio « in medio virtus ». Mangiare quindi la carne non più di una volta al giorno e non più di tre, quattro volte la settimana; supplire al fabbisogno di azoto con le proteine vegetali e con quelle delle uova, del formaggio ecc., ecco uno dei capisaldi di una razionale alimentazione.

Anche per la carne dei pesci si può fare la distinzione in carne bianca (carpio, merluzzo, trote) e in carne rossa (salmone, tonno, ecc.). Quelli a carne bianca contengono meno grassi e sono meno nutritivi, ma facilmente digeribili, i secondi invece accoppiano ad un maggior potere nutritivo una minore digeribilità. Il valore nutritivo e la digeribilità sono in rapporto con la stagione e con le località di pesca, come pure con il metodo di cottura.

Per i convalescenti è preferibile preparare il pesce lessato perchè in tal modo perda una parte delle sostanze solubili ed estrattive, eccitanti e non adatte.



(Dis. di E. BARDSKY).

RASSEGNA DI ARTICOLI D'IGIENE

Vita Itatgeber, N. 18, Ottobre 1936 — Zurigo.

Sulla costituzione.

Debbono i bambini dormire colla finestra aperta?

Pressione arteriosa.

Zucchero e denti.

Il medico nella cura dell'anima.

— Gennaio 1937.

Ottimismo sano.

Le noci.

L'uomo delle grandi città.

Il bicchiere d'acqua zuccherata.

Gesundheitsdienst, N. 4, Novembre 1936 — Berlino.

Malattia senza essere malati.

Le psillacosi.

Difesa contro le infezioni di origine gastrica.

Im Dienst der Gesundheit, N. 4, Dicembre 1936 — Basilea.

KOCH, *L'appetito, termometro della salute.*

VALEMAR, *Mal di gola, infiammazione della gola, frequenti forme di raffreddore.*

— *Le otalgie (i dolori di orecchio).*

WERNER, *La ostacolata respirazione nasale e sua influenza sullo stato generale.*

Gesundheit Langes Leben, N. 36, Gennaio 1937 — Dresda.

VOGEL, *Il reumatismo.*

HARTENSTEIN, *Le corse sulla neve danno salute e gioia di vivere.*

MECKIES, *Il catarro bronchiale, sue cure e suo trattamento.*

GÖTZE, *Dormite male?*

Viva elen anos, N. 2, Novembre 1936 — Buenos Aires.

FAHRENKAMP, *Sorvegliate il vostro cuore.*

TERRIZANO, *Il piede piatto.*

REED, *Le funzioni della donna.*

GUZMAN, *La salute dei denti dipende da quello che mangiamo.*

CASILLLO, *Non è reumatico chi cerca solo quello che può.*

ARAOZ, *Per poter trionfare sulla tubercolosi, occorre aumentare le riserve dell'organismo.*

ETCHEVARNE, *La vitiligine.*

CASAL, *Come si fabbrica un osso?*

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 Ferrannini 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 Ferrannini Direttore della Clinica Medica della R. Università di Bari.

Esito del Concorso per la pubblicazione di medicina preventiva dell'apparato cardio-vascolare, indetto dall'I.N.A.

La Commissione giudicatrice del Concorso per una monografia di medicina preventiva dell'apparato cardio-vascolare, costituita da S. E. il Prof. Dante De Blasi Accademico d'Italia presidente, e dei Prof. Dott. Giulio Galli, Prof. Dott. Antonio Sebastiani, Prof. Dott. Agnere Zeri, membri: il giorno 20 gennaio ha consegnato al Direttore Generale la relazione dei lavori compiuti.

Da essa risulta che la Commissione dopo essersi compiaciuta che molti lavori presentati sono pregevoli ha prescelto come più adatto allo scopo il lavoro contrassegnato dal motto: « Uomo avvisato è mezzo salvato » di cui è risultato autore il Dott. Eschilo Della Seta.

La Commissione per il lavoro di Medicina Preventiva Coloniale.

Si è chiuso il giorno 16 gennaio u. s. il termine utile per il concorso indetto dall'I.N.A. riguardante 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 ».

La Commissione esaminatrice dei manoscritti nominata dalla Direzione Generale è risultata così composta:

S. E. Prof. Gr. Cord. ALDO CASTELLANI, Conte di Chisimaio, Direttore della Clinica delle Malattie Tropicali della R. Università di Roma, Senatore del Regno.

Prof. Dott. GUIDO VERNONI, Direttore dell'Istituto di Patologia Generale della R. Università di Roma.

Dott. ALCIBIADE ANDRUZZI, Generale Medico della R. Marina, Capo del Servizio Sanitario del Ministero delle Colonie.

Prof. Dott. I. ROMANELLI, Capo del Servizio Sanitario dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

La Commissione ha già iniziato i suoi lavori.

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

Quadriennio 1931-1934	Anno 1935	Anno 1936	TOTALE
Lire 541.411	Lire 147.164	Lire 197.226,70	Lire 885.801,70

Distribuzione, utilizzazione dei buoni gratuiti di visita medica periodica dell'I. N. A. ed onorari relativi.

Anno	Buoni distribuiti	Buoni utilizzati	Importo onorari
1931	n. 805	n. 270	Lire 5.400
1932	» 1.705	» 626	» 12.520
1933	» 1.653	» 887	» 17.740
1934	» 1.756	» 1.041	» 20.820
1935	» 2.669	» 1.599	» 31.980
1936	» 3.438	» 1.737	» 34.740
1931-1936	Totale n. 12.026	Totale n. 6.160	Totale Lire 123.200

Capitali dei Contratti Sinistrati per morte esaminati dal Servizio Sanitario nell'anno 1936 (XIV-XV).

(Distribuzione per gruppi di cause di morte).

Numeri dell'elenco no- sologico dell'I. C. S.	GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	Portafoglio diretto con visita medica	Portafoglio diretto senza visita medica	Popolari	Cessioni lega- li e riassicu- razione (quota I.N.A.)	TOTALE Lire
da 23 a 32	Ogni forma di tubercolosi .	3.219.454	332.167	704.415	814.786	5.070.822
da 1 a 22 e da 33 a 44	Altre malattie infettive e pa- rassitarie . .	4.359.738	670.985	445.928	598.795	6.075.446
da 45 a 35	Tumori . . .	5.233.931	310.717	506.725	1.321.951	7.373.324
82	Apoplessie, trombosi . .	5.377.421	642.521	330.355	1.090.970	7.441.267
da 78 a 89 (meno 82)	Malattie del si- stema nervoso	1.298.931	140.423	152.360	212.604	1.804.308
da 90 a 103	Malattie del- l'apparato cir- colatorio . .	8.945.689	1.082.533	650.155	1.775.887	12.454.264
da 104 a 114	Malattie del- l'apparato re- spiratorio . .	6.360.357	422.005	679.375	1.680.976	9.142.713
da 115 a 129	Malattie del- l'apparato di- gerente. . .	5.028.319	438.854	446.460	1.415.433	7.329.066
da 130 a 139	Malattie del- l'apparato ge- nito-urinario.	4.044.645	209.902	304.362	996.870	5.555.779
da 163 a 171	Suicidi . . .	1.088.207	96.130	59.390	401.875	1.645.602
da 172 a 198	Morti violente e accidentali .	3.614.595	2.529.812	580.351	639.986	7.364.744
Tutti gli altri	Altre cause di morte . . .	4.165.824	585.790	346.030	1.139.045	6.236.689
	<i>Totali L.</i>	52.737.111	7.461.839	5.205.906	12.089.178	77.494.034

Per l'acquisto di maschere antigas.

In seguito ad accordi intervenuti con il Ministero della Guerra, l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, nell'intento di agevolare i propri assicurati nell'acquisto di maschere antigas, consente che gli stessi, semprechè abbiano corrisposti i premi del primo triennio sulle loro polizze, possono contrarre un prestito per un valore che rappresenta il prezzo di cessione di una maschera antigas, dei modelli approvati e collaudati dal Servizio Chimico Militare o da altri organi designati dalle Superiori Autorità Militari.

Il prestito sarà dell'ammontare di L. 76,70 esente da ogni interesse o spesa fino alla liquidazione della polizza (per qualsiasi causa essa avvenga), e sarà subordinato alle condizioni:

1° che il valore di riscatto della polizza, all'atto dell'accensione del prestito, garantisca l'Istituto del reintegro della somma anticipata;

2° che il contraente sia l'unico ed assoluto proprietario della polizza e che questa non abbia vincoli o cessioni di beneficio o di diritti.

Agli assicurati che ne facciano richiesta è consentita la possibilità di acquistare anche altre maschere per uso della famiglia, alle condizioni sopra stabilite, nei limiti di una maschera per ogni 10.000 lire di capitale assicurato.

In ogni modo con una polizza di capitale anche inferiore alle L. 10.000, ogni assicurato potrà acquistare sempre una maschera, purchè il valore di riscatto della polizza consenta l'accensione del prestito di L. 76,70 come sopra è specificato; mentre con una polizza di L. 100.000 di capitale assicurato si potranno avere fino a 10 maschere ove lo consenta il valore di riscatto.

Gli assicurati che desiderano acquistare le maschere antigas, dovranno rivolgersi alle Agenzie Generali dell'I.N.A. ove sono in distribuzione speciali moduli per la richiesta.

Siamo sicuri che questa iniziativa della Direzione intesa a portare un così efficace contributo alla efficienza militare della Nazione incontrerà la migliore accoglienza presso tutti gli assicurati.

Il Comitato Medico Consultivo delle Assicurazioni-Vita.

Si riunirà il 26 febbraio prossimo presso la sede del Consorzio Italiano Rischi Tarati - Roma (Piazza S. Bernardo, 101) il Comitato Medico Consultivo con il seguente Ordine del giorno:

L'ipertensione arteriosa nell'assicurazione-vita (Relatore Prof. WINTERNITZ).

Assicurazioni senza visita medica (Relatore Dott. TROTTARELLI).

Organizzazione medica (Relatore Dott. TROTTARELLI).

Varie.

La IV Conferenza internazionale sui problemi dei Rischi Tarati

(Parigi 14-16 giugno 1937).

Si terrà a Parigi dal 14 al 16 giugno p. v. la IV Conferenza internazionale sui problemi delle assicurazioni vita dei Rischi Tarati col seguente Ordine del Giorno:

PARTE I. — Temi della discussione.

1. Relazione sull'attività dell'Associazione direttiva.
2. Relazione sui pareri-circolari internazionali degli ultimi anni.
3. Metodi statistici che rendono possibile l'apprezzamento provvisorio della mortalità nei gruppi di rischi tarati.
4. Osservazioni statistiche dei rischi tarati. Discussioni sui lavori presentati all' XI Congresso Attuariale.
5. Relazioni delle singole organizzazioni sulle osservazioni statistiche già eseguite.
6. Regolamento della cooperazione internazionale per l'assicurazione vita dei rischi tarati.

PARTE II. — Libere proposte.

1. Relazione sulla redazione di schema statistico di Consorzio Cecoslovacco per poter seguire la mortalità dei rischi tarati.
2. Intensificazione degli scambi di riassicurazione tra i diversi organismi di assicurazione dei rischi tarati.
3. Relazioni mediche.

R. UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA

Scuola di perfezionamento in Medicina legale e delle assicurazioni

DIRETTORE: PROF. GIUSEPPE MORIANI

Sede: Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni - Viale dell'Università, 32

Programma per il Biennio 1936-37 — 1937-38

La Scuola di perfezionamento in Medicina legale e delle Assicurazioni, della R. Università di Roma — alla quale possono accedere tanto i laureati in Medicina che quelli in Giurisprudenza — è stata creata per dare ai giovani, che si apprestano ad esplicare le loro attività nel campo della Medicina Legale, in quello della Magistratura ed in quello delle Assicurazioni, una cultura adeguata ai compiti delicatissimi che dovranno essere loro affidati.

Il Diploma di «Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni», conseguito dopo aver frequentato questa scuola, è considerato come *titolo di preferenza* nei concorsi, per Medici e Dirigenti, banditi dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, dall'Istituto Nazionale Fascista per l'Assicurazione contro gli infortuni sul Lavoro, dalle Casse di Malattia, dal Patronato Nazionale per l'Assistenza Sociale e dall'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale. Oltre a ciò è considerato titolo di preferenza nei concorsi per la Magistratura, banditi dal Ministero di Grazia e Giustizia. Tale Diploma di Specialista dà altresì la preferenza per la nomina a Perito Medico-Legale (v. art. 314 del C. P. P.).

La Scuola ha la durata di un biennio.

Gli insegnamenti comprendono:

I° ANNO

MATERIE COMUNI

- 1) *Medicina legale* — Prof. GIUSEPPE MORIANI.
- 2) *Nozioni generali sulle assicurazioni (cenni storici, giuridici e medici)* — Dott. FABIO MARSELLA.
- 3) *Elementi di metodologia statistica* — Prof. RAFFAELE CULTRERA.
- 4) *Elementi di tecnica delle assicurazioni* — Prof. FRANCESCO PAOLO CANTELLI.
- 5) *Politica assistenziale e assicurativa del Regime* — On. avv. GIUSEPPE LANDI.

MATERIE SPECIALI

PER I LAUREATI IN MEDICINA

- 6) *Nozioni generali di diritto civile e commerciale* — On. Prof. SALVATORE DI MARZO.
- 7) *Nozioni generali di diritto amministrativo e corporativo* — Prof. GUIDO ZANOBINI.

PER I LAUREATI IN GIURISPRUDENZA

- 6) *Nozioni generali di anatomia, fisiologia, patologia e patologia generale: di semeiotica e patologia chirurgica* — Prof. GIOVANNI PEREZ GUIDO VERNONI.
- 2) *Nozioni generali di semeiotica e di patologia medica* — Prof. ANGELO SIGNORELLI.

II° ANNO

- 1) *Medicina Legale* — Prof. GIUSEPPE MORIANI.
- 2) *Semeiotica traumatologica nelle assicurazioni* — Prof. RINALDO PELLEGRINI.
- 3) *Semeiotica medica nelle assicurazioni* — Prof. ILARIO ROMANELLI.
- 4) *Tecnica delle valutazioni medico-legali* — Prof. CESARE GERIN.
- 5) *Statistica medica* — Prof. LUIGI DE BERARDINIS.
- 6) *Diritto delle assicurazioni* — Prof. ANTIGONO DONATI.
- 7) *Assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali* — On. Prof. NICOLA CASTELLINO, Prof. PIETRO D'ALESSANDRIA, Prof. GIUSEPPE MORIANI.
- 8) *Assicurazioni contro la tubercolosi e contro l'invalidità* — On. Prof. BRUNO BIAGI.
- 9) *Medicina delle assicurazioni vita* — Prof. ILARIO ROMANELLI.
- 10) *Assicurazioni contro le malattie* — Prof. ORESTE BELLUCCI.

Questi corsi saranno integrati da conferenze su argomenti di medicina legale e di medicina assicurativa.

Gli iscritti alla Scuola hanno l'obbligo di frequentare le lezioni, nonché le esercitazioni che verranno loro impartite, sia nell'Istituto di medicina Legale e delle Assicurazioni, che presso gli Istituti di Assicurazione e gli Enti di Previdenza che hanno dato la loro collaborazione scientifica alla Scuola.

Alla fine del 1° anno ed alla fine del 2° anno gli iscritti dovranno sostenere un esame concernente le rispettive materie d'insegnamento.

L'esame di diploma si svolge secondo le norme dello Statuto Universitario; esso conterà di una dissertazione originale scritta, su un argomento di Medicina Legale o di Medicina delle Assicurazioni, e di una prova stabilita dalla Commissione esaminatrice.

Per essere ammessi alla Scuola è necessario:

- 1) Domanda su carta bollata da L. 4, intestata al Rettore dell'Università.
- 2) Certificato di laurea in Medicina o Chirurgia o certificato di laurea in Giurisprudenza.
- 3) Certificato di nascita legalizzato.
- 4) Ricevuta del pagamento di L. 300 per la tassa di immatricolazione.
- 5) Ricevuta del pagamento di L. 800 per la tassa di iscrizione annua.
- 6) Ricevuta del pagamento di L. 150 per sopratassa annua per esami di profitto.
- 7) Ricevuta del pagamento di L. 25 per contributo Opere Sportive e Assistenziali.
- 8) Diploma originale di maturità o titolo equipollente.
- 9) Una fotografia.

Per l'ammissione, a suo tempo, all'esame di Diploma, dovrà pagarsi la sopratassa di L. 75. Per il rilascio del Diploma gli interessati dovranno presentare:

- 1) Domanda, su carta bollata da L. 4, diretta al Rettore dell'Università.
- 2) Ricevuta del Pagamento di L. 40,90 per indennità di Diploma, bollo ecc.
- 3) Cartolina vaglia, intestata al Procuratore del Registro per l'importo di L. 200, per tassa di diploma.

Le tasse di cui sopra (eccettuata quella di diploma) si devono versare al Banco di S. Spirito — Città Universitaria.

La Scuola avrà inizio il 16 febbraio 1937.

Le iscrizioni si ricevono sino al 15 febbraio 1937.

Roma, 11 gennaio 1937-XV.

Il Direttore Amministrativo
N. SPANO

Il Rettore
P. DE FRANCISCI

Il Direttore della Scuola
G. MORIANI

*Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita***Il campo visivo in medicina dell'assicurazione-vita**

Prof. Dott. MARIA VELE

della Direzione Generale dell'I.N.A.

Molto spesso si considera l'occhio un organo a sè quasi non appartenesse all'organismo, mentre, come ben sappiamo, esso è intimamente legato al cervello, per mezzo del nervo ottico, il quale dalla papilla e dalla retina dove si sfoccano tutte le sue fibre terminali, seguendo un particolare decorso, entra nella compagine cerebrale.

Fra i vari esami che si praticano nell'apparato visivo può essere di valido aiuto in medicina delle assicurazioni-vita l'esame del campo visivo, costituito dai limiti della visione indiretta.

L'esatta determinazione del campo visivo è importante non solo nelle affezioni delle membrane oculari profonde, ma anche del nervo, delle vie ottiche e affezioni generali, determinazione che frequentemente costituisce uno dei sintomi più importanti di localizzazione di neoplasmi e lesioni endocraniche. A tale scopo ho cercato di raggruppare in questo capitolo le alterazioni del campo visivo.

Normalmente esso si estende in alto 55° , in basso 70° , all'interno 60° , all'esterno 90° ; in questa area esiste uno scotoma fisiologico, la macchia cieca di Mariotte, a circa 15° all'esterno del punto di fissazione.

L'esame si pratica col perimetro di Förster, mediante il quale si mettono in evidenza gli scotomi centrali e periferici, positivi e negativi, relativi ed assoluti, i restringimenti e le emianopsie.

La funzione visiva è esercitata dalla retina che, ricevuta l'impressione, la trasmette ai centri per mezzo delle fibre del nervo ottico. Questo a sua volta, subita la parziale decussazione, si continua con i tratti ottici i quali contornano i peduncoli cerebrali per portarsi ai gangli ottici primari. Di qui una parte di fibre si porta al nucleo dell'oculomotore ed ha la funzione di regolare il riflesso pupillare e di presiedere ai movimenti dei muscoli oculari, mentre l'altra attraversa la parte posteriore della capsula interna, dando origine alle radiazioni ottiche del Gratiolet e va a far capo alle cellule ganglionari del cuneo e delle parti adiacenti alla scissura calcarina, cioè alla zona visiva della corteccia cerebrale. In questa zona si formano le sensazioni visive e le immagini mnemoniche.

Quando le lesioni del nervo ottico sono al davanti del chiasma, le alterazioni del C. V. (1) sono unilaterali, mentre se le lesioni sono al livello del chiasma, delle bandelette, delle radiazioni ottiche e della sfera corticale, sono sempre bilaterali e presentano caratteristiche speciali.

In assenza di lesioni organiche e con presenza di modificazioni unilaterali o bilaterali, si dovrà pensare a fatti di isterismo (queste però sono variabili col tempo, mentre quelle da causa organica sono spesso stazionarie).

Fra gli scotomi ricordo lo scotoma centrale unilaterale dei bambini dovuto a una lesione maculare o a una lesione del nervo ottico. Le affezioni maculari si hanno:

a) per focolai di atrofia retinica dovuti a emorragia maculare forse sopravvenuta al momento del parto;

b) per coloboma congenito della macula (escavazione della regione maculare e scotoma centrale assai esteso);

c) per corioretinite eredo-luetica che può localizzarsi alla fovea e accompagnarsi anche a focolai periferici e centrali;

(1) C. V. = campo visivo.

d) per sviluppo di un tumore nella regione maculare.

Tutte le predette lesioni si riscontrano già nei bambini. Alle stesse lesioni si può aggiungere l'ambliopia strabica con scotoma centrale che si osserva negli strabici, e che si attribuisce a difetto d'uso dell'occhio relativo.

Lo scotoma centrale nell'adolescente e nell'adulto si può sviluppare per numerose cause.

La più frequente è la :

a) coroidite maculare sifilitica che si osserva in tutti i periodi della lue, con macchia rosso scura, brunastra alla regione maculare ;

b) nelle miopie di grado elevato, con caratteristiche eguali a quelle della coroidite luetica (i miopi sifilitici avrebbero maggiore tendenza ad ammalare nella regione maculare) ;

c) nella retinite diabetica o albuminurica nelle quali spesso tale scotoma è il primo sintomo rivelatore della malattia ;

d) in traumatismi dell'occhio, con perforazione maculare, di cui sono state descritte varie osservazioni e che hanno tuttavia grande importanza dal punto di vista infortunistico.

e) in tumori, specie della retina e della corioide che si iniziano dal polo posteriore e in quelli del nervo ottico.

Gli scotomi centrali per lesioni del nervo ottico, sono molto più frequenti nell'adulto che nel bambino e spesso il nervo è interessato dietro la porzione orbitaria occupata dai vasi centrali. Tale affezione è stata chiamata neurite retrobulbare.

Il riscontrare invece lo scotoma centrale in ambedue gli occhi nella adolescenza, ci farà pensare a :

1) una ambliopia tossica (alcolico-nicotinica), la quale consiste in un processo infiammatorio interstiziale retrobulbare, con interessamento del fascio papillo-maculare ;

2) una neurite retrobulbare acuta di origine infettiva. Si è attribuita a sinusite sfenoidale ;

3) intossicazioni varie (chinino, gas tossici ecc.) ;

4) lesione corticale e del lobo occipitale dove trovasi il centro della visione ;

5) osservazione diretta del sole, specie negli eclissi, senza interposizione di lenti affumicate. Lo scotoma in questi casi è negativo, ma si accompagna con sensazione di scotoma positivo, che il malato percepisce anche ad occhi chiusi ;

6) diabete, albuminuria, sifilide, miopia elevata, con interessamento bilaterale della macula.

7) alterazione maculare senile, descritte da Haab.

Molte lesioni retiniche o corioretiniche possono dar luogo a scotomi periferici irregolari. Tra questi possono citarsi gli scotomi bilaterali omonimi a quadranti, i quali sono la conseguenza di una lesione corticale del lobo occipitale dell'emisfero opposto alla sede dello scotoma.

Gli scotomi periferici da lesioni del nervo ottico sono eccezionali : possono verificarsi in conseguenza di lesioni traumatiche parziali, nelle quali la lacuna raggiunge sempre la periferia del campo di visione. In generale, però, si può dire che la presenza di uno scotoma periferico è indizio di lesione delle membrane profonde dell'occhio.

Si possono avere : nella corioretinite sifilitica, nella retinite diabetica o albuminurica, nelle emorragie retiniche in rapporto con alterazioni vascolari ; in certe ferite perforanti del globo o nelle contusioni profonde per proiettili. Talvolta anche la localizzazione nella retina di un corpo estraneo potrà essere precisata esattamente con la ricerca degli scotomi periferici e la constatazione di uno scotoma assoluto circoscritto.

Per sviluppo di un tumore intraoculare limitato e suscettibile di dar luogo all'inizio ad uno scotoma periferico più o meno esteso.

Una forma particolare degli scotomi periferici è il cosiddetto scotoma anulare, chiamato così perchè la regione maculare e la periferia della retina hanno conservato la loro funzione. Spesso l'anello è interrotto e assume una forma a C, e può essere in parte costituito da uno scotoma assoluto e l'altra parte da uno scotoma relativo. In certi casi la funzione visiva può

essere abolita in tutta l'estensione del C. V., meno la macula e una zona periferica più o meno larga che spesso sfugge ad un esame superficiale. La esistenza di uno scotoma siffatto è *caratteristica della retinite pigmentosa congenita o acquisita*, che è stata anche messa in rapporto con la sifilide. Non ignoriamo che in un gran numero di osservazioni quella infettiva non è stata messa in evidenza, ma quando si studia la patologia familiare di questi malati, e quando si riscontra la frequenza di lesioni simili nei collaterali, si sarà portati a pensare che esiste in essi un fattore eziologico attivo, le cui diverse manifestazioni constatate non possono spiegarsi nè con l'ereditarietà nè con la consanguineità. Qualunque sia l'interpretazione eziologica di questo disturbo, la sua presenza ci autorizza a pensare al processo corio-retinico come l'emeralopia che l'accompagna frequentemente. L'esame oftalmoscopico ci permetterà di trar conferma di questa diagnosi nelle macchie pigmentate della periferia della retina. Esistono tuttavia dei fatti, in cui questa pigmentazione può mancare.

Agli scotomi seguono i restringimenti del C. V. che possono essere concentrici, cioè uniformemente ristretti, *regolari*, o possono presentarsi *irregolari*.

Il *restringimento irregolare* può essere suddiviso in parecchi tipi, senza che tuttavia sia possibile stabilire un rapporto certo e costante tra il tipo osservato e la sede o la natura della lesione che lo ha determinato. Ma a tal proposito non sarà inopportuno rilevare che in patologia il significato di un sintomo è raramente assoluto e che la convinzione del clinico deve emergere per lo più dall'analisi di un insieme di sintomi, ciascuno dei quali, considerato isolatamente, non comporterebbe alcuna deduzione precisa.

Nello studio del campo visivo irregolarmente ristretto, *si considereranno innanzi tutto i rapporti delle dentellature con la macchia cieca*. Molto spesso, infatti, si riscontra un C. V. i cui limiti sono tutti normali, ad eccezione di un settore, il quale per lo più è di forma triangolare, con base più o meno larga, la cui sommità è diretta verso il centro. Con piccoli indici si cercherà di precisare la sommità di questa zona cieca, poichè la sua correlazione con un punto situato attorno al 10° dal centro di fissazione e dal lato temporale, permetterà di supporre che il *territorio retinico privo di funzione visiva corrisponde ad un territorio di distribuzione di una branca di un vaso centrale*. Anche dopo aver stabilito ciò, non si sarà tuttavia autorizzati a concludere che si tratti di una lesione vascolare primitiva; differenti processi (*neurite intrapapillare, glaucoma*) sono suscettibili di dar luogo secondariamente ad un *disturbo di circolo di una o di parecchie branche dei vasi centrali*.

Ciò permetterà tuttavia di stabilire una sicura differenziazione tra le lacune risultanti da una alterazione delle fibre nervose e quelle dipendenti da modificazioni circolatorie retiniche.

Restringimenti irregolari a settore, si osservano nel *coloboma corioideale* e precisamente esso corrisponde alla zona modificata delle membrane profonde; non è raro però che al di fuori del settore sprovvisto di ogni percezione, si trovi una regione in cui la funzione è parzialmente imperfetta.

Nei casi di *trombosi parziale dell'arteria centrale della retina* si avrà un settore assai esteso ed in rapporto con la sede della occlusione vascolare.

Nelle *contusioni dell'occhio*, con rottura della corioide ed emorragie della retina, si potrà avere anche un restringimento della stessa natura, il cui apice si riavvicinerà meno al punto di fissazione.

Nel *distacco di retina* si accompagnerà sempre con un restringimento corrispondente alla regione sollevata della retina. Non è raro tuttavia di vedere in altre parti un restringimento che non coincide con la sede attuale del distacco, ma che sta ad indicare sia la precedente sede, sia ancora le lesioni che coincidono col distacco stesso.

L'assenza di percezione visiva nella zona suddetta permetterà di differenziare il distacco della retina da quello della corioide.

Ma in linea generale si può asserire, che molteplici affezioni generali (*corioretinite luetica, retinite albuminurica, o glicosurica, traumatismi oculari, siderosi (cioè intossicazione ferruginosa delle membrane oculari per presenza di una scheggia di ferro)*), sono suscettibili di produrre questo restringimento irregolare.

Il restringimento che si localizza nella parte nasale costituisce una forma frequente ed importante del restringimento irregolare che si osserva più comunemente nel *glaucoma*. Senza avere un significato patognomiconico per tale affezione, esso permette di differenziare le lesioni papillari che conseguono all'ipertonia da quelle dipendenti da affezioni del nervo ottico e che si accompagnano a leggera escavazione atrofica.

Secondo Schmidt-Rimpler, nella metà dei casi di glaucoma cronico il restringimento si inizia nella parte nasale del C. V.; raggiunge poi il quadrante superiore o inferiore o tutti e due contemporaneamente e quasi sempre nella posizione temporale il visus persiste più a lungo ed è conservato più concentricamente.

Il restringimento per l'indice dei colori è parallelo al restringimento dell'indice bianco di dimensioni ordinarie. Quando si ricorra ad indici molto piccoli, come fu proposto da Bierrum, si nota una differenza nettissima tra i campi visivi rilevati con i metodi ordinari e si apprezzano variazioni nella funzione visiva di superfici retiniche che non sembravano alterate. Con questo metodo di frequente si riscontrano degli scotomi che formano un arco caratteristico in corrispondenza della macchia di Mariotte.

Von Graefe fu il primo a prendere in considerazione il restringimento concentrico del C. V., ed egli lo considerò come *anestesia vera della retina*. Charcot ne stabilì il significato e ne fece una delle più importanti stigmati dell'isterismo. Il restringimento isterico può essere unilaterale o bilaterale, la sua durata è molto varia, e si verifica oltre che per il bianco anche per i colori. Nell'anestesia retinica isterica, secondo Parinaud la sensibilità alla luce è alquanto ridotta.

Col nome di restringimento emianopsico, o semplicemente di anopsia, si intendono le modificazioni perimetriche caratterizzate da una *assenza di percezione nelle due metà del C. V., o in due segmenti di queste metà corrispondenti o no di ciascuno dei due campi visivi*.

Quando si parla di emianopsia indichiamo un sintomo, e non la lesione.

L'emianopsia può essere omonima (destra o sinistra), come pure eteronima (destra o sinistra). Parliamo di emianopsia omonima destra, quando viene a mancare un settore soltanto della parte del C. V. di ambedue gli occhi situati a destra del meridiano; se invece è verticale, la visione è abolita. Se manca poi la metà sinistra del C. V. di ambedue gli occhi, si parla di emianopsia omonima sinistra.

L'emianopsia omonima permanente è sempre una conseguenza di lesione delle bandellette ottiche, delle radiazioni ottiche, e del lobo occipitale situato al lato opposto o no a quello dell'emianopsia.

Un'emianopsia sinistra corrisponde a lesione del lato destro e viceversa.

Alcuni pazienti, capaci di analizzare esattamente le loro sensazioni si rendono conto della perdita della metà del C. V. Essi indicheranno per esempio che fissando la figura di una persona, ne vedono soltanto una metà del corpo, oppure affermano che leggendo un giornale, un libro ecc. si trovano in difficoltà, per il fatto che non possono vedere la parola che segue quella appena fissata, oppure esempio classico per chi giuoca a bigliardo, che non può vedere l'evoluzione della palla nella metà della tavola corrispondente alla sua emianopsia.

Il *carattere principale dell'emianopsia è quello di non influenzare l'acutezza visiva centrale. Il punto fissato è sempre veduto nella sua totalità e nettezza, come prima dell'inizio dell'affezione; e ciò si verifica per tutti e due gli occhi.*

Quando si esaminano i limiti del C. V. per mezzo del perimetro si constata che la regione centrale è sempre indenne, cioè non è mai compresa nella metà del C. V. sprovvista di percezione.

Se si tratta di una emianopsia completa, si rileverà che a partire da 5 a 10° al disopra del centro di fissazione, la linea di demarcazione segue il meridiano verticale.

La *mancaenza della percezione nel campo emianopsico può essere completa o relativa, cioè che l'indice bianco e gli oggetti non sono visti completamente, o che al contrario il bianco è percepito, e solo i colori non sono visti in una metà del C. V.* Ciò si designa col nome di *emiocromatopsia*.

La sede della lesione che dà luogo all'emianopsia può trovarsi sulle *bandellete* (emianopsia basale); può essere data da lesioni dei *gangli della base*, per esempio del pulvinar e si ha allora l'*emianopsia intermedia*; può trovarsi sulle *radiazioni ottiche* (emianopsia sottocorticale); può interessare la *corteccia cerebrale* (emianopsia corticale).

L'*inizio dell'emianopsia* è molto vario. Spessissimo passa inosservato e il malato non può precisare la data in cui l'affezione è cominciata a presentarsi. Lo sviluppo lento dei disturbi cerebrali, la comparsa lenta della emianopsia dopo altri sintomi encefalici faranno pensare ad un *processo infiammatorio cronico* (gomme, tubercoli) o allo sviluppo di una neoplasia la cui sede può essere talvolta presunta dalla natura dei sintomi associati. Inoltre si dovrà anche tener conto delle condizioni in cui essa si è sviluppata; in alcuni casi, infatti, consegue *evidentemente ad intossicazione ossicarbonica, ad un trauma, ad una caduta, a una malattia generale febbrile ecc.*

Il più importante sintomo dal punto di vista semeiologico è l'afasia sensoriale per cui il paziente non comprende il significato delle parole pronunziate davanti a lui. La presenza dell'afasia sensoriale sta ad indicare l'esistenza di una lesione in corrispondenza della plica curva.

A causa della cecità verbale non può leggere. Questa è sempre accompagnata da emianopsia omonima destra: la lesione risiede profondamente nel tragitto delle fibre di associazione che uniscono il centro comune della visione (cuneo, lobo linguale e fusiforme di ciascun emisfero) con la plica curva dell'emisfero sinistro, centro delle immagini visive delle parole.

L'*emiplegia e la monoplegia*, possono esistere nei primi giorni della affezione o rimanere stazionari. Essi stanno ad indicare la esistenza di una lesione vascolare a carico dell'arteria silviana e di conseguenza faranno supporre una emianopsia sottocorticale.

Sebbene non frequentemente, con l'emianopsia possono coesistere disturbi pupillari.

Anche la neurite ottica edematosa riscontrasi in individui con emianopsia. A tale affezione, naturalmente, può conseguire un'atrofia papillare.

Nell'emianopsia omonima a settore o a quadrante, la zona in cui è abolita la percezione può estendersi ad un quarto o almeno al sesto della superficie totale del C. V. Lo scarso numero di osservazioni anatomiche non permette di pronunziarsi in modo assoluto sul significato di questa anopsia a settore. Tuttavia dal complesso dei casi descritti sembra che questo sintomo possa essere il risultato di una alterazione del centro corticale, oppure di una lesione del corpo genicolato esterno, delle radiazioni ottiche e delle bandellete.

L'*emianopsia omonima doppia* è il risultato della combinazione di una emianopsia omonima destra con una emianopsia omonima sinistra. È raro che sopravvenga bilateralmente nello stesso tempo. Per lo più, prima si verifica una lesione che dà luogo ad una emianopsia destra o sinistra; poi, in secondo tempo, un'altra lesione provoca l'emianopsia del lato opposto.

L'esistenza di una emianopsia omonima bilaterale dovrà sempre far ammettere una lesione *bilaterale dei lobi occipitali*. Queste lesioni, per lo più focolai di *rammollimento* sono in rapporto con alterazioni vascolari, specie con l'*ateroma delle arterie cerebrali posteriori*.

L'emianopsia eteronima a sua volta è caratterizzata dall'assenza della visione nelle metà temporali o vasali del C. V.

L'emianopsia bitemporale, è un sintomo di osservazione piuttosto comune, ma contrariamente a quanto si verifica nei casi di emianopsia omonima, la linea di demarcazione non raggiunge una verticale perfetta. Il visus è quasi sempre alterato, a causa delle lesioni neuritiche secondarie, che conseguono alla lesione intracranica.

Essa può verificarsi *per idrocefalo ventricolare, per trauma con frattura della base del cranio, per aneurisma con distruzione della porzione media del chiasma, nell'acronegalia, per lesioni gommose, sifilitiche, per tumori basilari ecc.* Molto spesso è accompagnata da neurite ottica edematosa che dà l'aspetto oftalmoscopico della papilla da stasi. Ma l'assenza di tale affezione non ci autorizza tuttavia ad escludere con certezza l'esistenza di una neoplasia endocranica.

Le osservazioni di emianopsia bitemporale sono relativamente poco varie. Si può ammettere anche che due lesioni simmetriche che raggiungono gli angoli laterali del chiasma possono

distruggere le fibre che si portano a ciascuna metà temporale della retina e dar così luogo ad assenza di visione nelle metà nasali del C. V.

Rarissime sono state le osservazioni di emianopsia eteronima binasale ed anzi la sua esistenza è stata perfino messa in dubbio da Förster. Rammenterò tuttavia che Knapp ne descrisse un caso in cui constatò una degenerazione ateromatosa del cerchio di Willis. In un altro di Heuscher erano evidenti lesioni del chiasma per essudati meningei e in un altro di Mauthner furono riscontrati sifilomi simmetrici.

L'emianopsia binasale, di per se stessa, non ha alcun significato preciso e non ci autorizzerà a dedurre un significato di localizzazione basilare, se altri sintomi non vengano a precisare la diagnosi di probabilità. Sulla patogenesi dell'affezione solo i dati anamnestici e sierologici potranno darci presumibili schiarimenti.

L'emianopsia superiore ed inferiore sono sintomi di osservazione eccezionale e stanno ad indicare l'esistenza di una compressione che si esercita al di sopra o al di sotto del chiasma.

Il decorso che ricordai fin dal principio circa le fibre del nervo ottico spiega nettamente le alterazioni del C. V. in seguito a lesioni di queste.

Di speciale interesse sono le emianopsie; ben si comprende come una lesione della zona visiva della corteccia cerebrale determini la scomparsa di qualsiasi sensazione visiva o del ricordo degli oggetti o dei fatti che erano divenuti patrimonio della memoria, per cui gli oggetti stessi vengono visti, ma non riconosciuti.

Così se una lesione interessa ambedue i centri visivi della corteccia si avrà cecità ottica bilaterale e bitemporale.

Se invece la lesione interessa una bandelletta ottica abbiamo emianopsia bilaterale omologa, perchè viene interessato il fascio diretto e il fascio crociato dello stesso lato, cioè vengono interessate le due metà dei campi visivi dalla stessa parte.

Se la lesione avviene sul chiasma ottico, generalmente si ha emianopsia binasale, però la lesione può interessare il chiasma nelle sue parti laterali e allora avremo cecità in un solo occhio.

Invece delle anopsie si possono avere dei settori perchè la lesione, sia esso tumore, gomma, tubercolo solitario, infiammazione, ecc., può ledere solo una piccola parte di un fascio. Così gli scotomi centrali indicano una lesione del fascio papillo maculare del nervo ottico.

Alle emianopsie dobbiamo aggiungere lo scotoma scintillante o emianopsia transitoria, messa in rapporto molto probabilmente a disturbo circolatorio nel lobo occipitale, che insorge dopo eccessivi lavori mentali o fisici; la quale se non è associata a paralisi od afasia, non ha grave significato.

Ricordo infine che riscontrata una emianopsia si può determinare se la lesione è situata anteriormente o posteriormente ai gangli ottici primari, mediante la reazione pupillare di Wernicke. Illuminando infatti obliquamente il fondo, sia nella metà normale che nella cieca, il riflesso pupillare nel primo caso è abolito, mentre nel secondo persiste.

È chiaro che molte volte non è sufficiente l'esame del visus, in quanto che vi sono individui con visione normale, come ad esempio quelli affetti da retinite pigmentosa, da acromegalia, da gomme o tubercoli periferici, nei quali la visione centrale è indenne.

Da tutto quanto è stato esposto risulta evidente che l'esame del campo visivo negli assicurandi, si debba praticare abbastanza spesso. Poichè non solo le lesioni oculari delle vie ottiche, portano alterazioni nel suddetto, ma anche le malattie generali e a volte questo è il primo sintomo di una malattia allo stato latente.

La ricerca è importante anche nelle visite di medicina preventiva, cui ha dato notevole incremento l'istituzione dei Centri Sanitari da parte della Direzione Generale dell'I.N.A.

La ricerca del campo visivo insieme agli altri esami di laboratorio permetterà in un campo così complesso, come quello delle malattie allo stato latente, di giungere ad una diagnosi soprattutto nelle malattie del sistema nervoso, allorquando gli altri sintomi neurologici possono non essere ancora manifesti.

Cisti da echinococco ed assicurazione vita

Dott. TOMMASO CICU
Medico della Direzione dell'I. N. A.

Mi pare non sia privo di un certo interesse lo studio della echinococcosi in relazione alla Assicurazione Vita ed alle malattie del lavoro.

È risaputo che una delle regioni d'Italia, ove la echinococcosi è addirittura una malattia endemica, è la Sardegna per la ragione che gran parte della popolazione è dedita alla pastorizia, ed è noto che l'echinococco alloggia negli animali bovini ed ovini, da dove molto facilmente viene trasmesso al cane (specie quello da pastore) il quale poi è l'agente direttamente infettante per l'uomo.

Dal Bollettino Ufficiale delle cause di morte per echinococcosi, risulta che mentre è minima la mortalità nel Piemonte, nella Liguria e nella Lombardia, come pure nella Basilicata e nella Calabria, è invece più frequente nell'Emilia, nella Campania e nelle Puglie, per raggiungere il massimo in Sardegna, in Toscana, nel Lazio e in Sicilia.

Anche per questa malattia, come per la tubercolosi e la malaria, la Sardegna possiede un primato tristissimo e, secondo le statistiche del Putzu e Doneddu sarebbe alla testa delle altre regioni italiane.

La echinococcosi in Sardegna è assai più diffusa da quanto non risulti nelle statistiche, e ciò per varie ragioni:

1° perchè la diagnosi di echinococco presenta, talvolta, difficoltà non sempre superabili, restando una sorpresa per il tavolo anatomico;

2° perchè, specie nella classe dei pastori, esiste una grande indolenza a ricorrere al medico;

3° perchè la cisti da echinococco offre per lungo tempo, salvo in casi speciali dovuti alla localizzazione, una sintomatologia vaga;

4° perchè moltissimi individui sono portatori di cisti a sintomatologia muta;

5° perchè infine molti malati vanno a finire in altri ospedali della penisola.

Per quanto riguarda la localizzazione dell'echinococco esse sono le più svariate e le più insolite e solo l'alveolo dentario pare che ne sia indenne. Dato questo indice altissimo di infezione, il Putzu ed il Delitala sono d'accordo nel considerare quali vie di accesso per l'echinococco in primo luogo, come più frequente, la vena porta, e, sebbene in minima misura, la sanguigna extraepatica, la linfatica e la diretta. Si è scritto e si ripete che l'echinococco è una malattia professionale. Secondo il Delitala questa affermazione va modificata in quanto dalle statistiche risulta che accanto al contadino ed al pastore, vi è l'impiegato, il proprietario e così via. Poichè l'industria principale dell'isola è la pastorizia, ne consegue che, in base ai dati etiologici che si possiedono, tutta la popolazione della Sardegna può essere colpita dalla infezione echinococcica; il concetto quindi di malattia professionale per la Sardegna e per i paesi che hanno metodi analoghi di vita, deve essere sostituito da quello di malattia sociale.

Il Sabatini al I Congresso medico regionale Sardo tenutosi a Cagliari nel 1934, ebbe a definire la echinococcosi come la quarta malattia sociale dell'isola, accanto alla tubercolosi, malaria e tracoma. Data dunque la sua grande diffusione, la infezione echinococcica è stata osservata quasi in egual misura tanto nell'uomo che nella donna.

Il Putzu, su 474 ammalati di ospedalizzati, ha trovato 252 uomini e 222 donne. Lo studio sistematico della malattia, migliorato sia per mezzo di ricerche biologiche, sia per mezzo della indagine radiologica, ha fatto sì che oggi si può dire che possono essere riscontrati portatori di cisti da echinococco i bambini di pochi mesi, come i vecchi in età avanzata.

Lo sviluppo non sempre progressivo del parassita e la sintomatologia che nella maggior

parte dei casi resta completamente muta, ci mettono nella condizione di non poter mai conoscere il momento di infezione di un ammalato di echinococco; possiamo invece dire che il periodo di esplosione clinica maggiore avviene tra il terzo ed il quarto decennio di vita.

Da quanto fino ad ora è stato pubblicato si può dedurre che l'infezione colpisce a preferenza il fegato con una percentuale che, messa in rapporto con le altre localizzazioni si aggira sul 70 %, ed il polmone con una percentuale del 10 % dei casi; ma non ne vanno indenni la milza, i reni, i muscoli, le ossa, il cuore, il cervello, la tiroide, l'orbita, le mammelle, gli organi pelvici, l'intestino, la parete dello stomaco, il lobulo dell'orecchio, il prepuzio.

La sua gravità è legata non solo alla grandezza (alle volte addirittura enorme) della cisti, ma ai danni dell'economia organica e generale che possono derivare dalle alterazioni dell'organo colpito.

Ho già detto quali siano le vie più frequenti seguite dall'echinococco per raggiungere i diversi organi, ed è noto che l'uomo si contamina perchè ne ingerisce le uova emesse dal cane. Questi le porta abitualmente nel suo intestino, le uova, disseminate, possono arrivare in svariatissime maniere nella bocca dell'uomo. Pericolosa è appunto la grande domestichezza dei bambini con i cani non solo in campagna ma anche nell'abitato e con i cani da caccia pur essi contaminati.

Su questo punto anche il Cuscunà nel numero di febbraio dello scorso anno dell'« Assistenza Sanitaria » mette in guardia contro i pericoli che può portare l'estrema domestichezza con animali domestici, tra questi il cane.

In Sardegna anche il latte può essere veicolo di infezione in quanto può verificarsi il caso che cani da pastore vadano ad annusare e bere il latte nei recipienti pronti per essere avviati in città. Anche la verdura può essere veicolo di infezione in quanto può contenere uova di tenia d'echinococco depostevi dai cani randagi. Oltre al cane, come agente infettante, abbiano gli ovini ed i bovini, le cui carni sono consumate di più come alimento, e le cui interiora molto spesso vengono date ai cani come alimento. Si spiega così come la infezione colpisca prevalentemente le regioni ove è più diffusa la pastorizia. Dalle statistiche raccolte nei Centri Sanitari sardi si constata che la infezione, presa in massa, operata o non operata, dà il 15 % di mortalità globale.

In genere l'ammalato di echinococco si presenta al medico quando la cisti ha già raggiunto un discreto volume, ossia quando si rende apprezzabile fisicamente con tumefazione più o meno notevole, mentre all'inizio della sua evoluzione e per il suo piccolo volume, specialmente se intraparenchimale, non dà alcun segno della sua esistenza, nè alcun risentimento sullo stato generale, progredendo, nella maggior parte dei casi nel più assoluto silenzio di ogni e qualsiasi sintomatologia subiettiva ed obbiettiva. Può l'ammalato guarirne per la morte spontanea del parassita che non ha svelato la sua presenza in alcun periodo dell'evoluzione (caso raro), ma il più delle volte la cisti idatidea costituisce un pericolo continuo per l'ammalato, il quale può andare incontro a complicazioni gravissime e mortali, dovute sia alla rottura spontanea della cisti, sia alle alterazioni dell'organo ove essa cisti si è insediata.

Non vi è dunque chi non veda come la echinococcosi possa costituire un danno enorme, sia per l'individuo che per la società. Infatti le regioni più colpite dall'echinococco sono quelle che maggiormente ne risentono le conseguenze nella loro economia ed attività industriale ed agricola.

Il portatore di echinococco infatti, specie se la cisti è all'inizio della sua evoluzione, può dare ancora tutta la propria attività e capacità lavorativa, ma pian piano dovrà constatare una lieve ma pur crescente diminuzione delle sue forze fisiche, specie se la cisti è multipla ed a seconda dell'organo o della regione del corpo colpita, e delle alterazioni che potrà dare ad organi limitrofi.

Allorchè la tumefazione indicante la cisti sarà visibile alla semplice ispezione (ed è questo il momento in cui in genere il malato ricorre al medico) le lesioni che essa avrà prodotto nell'organo colpito, saranno tali da farsi grandemente sentire nell'economia dell'organismo, per cui, l'individuo si sentirà assolutamente incapace ad attendere ad un qualsiasi lavoro.

In genere l'ammalato viene operato ed il periodo di guarigione oscilla tra due mesi ed un anno e a volte anche più, a seconda della sede e della grandezza della cisti stessa.

Si comprende che a guarigione avvenuta l'organo colpito, avrà nel suo parenchima una zona di tessuto cicatriziale privo di sostanza funzionante, per cui l'individuo colpito, oltre ad avere la possibilità di reinfezione, avrà sempre nell'organo che fu sede della cisti, un *locus minoris resistentiae* per le altre affezioni di qualunque genere esse siano.

Per quanto concerne le assicurazioni vita, giustamente il Semini considera gli operati di echinococco accettabili con soprapremio con minore severità quanto maggiore è l'intervallo di anni trascorso dall'atto operativo. Gli individui vengono tarati dal 25 al 150 % a seconda dei casi. Mai sono da accettare le persone portatrici di cisti non operata.

L'accettazioni in assicurazioni vita con minore rigore quanto più lungo è l'intervallo intercorso tra l'atto operativo per cisti di echinococco e l'assunzione in assicurazione, è basata sul fatto che dopo l'operazione si può avere lo sviluppo di cisti in altri organi o anche nello stesso organo che ha subito l'intervento.

E dato più frequente che tale reinfezione si manifesti nei primi anni che seguono immediatamente l'epoca della operazione; ne consegue quindi che il soprapremio dovrà essere maggiore quanto minore è il numero degli anni trascorsi dall'epoca dell'asportazione della cisti.

Da rilievi statistici presso il nostro Istituto su le assunzioni avvenute previa visita medica dal 1926 a tutto il 1935 si è riscontrato che su circa 20.000 schede riferentisi ad individui venuti a morte, per 12 di essi la morte stessa si doveva attribuire a echinococco, con una percentuale quindi del 0,6 %, dei casi. L'età ha variato dai 25 ai 60 anni con maggiore intensità tra i 35 ed i 45 anni (6 casi contro 4). Non è dimostrabile speciale predilezione per quanto riguarda la professione.

Come localizzazione, figura maggiormente colpito il fegato (7 casi) indi il polmone (5 casi). Non figurano gli altri organi.

Fra le regioni maggiormente colpite, prima è la Toscana con tre casi, indi la Sardegna con due, seguono Abruzzo, Puglie, Sicilia, Campania, Marche, Lombardia, Venezia Giulia con un caso.

Dei 12 individui esaminati, sette furono assunti molto tempo prima che insorgessero i primi sintomi della echinococcosi.

Uno fu assunto nel 1928 subito dopo aver subito operazione di cisti da echinococco alla milza. Morì nel 1930 per echinococco del fegato.

Un altro fu assunto nel 1929. Nel 1926 era stato operato per echinococco epatico. Nel 1931 morì per reinfezione epatica.

Due assicurati furono assunti nel 1926 e nel 1930 e vennero a morte per echinococco rispettivamente nel 1929 e nel 1933. Nel primo di essi i disturbi insorsero anni prima ed è quindi possibile li avesse all'epoca dell'assunzione.

Il secondo senza aver mai avuti disturbi, morì improvvisamente per soffocamento per rottura della cisti nel polmone.

Un assicurando, operato per echinococco epatico nel 1929 fu dato come rischio buono nel 1930, rifiutato poi dal comitato medico. Pare che i disturbi avessero iniziato dal 1919.

I dati ricavati da questo esame statistico, sono necessariamente manchevoli in alcune loro parti in quanto prendono in considerazione solo gli effetti da echinococco e deceduti per queste malattie nè d'altra parte è possibile stabilire quanti fra gli assicurati siano affetti da echinococcosi. Inoltre figurano qui solamente colpiti fegato e polmone, ed un caso solo fegato e milza assieme. È risaputo invece che tutti gli organi, con più o meno frequenza, possono essere colpiti dalla cisti. Da rilievi statistici da me condotti presso l'Ospedale Civile di Sassari, nel reparto chirurgia uomini, si deduce che dal 1926 al 1935, su 2880 ricoverati si sono avuti 30 casi di echinococco ossia l'1,72 %.

Sui trenta casi si sono avuti 4 decessi ossia una mortalità del 13,33 % degli affetti da echinococcosi.

Come localizzazione, in ordine di frequenza si ha : Fegato : casi 16 ; Polmone : casi 6 ; Milza : casi 3 ; Fegato e polmone : 2 ; Rene : casi 1 ; Mesentere : 1 ; Ossa (ischio) 1.

Per la età la seconda e terza decade appare la maggiormente colpita.

La maggior parte dei ricoverati erano contadini, pastori o braccianti.

Su i trenta casi di portatori di echinococco, si hanno i seguenti dati :

	Numero	%
Operati	24	80
Guariti o migliorati	18	60
Dimessi senza intervento	6	20
Morti	4	13
Recidive	2	7

Per quanto riguarda il reparto chirurgico donne, per lo stesso periodo di tempo, su 1133 ricoverate si sono avuti 31 casi di echinococco, ossia il 2.61 % delle ricoverate. Sui 31 casi si sono avuti 4 decessi, ossia una mortalità del 13.35 % delle affette da echinococcosi.

Come localizzazione in ordine di frequenza, si ha : Fegato : casi 19 ; Milza : casi 4 ; Rene : casi 3 ; Polmone : casi 2 ; Fegato e polmone : casi 1 ; Fegato e annessi 1 ; Osso (iliaco) casi 1.

Come per gli uomini, la età maggiore colpita è la seconda e terza decade.

Anche da questo studio statistico, si vede ben chiaro, come già il Putzu ebbe a dire, che il sesso non influisce sulla maggiore o minore recettività dell'echinococco.

Su le 31 ricoverate si hanno i dati seguenti :

	Numero	%
Operate	26	81
Guarite o migliorate	19	61
Dimesse senza intervento	5	16
Morte	4	13,2
Recidive	3	10

Poichè dunque la sintomatologia della cisti è in genere muta, si ha la grande necessità di prendere in considerazione i dati che ci vengono forniti dalle ricerche sussidiarie, quali le *biologiche e le fisiche*. Prima tra esse è la *intradermoreazione* del Casoni, tenendo però presente che, come tutte le reazioni biologiche non bisogna valutarla nei risultati con criterio assoluto tanto per la positività che per la negatività.

Stati umorali affini possono determinare reazione di gruppo, come la mancanza di difesa e di sensibilizzazione da parte dell'organismo verso il parassita, sono coefficienti che portano alla negativa della reazione.

La Casoni, per semplicità di tecnica e per importanza pratica, si è imposta su tutti gli altri metodi di laboratorio ed il medico pratico la dovrebbe sfruttare su larga misura. Si preleva asetticamente a mezzo di un ago dal liquido dalle cisti sterili degli animali infestati e macellati, e si conserva questo liquido, con l'aggiunta di qualche goccia di cloroformio, in provetta sterile. Anche 1/2 cc. del liquido è sufficiente per la prova.

Tale quantità si aspira con una siringa di vetro sterilizzato a secco o con l'ebollizione (mai all'alcool-etero od altri antisettici) e si inietta con ago molto sottile nel derma, generalmente nella faccia esterna del braccio. Attorno al focolaio di iniezione, quando esiste la cisti, si ha, in genere, una reazione consistente in arrossamento e sollevamento dell'epidermide. Vi sono delle reazioni positive immediate e tardive : immediate quelle che compaiono qualche momento dopo la introduzione del liquido ; tardive quelle che compaiono alcune ore dopo la iniezione. Inoltre circa la intensità della reazione, si possono avere quelle deboli, quelle positive e fortemente positive.

Le deboli, caratterizzate da una papula, si esauriscono dopo qualche ora ; molto raramente hanno valore specifico ; si riscontrano in individui nei quali lo stato di allergia sta per esaurirsi, o perchè il parassita si trova in condizioni tali per cui nessuna o scarsa sostanza a potere

antigene passa nell'organismo. Deboli reazioni però sono anche osservate in malati con affezioni epatiche ed anche in soggetti apparentemente normali. Tali reazioni non possono essere prese in considerazione dal lato diagnostico.

Quelle *positive* invece, siano immediate o tardive, hanno una reale importanza pratica e diagnostica.

Quelle *negative* si possono riscontrare in individui che pure sono affetti da echinococchi, e le cause di questa negatività, possono risiedere:

A) per impedito assorbimento di antigene dovuto ad ispessimento oltre misura del pericistio, indurendosi talvolta per deposito di sali calcarei;

B) per comparsa in numero stragrande di eosinofili sufficienti per inattivare le sostanze emesse dal parassita;

C) comparsa del potere antigene per alterazioni di contenuto cistico dovuto a suppurazione che dati da molto tempo, a calcificazione od a morte del parassita stesso;

D) per eccessivo assorbimento di antigene perchè per la parete cistica troppo permeabile o per ragioni esterne si determina la messa in circolo di grandi quantità di antigene, favorendo uno stato anti anafilattico;

E) per esaurimento del liquido cistico nella sua qualità di antigene.

Infine vi è da notare che la reazione può essere positiva anche quando l'individuo è indenne da echinococco: la reazione quindi può essere *aspecifica*. Il Delitala fin dal 1923 ha avuto occasione di occuparsi della aspecificità della reazione.

Ripetendomi ai dati statistici dell'Ospedale di Sassari, su 61 casi di echinococcosi, la Casoni è stata fortemente positiva in 38, debolmente positiva in 19, negativa in 4 con una percentuale rispettivamente del 62 %, 31 %, 6,5 %.

È oggi ammesso comunemente che la verminosi ed altre condizioni organiche sono capaci di preparare lo scoppio della crisi anafilattica con la elaborazione di speciali sostanze modificatrici dello stato umorale.

Ma si può d'altra parte constatare che quando noi eliminiamo dal numero delle reazioni positive quelle deboli e fugaci, la aspecificità è ridotta al minimo, e praticamente non può infirmare il valore della reazione stessa, la quale resta sempre un mezzo semplice ma ottimo di sussidio e di orientamento diagnostico, specie quando è sostenuta e corroborata da un diligente esame clinico e da altre ricerche di laboratorio.

Altro metodo di indagine biologica, è quello basato su la *fissazione del complemento*. L'indagine però è molto delicata e richiede l'attrezzatura di un laboratorio e la mano sperimentata di un gabinettista per valutarla nei suoi risultati. È questa una reazione che rispetto alla Casoni ha lo svantaggio di una minore sensibilità, può invece vantare un indice di specificità molto rilevante e lievemente superiore a quella. Come per la Casoni, si registrano anche qui reazioni nettamente aspecifiche, l'esiguo numero delle quali non infirma però il valore della reazione stessa.

Ripetendo le suddette prove biologiche su individui operati di cisti da echinococco, anche a distanza dalla data dell'operazione, noi possiamo riscontrarle positive in quanto tanto lo stato allergico, quanto gli anticorpi specifici, raramente si esauriscono dopo l'intervento operativo.

Praticamente, e questo ai fini assicurativi ha anche non poca importanza, non siamo, almeno nei primi tempi, nelle condizioni di escludere la presenza di altre cisti a sede muta e non rilevata durante l'intervento, oppure una recidiva. In genere gli anticorpi specifici spariscono dal siero e l'allergia si esaurisce in un periodo che va da tre settimane a sei mesi dopo l'estirpazione della cisti, durata però che può prolungarsi molto di più se nei tessuti è rimasto qualche echinococco anche privo di vitalità.

Quando la positività è legata solo alla infezione progressiva, la rapidità, intensità e durata delle reazioni presentano una scala degradante fino ad aversi negatività completa. La persistenza invece di positività forti, anche a distanza di mesi e di qualche anno, richiama il sospetto della presenza di altre cisti o per reinfezione oppure per cisti già esistente e non repertata al momento dell'intervento chirurgico.

Fra le ricerche ematologiche, bisogna prestare una certa considerazione alla *eosinofilia*, la quale ha scarso valore, se presa isolatamente, ma ne ha invece moltissimo se associata ad una Casoni positiva. E quanto più numerosi sono gli eosinofili repertati, tanto più valore è da attribuirsi alla eosinofilia.

Tra i mezzi di ricerca *fisici* va annoverata la puntura esplorativa che, sebbene condannata da gran parte dei chirurghi per i gravi danni che essa può recare, non esclusa la morte, pure è largamente praticata.

Essa costituisce nella diagnosi dell'echinococco la prova più sicura, in quanto per suo mezzo noi estraiamo liquido limpidissimo, inconfondibile, ma d'altro canto alla puntura possono tener dietro sintomi gravissimi di anafilassi (shock anafilattico), e pericoli legati alla diffusione del processo per insemminamento di germi echinococcici nei tessuti circostanti, senza contare i danni che la puntura per se stessa può dare, rappresentati da lesioni che l'ago perforante può portare nei tessuti e nei vasi.

Altro mezzo di ricerca fisico molto utile specie se la cisti ha localizzazione polmonare o epatica (cupola del fegato) è la indagine *radiologica*, la quale è di grande aiuto non solo per la indagine diagnostica, ma anche terapeutica, in quanto, precisandoci la sua ubicazione può decidere la scelta dell'intervento operatorio.

Da quanto ho sopra accennato, mi pare risulti in modo inoppugnabile che la echinococcosi, per i suoi mezzi di diffusione ed il modo subdolo di insorgenza, debba considerarsi malattia sociale, come giustamente dice il Sabatini, specie per la Sardegna, annoverata tra le regioni più colpite e che io credo in realtà sia la più colpita.

Molto è stato scritto e molto è stato detto dai vari AA. circa la profilassi, ed io sono fermamente convinto che l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, con la prossima istituzione a Cagliari di uno dei suoi Centri Sanitari, possa portare un qualche contributo alla profilassi stessa, cercando di cogliere nell'uomo il primo sorgere della echinococcosi.

Infatti credo che potrà essere di grande facilità il sottoporre gli eventuali assicurandi ed assicurati ad un esame radiologico del torace, da cui si potrà dedurre la eventuale esistenza o meno di cisti nei polmoni e nella cupola diaframmatica, ed il praticare la inoculazione di 1/2 cc. di liquido cistico preso asepticamente da cisti di bovini dal mattatoio, nonchè fare lo striscio di una goccia di sangue. In questo modo, anche in assenza di segni clinici manifesti, se la Casoni risulta positiva e lo striscio sanguigno ci mostra la presenza di eosinofilia, noi possiamo con sicurezza affermare che il soggetto in esame è affetto da echinococcosi, ciò che porta di conseguenza a tarare o rifiutare il rischio, e a mettere il soggetto in allarme affinchè possa al più presto ricorrere alle cure del caso.

BIBLIOGRAFIA

- DELETTALA P., *Contributo alla patogenesi dell'echinococco in Studi Sassaresi*, in Vol. IX, Fasc. III, 1931.
- DELETTALA P., *La intradermoreazione del Casoni per la echinococcosi umana è una reazione strettamente specifica?* in *Minerva Medica*, 1923, III.
- MARGINESU, *Diffusione e profilassi della echinococcosi in Sardegna* in *Atti III Congresso Nazionale di Igiene*, 1935.
- POTZU, *Su 125 casi di cisti da echinococco* in *Arch. Ital. di chir.*, 1931-IX.
- POTZU, *L'echinococco in Sardegna* in *Arch. Ital. di Chirur.*, Vol. XII, 1925.
- POTZU e DONEDDU, *Echinococcosi dell'uomo e degli animali domestici Sardegna*, Siena, Tip. S. Bernardino, 1930.
- SEMINI, *La medicina delle Assicurazioni vita ed i suoi rapporti con la medicina legale*, Tipogr. Ed. Trevigiana, Treviso, 1936.

Contributo allo studio delle sostanze antifermentative da usare per la conservazione dell'urina

Dott. MARCELLO BIASIOTTI

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

È noto che l'urina abbandonata a se stessa per il contatto con l'aria subisce, dopo un tempo variabile a seconda della temperatura ambiente, un processo di fermentazione ammoniacale, ed è pure noto che l'analisi chimica delle urine così fermentate non dà più risultati precisi. Infatti l'urina, specie se la temperatura esterna è elevata, costituisce un ottimo terreno nutritizio ricco di sostanze organiche e molto favorevole per l'attecchimento e lo sviluppo dei germi (*micrococcus ureae* o *torula urinae*, *proteus vulgaris* ecc.).

I batteri della fermentazione pervenuti nell'urina dopo la sua emissione si moltiplicano perciò rigogliosamente decomponendo le sostanze organiche appartenenti alla categoria dei fisiologici componenti dell'urina normale.

Così il *micrococcus ureae* trasforma l'urea ($\text{NH}_2 \text{ CONH}_2$) per assorbimento di una o più molecole di H_2O in carbonato di ammonio [$(\text{NH}_4)_2 \text{ CO}_3$] ed in carbammato di ammonio ($\text{NH}_2 \text{ COONH}_4$); questi due sali, a causa della loro instabilità cedono NH_3 allo stato libero determinando il cambiamento della reazione dell'urina che diviene alcalina (mentre normalmente è acida per sali acidi) assume un caratteristico odore ammoniacale e s'intorbidisce per deposito di fosfato ammonicomagnesiaco, fosfato ed urato di ammonio.

Queste alterazioni della normale composizione dell'urina avvenute per opera dei batteri della fermentazione dopo che l'urina è stata emessa possono causare gravi errori sia nei riguardi dell'analisi chimica e batteriologica che nei riguardi dell'esame microscopico del sedimento perchè elementi di somma importanza diagnostica quali ad esempio i cilindri, possono venire completamente distrutti dalla fermentazione dell'urina.

Così pure il glucosio e l'acetone possono venire lentamente decomposti per opera della fermentazione causando gravi errori nelle analisi chimiche specie se queste vengono effettuate dopo più di 24 ore.

Allo scopo di evitare i gravi inconvenienti soprariportati si consiglia sempre di praticare l'esame delle urine subito dopo la minzione e questa è senza dubbio la condotta da preferire; ma vi sono purtroppo dei casi in cui non è assolutamente possibile praticare l'esame delle urine subito dopo la emissione, e si è allora costretti a raccogliere l'urina in un recipiente adatto ed a provvedere a conservarla in modo da mantenere inalterata la sua composizione originaria fino al momento in cui sarà possibile praticare l'esame.

Per la conservazione dell'urina il metodo migliore, più semplice e scevro d'inconvenienti, è senza dubbio quello che consiste nel raccogliere l'urina appena emessa, senza aggiunta di sostanze antisettiche, in un recipiente ben pulito e sterilizzato, chiuso con un tappo sterilizzato, e conservarla in ghiacciaia fino al momento dell'esame; basta usare queste precauzioni perchè l'urina si conservi inalterata per 24-48 ore.

Altri metodi di conservazione dell'urina senza aggiunta di sostanze antisettiche sono quelli basati sulla preservazione dell'urina dal contatto coll'aria atmosferica per mezzo di uno strato di olio di vaselina o di toluene.

Queste sostanze si sovrappongono in sottile strato sulla superficie dell'urina preservandola dal contatto dell'aria e rispondono perfettamente allo scopo d'impedire lo sviluppo dei batteri della fermentazione: hanno inoltre il vantaggio di non mescolarsi all'urina e di non costituire quindi alcuna causa di errore nella ricerca degli elementi normali e patologici presenti nell'urina stessa.

Ma non sempre è possibile avere a disposizione dei recipienti sterilizzati ed una ghiacciaia; e d'altra parte molte volte l'urina da esaminare deve essere spedita ad un più o meno lontano laboratorio di analisi, rimanendo inevitabilmente esposta per molte ore alla temperatura ambiente, e correndo perciò il pericolo, specie durante la stagione estiva, di una facile e rapida fermentazione. Anche quelle sostanze (toluene, olio di vaselina, ecc.) che riescono a

preservare l'urina dal contatto dell'aria disponendosi in sottile strato sulla superficie dell'urina stessa perdono gran parte del loro valore, per ragioni ovvie, quando l'urina deve essere spedita ad un laboratorio più o meno lontano. Così ad esempio il toluene, pur essendo dotato di una discreta azione antisettica non riesce a conservar l'urina per più di 24 ore; inoltre per quello che riguarda la conservazione del sedimento il toluene presenta lo svantaggio di alterarne gli elementi organizzati.

Da quanto abbiamo esposto sinora chiaramente risulta la complessità del problema della conservazione dell'urina che deve essere spedita, e la necessità di garantire questa conservazione coll'aggiunta di una sostanza antisettica capace d'impedire od almeno di ritardare lo sviluppo dei batteri della fermentazione.

Le sostanze antisettiche più comunemente usate per la conservazione dell'urina sono abbastanza numerose (formalina, toluene, canfora, acido salicilico, acido borico, acido benzoico, benzoato di sodio, sublimato corrosivo ecc.) ma fra esse ve ne sono alcune (come ad es. l'acido borico) che per il loro limitato potere antisettico debbono essere usate solo in forte concentrazione e sono quindi di scarsa utilità, ed altre invece che pur essendo dotate di una potente azione antifermentativa presentano degli inconvenienti così gravi da non permetterne assolutamente l'uso nella pratica.

Omettendo di parlare per brevità delle sostanze dotate di debole azione antisettica mi limiterò ad accennare ai poco noti ma gravissimi inconvenienti presentati da alcuni antisettici largamente usati per la conservazione dell'urina, perchè essendo dotati di una spiccata azione antifermentativa, anche in soluzione molto diluita raggiungono perfettamente lo scopo di impedire lo sviluppo dei batteri della fermentazione.

In una mia precedente nota sulle sostanze riducenti aggiunte alle urine per conservarle, causa di errore nella ricerca del glucosio, io richiamavo l'attenzione dei medici fiduciari sul gravissimo inconveniente presentato dall'impiego nella conservazione dell'urina, sia del cloroformio che della formalina, sostanze entrambi fortemente riducenti e quindi capaci di simulare la presenza del glucosio in urine che non ne contengono affatto. Infatti la formalina o formolo, che è una soluzione acquosa molto concentrata (al 40 %) di formaldeide, riduce a caldo in modo evidentissimo sia il liquido di Fehling che il reattivo di Nyländer. La formalina esplica la sua azione riducente anche in soluzione molto diluita e basta quindi l'aggiunta di poche gocce di formalina ad una urina normale per ottenere una pronta ed evidente riduzione sia col liquido di Fehling che con reattivo di Nyländer.

Inoltre anche per la conservazione del sedimento la formalina presenta lo svantaggio di conferire agli elementi dei sedimenti organizzati un aspetto vitreoalino ben diverso da quello normale; ed ancora, secondo May, è necessario levare il sedimento prima di aggiungervi la formalina perchè altrimenti si forma un abbondante deposito di sferette di biurato di formaldeide che ostacola la lettura microscopica del sedimento urinario; talora infine la formalina può dare un precipitato che assomiglia molto alle goccioline di grasso colle quali può facilmente venire confuso.

Anche il cloroformio, pur possedendo una discreta azione antifermentativa, ha il grave inconveniente di sciogliere i grassi e di non permettere quindi il rilievo microscopico dei fenomeni di degenerazione grassa che talora si riscontrano a carico dei cilindri e degli elementi cellulari. Inoltre anche il cloroformio presenta il gravissimo inconveniente di possedere una spiccata azione riducente sul liquido di Fehling e sul reattivo di Nyländer, simulando la presenza di glucosio in urine che in realtà non ne contengono affatto; è noto infatti che il cloroformio trattato a caldo cogli alcalini contenuti nel liquido di Fehling o nel reattivo di Nyländer si scompone dando acido formonico e riducendo i liquidi sopramenzionati.

Per evitare questo gravissimo inconveniente è dunque assolutamente necessario evitare l'aggiunta di formalina (o di cloroformio) alle urine nelle quali si voglia in seguito praticare la ricerca del glucosio.

Anche l'acido salicilico può presentare una certa azione riducente sul liquido di Fehling.

Il timolo invece presenta l'inconveniente di costituire una fonte di errori nella ricerca dell'albumina mediante l'acido nitrico; è noto infatti che il timolo in presenza di acido nitrico può dare un anello bianco abbastanza simile a quello prodotto dalla presenza di albumina.

In luogo degli antisettici sinora menzionati qualche autore consiglia di aggiungere all'urina da conservare del cianuro di mercurio alla dose di gr. 0,20 % o del bicloruro di mercurio alla dose di gr. 0,50 %; ma questi antisettici presentano fra l'altro l'inconveniente comune ai sali di mercurio di combinarsi coll'albumina precipitandola sotto forma di albuminato di mercurio insolubile; inoltre possono provocare le formazione di coistalli che disturbano la lettura microscopica del sedimento urinario.

Il Sahli consiglia di aggiungere acqua fenicata all'1 % in quantità uguale a quella dell'urina da conservare; la miscela così ottenuta ha una concentrazione in acido fenico suffi-

ciente ad impedire lo sviluppo dei batteri della fermentazione. Ma altri autori ritengono che l'acido fenico sia poco adatto per la conservazione dell'urina, perchè quando viene aggiunto all'urina tende a trasformarsi in acido fenolsolforico dando all'urina un colore verde bruno-astro che col passar del tempo diviene sempre più scuro.

Il Sahli consiglia pure una miscela a parti eguali di urina ed alcool, ma riconosce egli stesso che l'alcool presenta lo svantaggio di far precipitare parte dell'albumina.

Altri preferiscono aggiungere all'urina da conservare un pezzetto di canfora delle dimensioni di una piccola nocciola e un po' di canfora finemente polverizzata; l'aggiunta di canfora risponde abbastanza bene allo scopo di garantire la conservazione dell'urina pur presentando qualche inconveniente di lieve entità.

Quanto abbiamo sinora esposto chiaramente dimostra che molte delle sostanze antisettiche più comunemente usate per la conservazione dell'urina presentano degl'inconvenienti più o meno gravi e più o meno frequenti ad incontrarsi nella pratica, e sono perciò poco adatte per la conservazione alterando la struttura fisico chimica dell'urina e l'aspetto degli elementi organizzati del sedimento urinario. Nessuna di queste sostanze risponde perciò a tutti i requisiti che una sostanza antisettica dovrebbe possedere per esser definita « particolarmente adatta alla conservazione dell'urina ».

Infatti a nostro giudizio una sostanza antifermentativa particolarmente adatta per la conservazione dell'urina dovrebbe rispondere ai seguenti requisiti:

1) comportarsi dal punto di vista chimico come una sostanza neutra e non presentare alcuna delle reazioni comunemente usate per la ricerca dell'albumina, del glucosio ecc.;

2) non alterare il sedimento urinario e non determinare precipitati che possano renderne difficile la lettura;

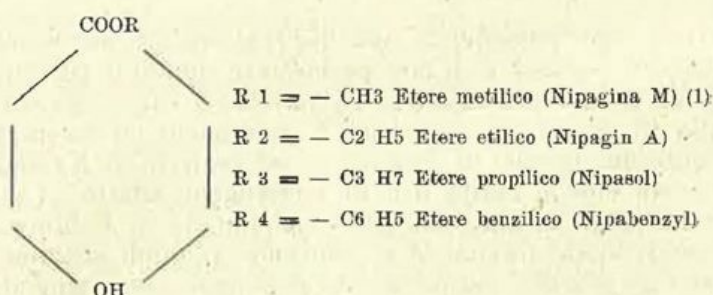
3) deve essere completamente solubile onde evitare che i suoi residui vadano a mescolarsi cogli elementi organici del sedimento durante la centrifugazione e ne rendano difficile od impossibile l'esame microscopico;

4) non deve coagulare o precipitare l'albumina;

5) deve infine essere dotata di un elevato potere antisettico anche in soluzioni molto diluite in modo che sia sufficiente l'aggiunta di una minima quantità di sostanza antifermentativa per ottenere la conservazione dell'urina.

E poichè nessuna delle sostanze antisettiche sinora usate allo scopo d'impedire lo sviluppo nell'urina dei batteri della fermentazione ci sembrava rispondere a tutti i requisiti sopraelencati abbiamo voluto sperimentare alcuni antisettici derivati dall'acido paraossibenzoico e molto usati nell'industria alimentare e farmaceutica per la conservazione di sostanze organiche facilmente alterabili.

Recenti ricerche farmacologiche e batteriologiche hanno messo in evidenza la spiccata azione antisettica posseduta dai seguenti eteri dell'acido paraossibenzoico:



Tutti questi eteri dell'acido paraossibenzoico sono delle polveri bianche inodori ed insapori, poco solubili in acqua e molto solubili in alcool, etere, acetone, cloroformio ecc.; essi anche in soluzioni concentrate reagiscono sempre come sostanze neutre.

Per brevità accennerò solo alle proprietà fisicochimiche dei composti più adatti per la conservazione dell'urina, e cioè Nipagin M e Nipasol sodico.

La Nipagina M (etere metilico dell'acido paraossibenzoico) è una sostanza organica neutra ottenuta allo stato di grande purezza per mezzo di speciali procedimenti; essa non influisce

(1) Questi eteri conosciuti coi nomi rispettivi di Nipagin M, Nipagin A, Nipasol e Nipabenzyl vengono prodotti e messi in commercio dalla Ditta Julius Penner Nährmittelfabrik A. G. Berlin Schoenberg.

minimamente sulla reazione, sul colore, sapore, odore, consistenza ecc. della sostanza che si vuol conservare. Essa inoltre non viene attaccata dagli acidi e dalle basi (tranne che dagli alcali più forti dopo lunga bollitura). La Nipagina M si presenta sotto forma di una polvere bianca costituita da piccoli cristalli, è illimitatamente conservabile anche in soluzione e le soluzioni conservano tutte le sue proprietà e posseggono reazione neutra.

È molto solubile in Alcool (1 litro di alcool a 95° scioglie 400 grammi di Nipagin M, e poco in acqua: 1 litro di H_2O a temperatura ambiente scioglie solo gr. 2,5 di Nipagin; facendolo invece bollire per 15 minuti scioglie fino a 50 gr. di Nipagin).

La Nipagina M in soluzione acquosa ed alcoolica impedisce lo sviluppo dei batteri e delle muffe: essa è completamente indifferente dal punto di vista chimico e la sua aggiunta all'urina non provoca alcuna precipitazione di fiocchi di albumina, intorbidamento, flocculazione, colorazione ecc.

Sui reattivi comunemente usati per la ricerca del glucosio nelle urine (reattivo di Nylander e liquido di Fehling) non esercita la benchè minima azione riducente.

Per quello che riguarda il modo di usarla nella conservazione delle urine riteniamo sufficiente l'aggiunta di grammi 0,2% di Nipagin M finemente polverizzato o meglio di qualche goccia di una soluzione alcoolica concentrata (1 parte di Nipagin M + 5 parti di alcool a 95°) avendo l'avvertenza di agitare fortemente o di mescolare bene con una bacchetta di vetro.

Il Nipasol M. (etere isopropilico dell'acido paraossibenzoico) si presenta anche esso sotto forma di una polvere bianca che si conserva inalterata per un tempo illimitato anche se in soluzione; le soluzioni ne conservano tutte le proprietà ed hanno reazione neutra.

Il Nipasol M. è solubilissimo in alcool: 1 litro di alcool a 95° scioglie 550 gr. di Nipasol M e poco solubile in acqua: 1 litro di H_2O a temperatura ambiente mantiene in soluzione gr. 0,5 di Nipasol M se questa quantità è stata prima disciolta per mezzo della ebullizione protratta per 10 minuti; facendo bollire un litro di H_2O per 15 minuti vi si possono sciogliere fino a 3 gr. di Nipasol M.

Il Nipasol M per la sua qualità di etere è neutro in senso chimico e si comporta quindi chimicamente come una sostanza indifferente; esso quindi non produce alcuna alterazione e non influisce sulla reazione del materiale da conservare.

Il Nipasol M esercita una potente azione antisettica sino alla diluizione di gr. 0,05-0,075% ed è quindi particolarmente indicato per la conservazione di tutte quelle sostanze organiche che vanno facilmente incontro ad una rapida fermentazione. Per la conservazione dell'urina il Nipasol M può venire aggiunto sia direttamente in dose di gr. 0,05% che sotto forma di soluzione alcoolica concentrata (1 parte di Nipasol M + 5 parti di alcool a 95°), avendo cura di agitare fortemente o di mescolare bene con una bacchetta di vetro.

Abbiamo poi un preparato, il Nipasol sodico, che a tutte le proprietà sinora elencate aggiunge quella particolarmente preziosa ai nostri fini, di essere facilmente solubile in acqua.

Il Nipasol sodico si scioglie facilmente in acqua fino alla seguente proporzione: 1 parte di Nipasol sodico + 1,5 parti di H_2O , a temperatura ambiente.

Anche il Nipasol sodico (Nipasolnatrium) è una sostanza conservativa ad azione antisettica ed antifermentativa specifica. Aggiunto alle urine in dose di gr. 0,06-0,11% le conserva inalterate per parecchi giorni.

Il Nipasol sodico può venire aggiunto alle urine sia direttamente (in polvere) che sotto forma di soluzione acquosa, avendo l'avvertenza di agitare fortemente o di mescolare bene con una bacchetta di vetro.

Il Nipasol sodico, al pari degli altri eteri dell'acido paraossibenzoico, non esercita alcuna influenza sull'albumina e sul glucosio eventualmente presenti nell'urina in esame, e non ha alcuna azione riducente sul liquido di Fehling o sul reattivo di Nylander, ed infine non altera l'aspetto degli elementi organizzati del sedimento urinario. I risultati delle nostre ricerche hanno pienamente confermato sia la potente azione antisettica degli eteri dell'acido paraossibenzoico che le loro proprietà di non presentare alcuna delle reazioni comunemente usate per la ricerca dell'albumina o del glucosio, di non alterare i sedimenti, di non precipitare l'albumina ecc.

Riteniamo perciò che il Nipasol sodico e gli altri eteri dell'acido paraossibenzoico che abbiamo sopramenzionato meritino di esser considerate sostanze particolarmente adatte per la conservazione dell'urina.

Esistono però due ostacoli alla loro diffusione nella pratica corrente cioè il loro costo elevato e le difficoltà che s'incontrano nel procurarsele quando non ci si trovi in una grande città.

Crediamo opportuno perciò accennare brevemente ad un'altra sostanza, il benzoato di sodio (C_6H_5COONa) chimicamente affine a quelle sopramenzionate, ed egualmente dotata di azione antisettica e presentante inoltre il vantaggio di essere facilmente reperibile in qualun-

que farmacia perchè largamente usata in medicina interna come espettorante, modificatore della secrezione bronchiale, antisettico delle vie urinarie, cologogo ed antisettico delle vie biliari.

Secondo il Telleria l'aggiunta di benzoato di sodio in dose del 3 ‰ o di acido benzoico C_6H_5COOH anche esso usato come antisettico debole, antiputrido e come espettorante, in dose dell'1,5 ‰ riesce a conservare l'urina inalterata per parecchi giorni. Il benzoato di sodio presenta il vantaggio di essere solubilissimo in acqua (è solubile fino al 50 ‰ in H_2O fredda), di avere reazione neutra, di non precipitare l'albumina, di non esercitare alcuna azione riducente sul liquido di Fehling e sul reattivo di Nylander e di non alterare l'aspetto degli elementi organizzati del sedimento urinario.

L'azione antisettica del benzoato di sodio e dell'acido benzoico è massima in ambiente acido, diminuisce in ambiente neutro ed è ancor più debole in ambiente alcalino; perciò bisogna tener conto del grado di acidità dell'urina da conservare e se l'urina è solo leggermente acida o neutra bisognerà aumentare fino al 5 ‰ la dose del benzoato di sodio e fino al 2,5 ‰ la dose dell'acido benzoico.

BIBLIOGRAFIA

- BIASIOTTI M., *Assistenza Sanitaria*, N. 5, 1936.
 BJLSMA U. G., *Archives Internationales de Pharmacodynamie et Therapie* 34-173 (1928).
 CAUCHI E., *Fisiologia e patologia dell'urina*, Ed. Wassermann, Milano, 1934.
 CHIMICHIJ G. e ISONNI T., *Guida alle ricerche di chimica clinica per il medico pratico*, Zerboni, Ed. Milano.
 ERSCHENBRENNER H., *Pharmazeutische Zeitung*, N. 74. pag. 961, 1935.
 KOHN R., *Medizinische Klinik*, N. 29, 1933.
 LESCHKE E., *Arztliche Sammelblätter*, 26, 49 (1933).
 LIESE W., *Archiv. für Hygiene, und Bakteriologie*, 1933.
 ROSENBERG G., ERSCHENBRENNER H., *Med. Klinik*, 28, 692 (1931).
 SAHLI, *Metodi clinici di esame*, Vol. 2, Soc. Ed. Libreria, Milano, 1935.
 SABALITSCHKA, *Th. Bollettino chimico farmaceutico*, 1932.
 SABALINSCHKA e BOHN E., *Zentralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde Abt 1 Orig.* 123-351 (1932).
 SABALITSCHKA, *Pharmazeutische Zeitung*, 78, 1265 (1933).
 TELLERA G., *Bollettino chimicofarmaceutico*, 1928, Fasc. 1-15 ottobre.
 TELLERA G., *La chimica*, 1928.
 TELLERA G., *Pharmazeutische Zeitung*, 1929.

Visita e ammissione nella assicurazione vita

In occasione del cinquantenario dei «Blätter», il Dott. F. Runck, Medico della compagnia assicurazione vita *Gotha*, pubblica sul «Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. Heft I Jahrgang, XXV Januar-märz 1936», una rassegna retrospettiva, sulla storia del servizio visite dell'assicurazione vita; che ampiamente riassumiamo. Dalle prime visite all'odierno stato del metodo di assunzione vi è un lungo cammino. Perchè lo sviluppo presso le diverse società è diverso e non era possibile ottenere i rispettivi dati per tutte le società, la seguente illustrazione è fatta a base di dati che si trovano negli atti dell'assicurazione vita *Gotha*.

In principio l'assicurando doveva procacciarsi a sue spese «un attestato di salute». Le visite necessarie vennero fatte dal medico di famiglia che scriveva il risultato in forma libera. Nell'attestato di salute del candidato erano riuniti l'odierno attestato del medico fiduciario e quello del medico di famiglia.

A causa delle speciali condizioni, nelle città più grandi, presto divenne necessario un allargamento di questo metodo. In conseguenza la compagnia *Gotha* nel 1840 istituì per Berlino un proprio medico di agenzia, che può essere considerato il primo medico di fiducia in Germania. Cosicché nell'anno 1940 l'istituzione del medico fiduciario esisterebbe da cento anni. Il suo compito consisteva in principio in un controllo degli attestati dei medici di famiglia e nel fare eventualmente le necessarie visite di controllo. Con l'istituzione di altri medici di agenzia venne affidata a costoro la visita per l'assunzione. In principio la compagnia *Gotha* comunicava ai medici i punti essenziali che dovevano essere tenuti in considerazione durante la visita medica mediante un breve modulo (Merkblatt).

Questo formulario col tempo venne cambiato in forma di domande. Nel 1853 la compagnia diede istruzione sui compiti dei medici di agenzia con delle prescrizioni riguardanti le visite. Solo più tardi — nella *Gotha* nel 1860 — vennero introdotti formulari per le visite di assunzione fatte dai medici di agenzia, e questi formulari sono in uso anche adesso dopo aver subito opportuni mutamenti e completamenti. Era già molto, che fosse stabilita oggettivamente mediante la misura precisa del peso (*Gotha* 1878) e del peso (*Gotha* 1888) la forma somatica del candidato. E ciò perchè nella classificazione di una determinata forma corporale, le opinioni soggettive dei medici visitatori possono essenzialmente cambiare, solo con queste precise misure, il medico della società ottiene sicuri dati per la valutazione di ogni singolo caso, e sulla base di questi potevano essere tratte le ricerche statistiche sulla sopra mortalità dei magri e dei grassi. Persino già in un tempo in cui i medici praticanti e quelli versati nella scienza non si occupavano ancora dell'ereditarietà già d'allora erano state aggiunte le rispettive domande nell'attestato della salute. Nella compagnia *Gotha* questo avvenne intorno al cinquantesimo anno del secolo scorso.

Solo molto tardi, cioè alla fine del secolo scorso, fu introdotta come obbligatoria la ricerca delle urine. Ma è da considerare che le società non potevano introdurre questa novità senz'altro, ma dovevano prima fare trattative con la lega dei medici circa il problema dello onorario. Alle novità appartiene anche un esatto esame del sistema nervoso e una valutazione dello stato psichico dell'assicurando, per quanto era possibile questo in una prima osservazione e in una sola visita. In occasione di esami degli attestati medici, si ha spesso l'impressione, anche oggi, in confronto alla visita speciale dei singoli organi, che venga trascurata la valutazione psicologica e antropologica dell'assicurando. Nei primi formulari di visita non era dedicata una speciale rubrica del «sistema nervoso» mentre vi era solo la domanda sullo stato degli organi dei sensi. Nella compagnia *Gotha* la domanda sullo stato del sistema nervoso venne aggiunta nel 1888 con obbligatorio esame dei riflessi; ma è solo dopo sinistri che essa subì a causa di decessi di paralitici, che rivolse più grande attenzione ai rispettivi segni di differenziamento.

Così si giunse al risultato che i casi di morte per paralisi divennero più rari nei primi anni di assicurazione.

Nei primi formulari veniva domandato solo sommariamente quali malattie l'assicurando aveva sofferto, oggi con numerose domande specifiche vengono ricercate tutte le malattie essenziali e sospette. Ciò che ha condotto a queste misure è stata la conoscenza sempre più vasta delle importanti anomalie nella medicina delle assicurazioni e l'introduzione di domande precise venne favorita anche dalla legislazione tedesca.

A causa della grande quantità, e grande diversità dei formulari delle singole società venne richiesto spesso (1875, 1895 e più tardi) dai medici fiduciari un formulario unico per l'attestato e valutazione del rischio senza però ottenere presso tutte le società identici formu-

larî. Alquanto tardi (1928) in seguito a trattative con la Associazione dei medici venne praticata in generale la determinazione obbligatoria della pressione sanguigna dopo che vi erano già vaste esperienze di società americane circa la sua importanza nella assicurazione vita. Ma ogni nuovo metodo può entrare solo in assicurazione, quando può essere praticato da tutti i medici fiduciari con tecnica non difficoltosa, supposto che questo metodo abbia acquistato importanza pratica e sia conveniente alla medicina dell'assicurazione.

Anche oggi è obbligatorio misurare la pressione sanguigna da 40 anni in poi. La richiesta di una determinazione per gli anni anteriori, e una contemporanea misura del valore diastolico è stata fatta frequentemente in questi « Blätter ». E già molti medici fiduciari misurano adesso regolarmente la pressione massima e minima.

Nel dopoguerra lo sviluppo dell'assicurazione vita e della medicina dell'assicurazioni ha fatto più larghi progressi.

Contemporaneamente sorse il desiderio di allargare il numero di assicurabili, in base alle nuove esperienze, le società potevano passare a sviluppare nuove forme di assicurazioni, cioè l'assicurazione senza visita medica, le assicurazioni collettive e l'assicurazioni dei rischi tarati.

L'assicurazione senza visita medica venne introdotta in Germania dalla compagnia assicurazione vita Friedrich Wilhelm a Berlino nel 1882, per le assicurazioni dei lavoratori o popolari; nel 1900 per la ordinaria assicurazione vita. Nell'anno 1912 in Germania 18 società praticavano questa forma di assicurazione, nel 1921 ben 27 società fra 33, fino a che durante la inflazione monetaria si diffuse a tutte le società. Nella ordinaria assicurazione vita l'assunzione avviene in base ai dati denunciati dall'assicurato circa le condizioni di salute della sua famiglia e circa le malattie pregresse, del suo peso e la sua altezza, questi dati sono però sottoposti alla valutazione del medico della società. Nei casi dubbi questi consulta un attestato del medico di famiglia o richiede una visita dell'assicurato. Per ordine dell'ufficio statale di controllo per assicurazioni private nell'assicurazione senza visita medica la somma di assicurazione è limitata. Per i rischi maggiori le società cercano di difendersi in diversi modi per esempio con premi più alti, con l'applicazione di speciali tabelle di mortalità, con un fondo di guadagno, con condizioni di un periodo di carenza, con restrizioni di effettuazione all'ingresso del caso di assicurazione nei primi anni. Per quanto sono note esperienze fatte in Germania sull'assicurazione senza visita medica queste sono soddisfacenti e i sospetti che prima sorsero non si sono verificati. A causa della possibilità di assunzione molto più larga questa forma di assicurazione venne sempre più preferita negli ultimi anni.

Forse il numero degli assicurandi senza visita può essere un po' ristretto mediante la facilitazione ed il perfezionamento della visita. A questo si potrebbe giungere per esempio adottando ciò che viene chiamato « il piccolo attestato del medico fiduciario » e che fino adesso viene adoperato solo per somme d'assicurazione fino a duemila RM. potrebbe essere adoperato anche per somme maggiori purchè si tratti di assicurandi in età giovanile. Il progresso più grande e socialmente più importante ha fatto l'assicurazione vita con l'assicurazione dei rischi tarati. Oggi molte persone che per quanto riguarda la loro salute sono cagionevoli e persino ammalate e che finora non hanno trovato assunzione, possono essere assicurate.

Oggi il medico fiduciario deve, oltre alla diagnosi, fare anche la determinazione, clinicamente difficile, del grado di deviazione della norma, vale a dire accertare la possibilità di funzionalità dell'organo ammalato o del sistema organico, perchè il medico della società adoperi questi precisi dati. Com'è spiegabile, spesse volte, non è possibile fare questa delicata diagnosi in una sola visita, anzi più spesso sono necessarie ulteriori visite con l'aiuto di speciali metodi di ricerca che non sempre può fare un medico pratico.

Per affermazione di più clinici il medico pratico è oggi in grado mediante una precisa anamnesi ed una accurata visita di fare nel maggior numero dei casi (anche senza metodi di laboratorio) una diagnosi precoce dei mali iniziali e latenti o almeno di esprimere un relativo sospetto. Nella visita di assunzione per l'assicurazione vita uno di questi fattori cioè l'anamnesi essenzialmente ha molto perduto di valore perchè per ragioni spiegabili, il maggior numero degli assicurandi è molto riservato nel dare informazioni sui mali o malattie pregresse. Perciò è necessario una speciale abilità del medico fiduciario nell'ottenere precise informazioni sul vero carattere delle malattie pregresse.

Il medico della società deve conoscere questi metodi esattamente per potere sapere in quali casi egli mediante l'uso di essi può fare un quadro chiaro dell'assicurato. Egli deve conoscere anche i limiti di possibilità d'azione di ogni singolo metodo. A questo punto l'A. passa in rassegna i seguenti metodi:

Pressione sanguigna.

La misura della pressione sanguigna introdotta nel 1928 dappertutto per la visita di assunzione ci dà il criterio decisivo per il riconoscimento di una ipertensione essa è un importante mezzo di aiuto per la limitazione della sopramortalità delle malattie della circolazione.

La determinazione della pressione sanguigna non serve in alcune forme di pura arteriosclerosi che avvengono senza innalzamento della pressione. È noto che proprio le forme di arteriosclerosi precoci possono riconoscersi solo difficilmente con le visite comuni. Dai medici della società, valori da 140-145 mm hg. massimi vengono ancora giudicati accettabili quando lo stato di salute generale è buono. Assicurandi con una pressione sanguigna oltre i 180 fino a 200 mm hg. massimi, in generale non vengono più assunti. Nel tratto tra 140 e 180 sono i valori che per la valutazione del rischio hanno importanza pratica per il medico della società. In ogni iperteso, esclusa un'affezione del rene, si deve tenere conto del rapporto tra il valore massimo (sistolico) e il minimo (diastolico) cioè della pressione differenziale. Runck ricorda che per il medico di assicurazione acquista più valore la pressione minima che è più costante; ricordiamo a tal proposito un articolo informato allo stesso criterio comparso sull'« Assistenza Sanitaria » (1933 - N 5), per opera del collega Dott. Starna.

Nella statistica delle società di assicurazione tedesche la pressione sistolica elevata viene suddivisa in gruppi da 140 a 150 mm, da 151 fino a 180 e sopra 180 e raccolta in questo gruppo. Il valore diastolico non venne considerato fin oggi in questa classificazione.

Anche la valutazione del singolo rischio con pressione sanguigna elevata avviene principalmente secondo l'altezza assoluta del valore. Se questa semplice classificazione ha praticamente valore tuttavia sarebbe da desiderare al posto di questa classificazione e valutazione troppo schematica una distinzione a base di altri criteri che caratterizzino il singolo caso.

Per questo occorrerebbero nuovi segni di distinzione e nuovi metodi di visita che purtroppo oggi non sono ancora a nostra disposizione. Al congresso internazionale di medicina dell'assicurazione nell'estate del 1935 a Londra l'ipertensione formò oggetto di speciale tema di discussione. Dopo aver citato le conclusioni dei relatori francesi Maz e Ollivier Runck riassume lo studio di Scheuk presentato al Congresso di Wiesbaden dal 1936 il quale autore trova ipertensione nei lavoratori intellettuali specie dalle città.

Velocità di sedimentazione dei globuli rossi del sangue.

La velocità dei globuli rossi rappresenta una reazione aspecifica con i vantaggi e svantaggi che le sono propri.

Per Runck esso è un mezzo di aiuto diagnostico semplice e adoperabile specialmente in tutti i casi di valutazione per la diagnosi precoce di una tubercolosi attiva, e in tutti i casi di infiammazione. Per esempio per la distinzione di processi artritici infiammatori e degenerativi, nelle malattie del muscolo cardiaco ecc. esso permetterebbe usate più volte, in più tempi di fare deduzioni prognostiche per esempio anche in una tubercolosi polmonare aperta, nel cancro iniziale non sarebbe purtroppo assolutamente dimostrativo.

Sebbene a conforto per l'uso di tale metodo Runck ricorda un lavoro di Brechmann nell'ultimo quaderno di questi Blätter (IV 1934); ci permettiamo osservare che in Italia la possibilità di usare la sedimentazione in assicurazione è stata trattata sull'« Assistenza Sanitaria » prima da Capuani e poi da Starna il quale ultimo nel n° 1 del 1936 ne dimostrò lo scarso valore diagnostico e prognostico.

Ricerche nelle urine.

La semplice constatazione di albumina e zucchero nell'urina oggi non è più sufficiente, occorre una analisi completa delle urine.

Inoltre in tutti i casi di constatata albumina sarebbe da introdurre obbligatoriamente una ricerca microscopica del sedimento, e in tutti i casi con presenza di zucchero una ricerca dell'acetone. Tali ricerche in Italia sono in atto da tempo per albuminurici e glicosurici l'A. ricorda per i primi la prova di funzione del rene con esperimento di concentrazione e diluizione, e per i secondi un esame di urina dopo carico di zucchero di uva o pasto di prova con curva glicosurica.

Per il rischio dei diabetici Runck a questo punto riferisce i dati risultati dai lavori di Starn e di Falta a proposito della sopravvivenza; tali A. A. concludono conformemente a quanto ebbero ad esporre anche Starna e Sultano sull'« Assistenza sanitaria (1936 n. 4-5).

Ricerche radiologiche.

Questa ricerca così importante secondo l'A. presenterebbe degli ostacoli sia per la spesa che la diffidenza con cui verrebbe vista dall'assicurando. Riconosce però che nelle malattie cardiache e polmonari è di molta utilità, più incerta nelle affezioni gastroenteriche. Anche per i casi di calcolosi la deficienza della tecnica consiglia l'A. a fare applicare un soprappremio anziché procedere ad un esame radiologico incerto.

Dott. C. CONFORTO.

Medicina legale delle Assicurazioni vita

Le dichiarazioni false dell'assicurando in rapporto alla Legge ed alla clausola d'incontestabilità delle polizze d'assicurazione vita

dott. FABIO MARSELLA
Medico-Capo dell'I. N. A.

Ho trovato motivo di sentito compiacimento nel leggere due sentenze pronunciate recentemente dalla Corte d'Appello di Roma e da una Corte d'Appello straniera, quella di Atene, per due differenti vertenze riguardanti l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

Mi piace riportarle nelle parti essenziali ed illustrarle brevemente nella Rivista L'Assistenza Sanitaria, nella quale io ho espresso ripetutamente il mio pensiero, circa la interpretazione da darsi alla clausola d'incontestabilità delle Polizze Vita.

Debbo premettere che « L'Assistenza Sanitaria » ha il compito di far conoscere le provvidenze sanitarie che l'I. N. A. attua a favore dei suoi assicurati e di pubblicare articoli di igiene e di medicina preventiva per contribuire alla diffusione delle norme utili per una vita lunga e sana. Contemporaneamente si occupa di problemi di medicina assicurativa e di questioni medico-legali diffondendone la cognizione fra medici ed assicurati, affinché siano conosciuti da tutti diritti e doveri e si sappia che il santo e nobile principio della previdenza non deve essere inquinato da bassi tentativi di speculazione e di frode.

È quindi apertamente e pubblicamente che noi sosteniamo le nostre idee, ispirate alla più scrupolosa osservanza e interpretazione delle leggi e delle clausole contrattuali, armonizzanti con i sacri ed eterni principi della logica e della morale e con quelli della prassi assicurativa mondiale.

Passo senz'altro all'esame delle sentenze.

La R. Corte di Appello di Roma, nella sentenza pubblicata nell'udienza del 10 novembre 1936, discute a fondo ed esamina le varie questioni che possono sorgere nella pratica applicazione della clausola d'incontestabilità e chiarisce magistralmente il concetto della reticenza e della dichiarazione falsa.

La Corte premette che non ritiene di doversi indugiare nella questione di diritto diretta a ricercare se la malafede, che si richiede per rendere inapplicabile la clausola di incontestabilità, debba consistere in un comportamento esteriore di manovre fraudolente e di raggiri, ai sensi dell'art. 1115 cod. civ., ovvero basti uno stato di animo avente manifestazioni esteriori, quantunque spoglie di ogni raggiro.

La Corte passa quindi ad esaminare la clausola così formulata: « Decorsi sei mesi dall'emissione, la polizza è incontestabile per reticenze o per dichiarazioni erronee rese dall'assicurato (o dal contraente) nella proposta di assicurazione e negli altri documenti » e dice testualmente: « In questa dunque, che è la parte positiva del patto, risulta convenuta la rinuncia alla contestabilità per il caso di reticenze

o di dichiarazioni erronee, che secondo l'art. 429 costituiscono ragione di nullità. Non vi è inclusa l'ipotesi delle dichiarazioni false, che per contro sono menzionate nel detto articolo di legge». La Corte prosegue: «La omissione deve ritenersi indubbiamente voluta e va interpretata come una limitazione che l'assicuratore ha inteso apportare alla sua rinuncia e che l'altro contraente ha accettato; per le reticenze o le dichiarazioni erronee in cui fosse incorso l'assicurato, l'Istituto rinunciava alla azione di nullità, dopo il decorso del termine pattuito; ma non così per le dichiarazioni false, per il mendacio, escluso dalla pattuizione di incontestabilità».

La Corte chiarisce quindi il significato della reticenza e della dichiarazione falsa dicendo: «La reticenza di circostanze conosciute dall'assicurato (art. 429) corrisponde al silenzio di costui sulle circostanze stesse, che possono rimanere occulte alla controparte. Le dichiarazioni false (quelle intenzionalmente false, che altrimenti si rientrerebbe nel caso dell'errore) consistono nella voluta sostituzione di circostanze non vere dichiarate, a quelle vere taciute.

«E non può sfuggire la profonda diversità fra l'uno e l'altro caso in rapporto alla formazione del consenso, poichè con le false dichiarazioni, rese coscientemente per trarre altri in inganno, può essere facilmente privata la ricerca della verità, che nel caso di semplice reticenza rimane solo non secondata. Differenza tanto più rilevante in sede di contratto di assicurazione, in cui le dichiarazioni dell'assicurando assumono una particolare importanza e formano necessaria parte dei preliminari.

«E che la ipotesi di dichiarazione falsa non si debba confondere con quella di reticenza o della dichiarazione erronea, oltre che da considerazioni logiche, che in appresso saranno svolte, risulta riaffermata dal fatto che lo stesso legislatore distingue le varie figure. Quando dunque venne pattuita nella clausola in esame, la rinuncia all'azione di nullità consentita dall'Art. 429 facendosi richiamo soltanto ai casi di reticenza e di erroneità delle dichiarazioni, i contraenti vollero evidentemente che le dichiarazioni false rimanessero escluse dalla rinuncia, considerandole contrattualmente in modo diverso dalle reticenze. Solo con tale volontà contrattuale può spiegarsi la omessa menzione nella clausola delle dichiarazioni false, mentre si faceva parola di quelle erronee e delle reticenze. Nè può dirsi che siffatta interpretazione nel caso in esame non sia attendibile perchè resterebbe privo di ogni contenuto il patto di incontestabilità. La rinuncia, anche limitata ai casi di reticenza e di errori, non ha una portata trascurabile, essendo evidente la facilità per l'assicurato di incorrere in simili irregolarità, dalle quali potrebbe dipendere la vita del contratto e la cui eliminazione dalle cause di nullità costituisce senza dubbio per il contraente una vantaggiosa quanto giustificata ed onesta tranquillizzazione, alla quale invece non sembra logico che intendano prestarsi gli assicuratori verso contraenti che, sia pur senza raggiri, ma con false dichiarazioni e menzogne cerchino di sviarlo nel controllo degli elementi di valutazione del rischio».

Non diversamente si è pronunciata in altra causa la Corte di Appello di Atene. Questa dopo aver riportato la clausola contenuta nell'art. 1 delle condizioni generali di polizza la confronta con l'art. 202 del Codice di commercio greco (pressochè identico al nostro art. 429 e a quello uguale che si occupa della materia in tutti gli altri Stati) e dice che per mutuo consenso delle parti, dopo un anno, è escluso il diritto di chiedere l'annullamento del contratto in due casi solamente sopra i tre previsti dalla legge, cioè nei casi di dichiarazione erronea e di reticenza, salvo il caso di malafede, e lascia intatto il primo caso, quello della dichiarazione falsa,

che essendo differente dai due altri e presumendo un inganno scientemente premeditato dal suo autore e costituendo una colpa molto più grave, continua ad essere regolato dalla Legge in ciò che riguarda le sue conseguenze.

In altro punto la stessa Corte dice che la dichiarazione falsa è un'azione positiva contenente una menzogna cosciente, mentre la reticenza è un'azione negativa che si realizza per il solo silenzio intenzionale dell'assicurato e che impedisce, per omissione, di far conoscere la verità all'assicuratore.

Nelle due sentenze sono ben chiarite le tre ipotesi fatte dalla Legge per l'annullamento del contratto di assicurazione ed è bene interpretata nella sua dizione letterale e nel suo spirito informatore la clausola di incontestabilità che non si può e non si deve intendere estesa alle dichiarazioni false.

Ciò io sostenni modestamente nell'articolo pubblicato nella « Rassegna di Previdenza Sociale » del marzo 1932 e sono ben lieto che le idee, da me allora propuguate, trovino autorevole conferma in decisioni di così alti consessi giudicanti italiani e stranieri, che fanno bene sperare per la futura giurisprudenza in materia assicurativa.

Considerazioni medico-legali sull'importanza dell'epoca e del luogo di perfezionamento di un contratto d'assicurazione vita

MARIO COSTABILE BARNABEI

Medico Principale dell'I.N.A.

Una delle basi fondamentali di un contratto d'assicurazione-vita è costituita dall'atto del perfezionamento della polizza e più particolarmente da quello che si riferisce all'epoca ed alla località nella quale avviene questa speciale operazione finanziaria-assicurativa.

E' bene quindi, prima di procedere oltre, cercare di spiegare il vero scopo ed il fine a cui tende l'atto del perfezionamento il quale rappresentando l'effettivo inizio di un contratto d'assicurazione sta a dimostrare che esso è uno dei momenti e forse il più importante di una polizza vita.

Per perfezionamento di un contratto si intende, come è a tutti noto, il versamento da parte dell'assicurato della prima rata di premio e conseguente relativa consegna della polizza da parte dell'Agente assicuratore.

L'assicurato con il versamento della rata di premio, che per comodità di pagamento può essere frazionato in rate (semestrale, trimestrale, mensile) assolve uno degli obblighi impostigli dall'Ente assicuratore e contemplato nelle condizioni generali di polizza. Nel medesimo tempo con questo atto egli richiama lo stesso Ente al rispetto del pagamento del capitale pattuito in polizza in qualsiasi momento possa avvenire il sinistro, anche se è stata versata da parte dell'assicurato stesso una sola rata mensile di premio.

Ma l'assicurato oltre all'obbligo del pagamento del premio, ha dovuto in precedenza, assolvere all'altro più complesso inerente al questionario della visita medica.

E' di cognizione universale, ed ormai da tutti riconosciuto, che un contratto di assicurazione vita ha la sua base fondamentale sul presupposto della reciproca buona fede. L'Ente richiede che l'individuo il quale desidera stipulare un contratto d'assicurazione risponda in maniera esauriente ai vari quesiti anamnestici personali e famigliari prossimi e remoti formulatigli dal fiduciario al momento in cui questi lo sottopone a visita medica. E' sulla base delle risposte date e sulla scorta delle risultanze dell'esame obbiettivo che viene esaminato il rischio da parte degli organi tecnici centrali della Direzione Generale per procedere, se del caso, subito dopo all'emissione del contratto, al quale segue dopo un breve periodo di tempo l'atto relativo al perfezionamento da parte dell'assicurato.

L'epoca e la località riferentesi a questo particolare atto viene ad assumere, torno a ripeterlo, in assicurazione, un'importanza del tutto particolare. E questa importanza dipende dal fatto che l'epoca precisa del perfezionamento stabilisce in maniera inequivocabile quando fu eseguito il versamento della rata di premio da parte dell'assicurato e la consegna della polizza da parte dell'assicuratore. E' da notare, e tale cosa ha pure la sua particolare importanza che la rata deve essere sempre versata dall'assicurato e mai a mezzo di terze persone.

E' questo perchè lo stesso assicurato nell'atto di ritirare l'originale di polizza, che viene controfirmato per la validità dall'Agente Generale o da persona di sua fiducia (ispettore di produzione, agente viaggiante, agente locale), deve firmare il simplo di polizza in calce alla dichiarazione di buono stato di salute la quale è così concepita: « 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 vericidità della presente dichiarazione ». La firma dell'assicurato deve seguire la località, il giorno, mese ed anno dell'avvenuto perfezionamento.

Perchè viene conferita tutta questa importanza ad un atto che può a prima vista sembrare molto semplice e forse anche del tutto secondario? Perchè si richiede l'osservanza di tante minute particolarità inerenti a detto perfezionamento quando sarebbe forse bastevole lo scambio reciproco della rata di premio e della polizza? Non è garanzia sufficiente all'Ente assicuratore l'avente percepito il premio corrispondente a quello riportato nella polizza, che gli è stato versato dall'assicurato stesso o magari da un congiunto di questi all'uopo delegato?

Tutto quello che può sembrare a prima vista superfluo o di secondaria importanza ha invece nel ramo assicurativo la sua ragione d'essere. L'Ente assicuratore, agendo in tal maniera, e stabilendo che per eseguire il perfezionamento è necessario espletare tutte le suriferite formalità, intende tutelare il suo interesse, che in definitiva è poi quello dei suoi assienrati i quali affidano a lui i propri risparmi che servono di pagamento per le rate dei premi d'assicurazione. Per rendere dunque valido un contratto-vita deve sempre ed in ogni caso comparire su ciascun simplo di polizza la data e la località del perfezionamento il quale avviene per lo più pochi giorni dopo la visita medica e successiva emissione della polizza; se invece detto perfezionamento ritarda di qualche tempo e cioè passano più di due mesi dall'epoca della visita medica è necessario che l'assicurato sottoscriva un'apposita dichiarazione di buono stato di salute dalla quale deve risultare che egli nel frattempo ha goduto sempre buona salute e che mai ha fatto ricorso all'opera di un medico.

Questa dichiarazione, che in ogni caso è sempre conservata nell'incartamento relativo all'assicurato, è così concepita:

Il sottoscritto dichiara che dall'epoca della visita medica subita il a seguito della proposta di assicurazione presentata a il in base alla quale è stata emessa la polizza N. (forma) (capitale) L. ha goduto sempre buona salute, che in tale periodo di tempo e fino ad oggi

non ha mai avuto bisogno di ricorrere al consiglio di alcun medico e che presentemente non avverte disturbi di alcun genere.

Il sottoscritto consente che la presente dichiarazione formi parte integrante del contratto sopra indicato.

(data).....

(firma).....

Anche per questa come per il simlo di polizza occorre precisare l'epoca nella quale si firmò detta dichiarazione. Solo in seguito a questa indicazione rilasciata dall'assicurato e riflettente il suo stato di salute intercorso tra la visita medica per l'ingresso ed il momento del perfezionamento può aversi il consenso al perfezionamento stesso da parte dell'assicuratore.

Qualche rarissima volta può avvenire che si tenti sorprendere le buona fede dell'Ente cercando di stipulare dei contratti su persone dalle condizioni sanitarie affatto buone e delle quali si suppone il decesso a breve scadenza perchè colpite da gravi malattie ad andamento cronico. Ricorrono sovente questi casi? Fortunatamente tali deprecate evenienze non si riscontrano con molta frequenza ma l'Ente in quelle particolari rare occasioni deve far luce completa per mettere in evidenza tutti quegli elementi che gli potranno servire in seguito quale base di giudizio per l'ammissione o meno del sinistro a liquidazione.

Se l'assicurato che ha perfezionato da poco tempo il contratto viene a morire, supponiamo per malattia a decorso cronico, (nefrite cronica, arteriosclerosi, t.b.c. polmonare ecc.) si deve osservare subito quale sia l'effetto del contratto e rapportandolo alla data di decesso dell'assicurato calcolarne l'effettiva antidurata. Se questa antidurata è molto breve e la malattia che ha procurato la morte dell'assicurato ha invece dal lato clinico un decorso molto lungo e quindi risulta superiore a detta antidurata è lecito il supporre che l'affezione morbosa si sia iniziata con quasi tutta sicurezza molto tempo prima della stipulazione del contratto assicurativo.

Altre volte l'inizio e la natura della malattia che ha condotto a morte l'assicurato, dalle notizie contenute nel certificato di decesso appaiono in maniera più o meno chiara specialmente nei confronti dell'insorgenza dei sintomi i quali sarebbero compresi approssimativamente intorno al periodo della stipulazione del contratto d'assicurazione-vita. E' proprio in questo specifico e particolare caso che l'epoca e l'località del perfezionamento acquistano tutto il loro valore medico-legale in sede d'esame di sinistro.

Per mettere bene in evidenza questo particolare valore medico-legale si prenda in considerazione ad esempio un sinistro avvenuto a breve distanza dal perfezionamento. Sul simlo di polizza appare chiaramente il particolare riflettente l'epoca del perfezionamento: sul modulo medico di decesso, rimesso dagli eredi unitamente agli altri documenti necessari per ottenere la liquidazione del sinistro risulta che la malattia ebbe inizio nel periodo di tempo intercorrente tra la visita medica e la data del perfezionamento. All'ingresso in assicurazione l'individuo godeva perfette condizioni di salute: infatti alle domande contenute nel modulo medico egli aveva risposto negativamente ai singoli questionari perchè in effetti nulla aveva da dire riguardo a malattie subite in passato. Nell'intervallo intercorrente tra l'emissione del contratto ed il perfezionamento l'assicurando invece venne colpito da una malattia a decorso acuto: tifo, appendicite acuta, ecc. In questo caso egli aveva l'obbligo al momento della sottoscrizione relativa al suo stato di salute e riportata sul simlo di polizza di far presente le sue effettive condizioni fisiche e non poteva in coscienza perfezionare il contratto se non a guarigione avvenuta. Era compito poi dell'Ente assicuratore e dei suoi tecnici vagliare e giudicare l'entità di tali affezioni per la valutazione successiva del rischio e per la conseguente ammissibilità o meno al perfezionamento.

Ma qualche volta ricorre invece il caso di individui i quali sorpassando sopra a qualsiasi situazione di natura morale non tengono conto dell'eventuale recente stato patologico creatosi nei loro riguardi e riescono a perfezionare il contratto sorpendendo la buona fede dell'acquisitore dell'affare. Il perfezionamento quindi avviene sotto tutte le apparenze come regolare, perchè da parte dell'assicurato si è cercato di mettere in opera i più sottili accorgimenti per riuscire allo scopo, ma in effetti esso è falsato nella sua origine e nella sua essenza e basta un benchè minimo incidente o l'intempestivo verificarsi di una più che banale contraria circostanza per far cadere tutto il piano che tanto ingegnosamente era stato architettato dall'assicurato il quale voleva in tal maniera volgere ad esclusivo suo beneficio o dei propri eredi il pagamento del capitale pattuito in polizza.

La data del perfezionamento quindi molte volte serve a stabilire con tutta esattezza un periodo di inizio o di continuazione di un'eventuale stato morboso che abbia colpito l'assicurato: come pure l'indicazione della località di perfezionamento serve spesso di confronto con quella che venne indicata sul modulo post-mortem quale località di decesso dell'assicurato stesso.

Nell'esame dei sinistri di brevissima antidurata dell'I.N.A. qualche volta è avvenuto di dover chiedere delucidazioni sanitarie (copie di cartelle cliniche, supplemento di relazioni ai medici curanti) in merito a decessi nei quali l'origine della malattia che produsse la morte dell'assicurato doveva risalire presumibilmente a molto tempo prima la stipulazione del contratto, e che l'inizio si era verificato pochissimo tempo avanti l'epoca del perfezionamento. Ebbene spessissimo si è avuta conferma che le supposizioni in merito all'inizio delle malattie erano più che giustificate e che i momenti particolari patologici del malato erano molto diversi da quelli fatti figurare sul modulo di decesso.

Il Dr. Marsella a questo proposito ha ampiamente illustrato in una sua memoria pubblicato nel 1934 su questa stessa Rivista alcuni casi nei quali ricorrevano gli estremi di cui sopra; desidero anche io portare a cognizione del lettore degli altri casi che mi sono occorsi nella pratica assicurativa e che servono a mettere maggiormente in luce l'importanza della data e della località del perfezionamento.

Un individuo di anni 38, di professione impiegato, tempo addietro stipulò un contratto per un discreto capitale. L'assicurando alla visita medica, non avendo denunziato nessuna malattia sofferta in passato ed avendogli il fiduciario riscontrato ogni organo e sistema normale, veniva giudicato quale rischio normale.

La mattina stessa stabilita per il perfezionamento del contratto l'assicurando venne colpito in pieno benessere da una colica appendicolare. Trasportato subito in casa non si ritenne opportuno da parte del medico curante procedere all'atto operativo e si rimase quindi in prudente e vigile attesa. Il giorno successivo, nel pomeriggio, l'acquisitore dell'affare ignorando tutto quanto sopra, si presentò in casa dell'assicurando, secondo l'appuntamento preso in precedenza, per procedere al perfezionamento del contratto. Gli venne fatto presente da parte di un congiunto, che l'assicurando stava riposando e lo si invitava perciò a lasciare la polizza e ripassare dopo poco per ritirare il semplice firmato e la rata di premio. Cosa che in effetti avvenne da ambo le parti. Il decesso seguì dopo pochi giorni. Dalle notizie assunte risultò in maniera chiara come fu sorpresa la buona fede dell'acquisitore dell'affare nell'indurla a rilasciare l'originale della polizza senza rendersi conto personalmente delle modalità del perfezionamento. Ma la prova decisiva di tutto si ebbe dal confronto della data di inizio della malattia con quella del perfezionamento del contratto. La differenza di un giorno tra l'una e l'altra stava a dimostrare la successione cronologica degli avvenimenti e dell'artificio usato dall'assicurato per poter eludere l'acquisitore del contratto.

Un altro caso più illustrativo è stato quello che colpì di sinistro due polizze di assicurazione popolare stipulate dalla stessa persona. Il decesso avvenne

pochi mesi dopo il perfezionamento dei contratti e si ebbe per tubercolosi polmonare. L'assicurata sottoscrisse le proposte dichiarandosi in buone condizioni di salute e che mai era stata malata di affezioni morbose degne di rilievo.

Le proposte portavano l'indicazione di una cittadina della Calabria (residenza abituale dell'assicuranda) quale località di apposizione di firma da parte dell'assicuranda stessa. Il perfezionamento, secondo quello che appariva dalle polizze avvenne nella medesima località dove furono firmate le proposte.

Dalle informazioni assunte risultò invece che l'assicurata era malata di tbc. polmonare molto tempo prima la stipulazione dei contratti e che il perfezionamento fu eseguito facendole recapitare le polizze per l'opposizione della firma mentre essa era degente in un Sanatorio dell'alto Brennero dove venne poi a morire a distanza di pochissimi mesi.

Un'altro caso è quello di un individuo di quarantanove anni, chimico farmacista, ed esercitante la professione in una cittadina dell'Italia Settentrionale, il quale stipulò un contratto d'assicurazione per un discreto capitale. Il fiduciario alla visita medica all'ingresso giudicò il rischio accettabile poichè ebbe a riscontrare ogni organo e sistema normale, con negatività dell'indagine anamnesica avendo l'assicurando stesso dichiarato di essere stato sempre in passato in ottime condizioni di salute. Il contratto venne regolarmente perfezionato con l'apposizione della firma da parte dell'assicurando in calce alla leggenda riguardante il suo buono stato di salute. A distanza di qualche mese dal perfezionamento si verificò il decesso dell'assicurato stesso per « carcinoma dell'esofago a rapidissima evoluzione ». Dalle informazioni assunte, considerata la breve antidurata del contratto in rapporto alla causa di morte, risultò che l'individuo cominciò ad avvertire i primi disturbi dello grave malattia che doveva condurlo poi inesorabilmente a morte nel giro di qualche mese, subito dopo aver subito la visita medica per l'assicurazione-vita.

I sintomi stenotici si presentarono in maniera imponente e l'individuo, data la professione che esercitava e che lo portava a vivere a continuo contatto dei medici, comprese subito che i disturbi che egli avvertiva erano sicuramente di una certa gravità e volle ricorrere in tutta fretta all'esame e consiglio di un clinico universitario. Questi volle però che il suo giudizio fosse confortato da quello radiologico che in effetti confermò in pieno la diagnosi clinica di stenosi esofagea. Il paziente per poter eseguire tutte queste speciali indagini cliniche e radiologiche fu ricoverato per più di una settimana in una casa di cura. Appena uscito perfezionò la polizza tacendo nella maniera più assoluta qualsiasi particolare inerente alla sua malattia la quale era stata giudicata con prognosi infausta dai clinici da lui consultati.

Da questi tre casi appare dunque chiaramente esposta la grande importanza che assume dal lato medico-legale in assicurazione-vita il particolare riferentesi all'epoca del perfezionamento e alla località dove avviene questa speciale operazione finanziaria-assicurativa. Per mezzo di questo momento cronologico spesse volte si riesce ad inquadrare una situazione ed a rimuovere delle posizioni che sembrano a prima vista ineccepibili ed incensurabili.

Il perfezionamento dunque con la dizione del buono stato di salute ad esso inerente rappresenta per il contratto d'assicurazione-vita uno dei più importanti momenti che è bene tener sempre in giusta evidenza in qualsiasi circostanza e tempo durante l'esame medico-legale dei sinistri che colpiscono le polizze d'assicurazione-vita a distanza di poco tempo dal perfezionamento del contratto.

*Indagini di Statistica Medica***Tipo somatico e cause di morte**

Dott. STEFANO GALLORO

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

L'argomento che forma oggetto del presente lavoro non è nuovo: il prof. Romanelli, fin dal 1928 comunicava uno studio sulle cause di morte in rapporto alle misure somatiche al Primo Congresso Nazionale di Scienza delle Assicurazioni tenutosi a Torino.

Il nostro non è che un rilievo statistico condotto con le stesse direttive e con identica finalità di contribuire allo studio della medicina assicurativa e preventiva che si vanno sempre più affermando nella vita dei popoli civili.

Anche noi dobbiamo ripetere quanto opportunamente ammoniva il Romanelli nella sua trattazione, che queste ricerche, cioè, vanno continuate su di un materiale assai vasto ed omogeneo per poterne trarre delle conclusioni attendibili.

I tre tipi di costituzione che figurano nella classificazione della presente indagine sono stati determinati secondo i criteri adottati precedentemente dal Romanelli, servendoci di dati risultanti dall'esame somatico dell'assicurato all'ingresso e che riguardano l'altezza, il peso, la circonferenza del collo, il perimetro toracico e quello addominale.

In base a ciò si possono distinguere tre tipi: tipo I normale; tipo II con sottopeso; tipo III con soprapeso.

Al tipo I appartiene l'individuo considerato normale il cui peso in Kg. oscilla fra il 5% in meno ed il 10% in più del numero dei centimetri d'altezza detratto il metro; inoltre la circonferenza del collo oscilla tra i 37 e i 38 cm.; la circonferenza toracica tra la cifra rappresentante la metà dell'altezza diminuita di 2 cm. e la metà dell'altezza aumentata di 5 cm. con un perimetro addominale inferiore a quello toracico.

I tipi II e III comprendono rispettivamente quei soggetti con caratteri somatici che si discostano per difetto o per eccesso da quelli considerati normali ed appartenenti, come si è detto, al tipo I.

Bisogna tener presente, ed è questo un oculato avvertimento già prospettato dal Romanelli, che non sempre riesce agevole inquadrare tutti gli assicurati nei tre tipi surriferiti. In alcuni casi il giudizio si fonda sull'insieme dei dati più che sul dettaglio rigido delle singole misure somatiche, dando logicamente la maggiore importanza a quelle che più caratterizzano il tipo somatico, tenendo in debito conto le eventuali normali eccezioni (ad es. maggiore circonferenza addominale nelle donne che hanno partorito ecc.).

Si sono presi in esame 13.428 assicurati maschi nelle forme ordinarie con visita medica, deceduti per le varie cause nel decennio 1926-35.

Nella tabella N. 1 i suddetti sinistrati sono stati classificati secondo i tre tipi costituzionali proposti dal Romanelli ed osservati secondo i gruppi di età all'ingresso.

Queste cifre vanno interpretate considerando che nel periodo di età da 30 a 49 anni si verifica d'ordinario un maggior numero d'ingressi in assicurazione e che normali e soprapesi costituiscono la maggioranza degli assicurati.

TABELLA n. 1

Tipi di costituzione	Gruppi di età all'ingresso						Totali
	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 ed oltre	
Normale	46	1.007	2.207	1.739	875	81	5.955
Sottopeso	69	779	968	557	253	26	2.652
Soprapeso	4	264	1.366	1.911	1.172	104	4.821
	119	2.050	4.541	4.207	2.300	211	13.428

Nella tabella n. 2 sono riportate le cifre percentuali che dimostrano come le varie cause di morte incidono sui vari tipi costituzionali da noi considerati.

TABELLA n. 2

CAUSE DI MORTE	TIPI DI COSTITUZIONE		
	Normale	Sottopeso	Soprapeso
Ogni forma di t. b. c.	11,57	21,54	2,94
Malattie infettive e parassitarie.	10,67	12,01	11,16
Tumori maligni	10,88	8,32	9,95
Emorragie, trombosi ed embolie cerebrali	7,29	3,84	12,90
Malattie del sistema nervoso ed organi di senso	2,89	3,57	1,93
Malattie apparato circolatorio	12,07	7,92	17,71
Malattie apparato respiratorio	11,94	12,59	10,63
Malattie apparato digerente	11,08	10,01	11,91
Malattie apparato genito-urinario	5,93	4,35	8,04
Suicidi	4,48	5,57	3,62
Morti violente e accidentali	7,60	7,06	4,33
Altre cause di morte	3,60	3,22	4,88
	100,00	100,00	100,00

Dallo studio di questa tabella risulta che nel tipo normale il numero più alto di decessi è causato principalmente da malattie dell'apparato cardio-vascolare e successivamente da quelle dell'apparato respiratorio, da tubercolosi e da affezioni digerenti.

Cifre più basse si riscontrano per le altre malattie infettive e parassitarie, per tumori maligni, per emorragia, trombosi ed embolia cerebrale e per cause violente ed accidentali.

Seguono quindi in ordine decrescente le malattie dell'apparato genito-urinario, il suicidio ed infine le affezioni del sistema nervoso e degli organi dei sensi.

Nei sottopesi invece la tubercolosi figura al primo posto, seguita, ma con notevole distacco, dalle malattie dell'apparato respiratorio e quindi dalle forme infettive e parassitarie e dalle affezioni dell'apparato digerente.

Successivamente si osservano i tumori maligni, le malattie dell'apparato circolatorio, le morti violente ed accidentali, i suicidi, le affezioni genito-urinarie ed infine l'emorragia, trombosi ed embolia cerebrale e le malattie del sistema nervoso.

Nei soprapesi il maggior numero dei decessi si osserva per le malattie dell'apparato circolatorio, per emorragia, trombosi ed embolia cerebrale, per affezioni digerenti, per le varie forme infettive e parassitarie e per le malattie dell'apparato respiratorio.

Seguono in ordine decrescente le forme neoplastiche e le affezioni dell'apparato genito-urinario, mentre in ultimo figurano le morti violente ed accidentali, la tubercolosi e le malattie del sistema nervoso.

Dalla frequenza delle morti osservate nella tabella n. 2 nei vari tipi costituzionali si è voluto indagare il rapporto della frequenza stessa con la durata media della vita e per tanto si sono classificati i normali, i sottopesi ed i soprapesi secondo i gruppi di età all'ingresso ed i corrispondenti gruppi di età alla morte.

Nelle tabelle nn. 3, 4 e 5 sono trascritte nell'ultima colonna le cifre significative degli anni vissuti in media dopo l'entrata in assicurazione da ciascun individuo dal gruppo corrispondente.

TABELLA n. 3

**Assicurati *maschi* dichiarati di costituzione *normale* all'ingresso
e sinistrati per decesso nel decennio 1926-35.
(Portafoglio diretto con visita medica).**

Gruppi di età all'ingresso	Gruppi di età alla morte										Totale	è % o
	15/19	20/24	25/29	30/34	35/39	40/44	45/49	50/54	55/59	60/64		
15/19	9	28	9	4	—	—	1				46	6,66
20/24	—	56	119	59	26	15	3				278	7,27
25/29			152	273	164	91	43	5	1		729	7,65
30/34				224	372	244	156	65	6	1	1068	7,87
35/39					226	405	244	171	90	3	1139	8,07
40/44						194	332	228	160	58	972	7,97
45/49							189	268	153	112	722	6,63
50/54								133	197	128	458	5,31
55/59									92	129	221	3,44
60/64										26	26	1,25
Totale	9	79	280	560	788	949	968	870	699	457	5659	7,29

TABELLA n. 4

**Assicurati *maschi* dichiarati di costituzione *sottopeso* all'ingresso
e sinistrati per decesso nel decennio 1926-1935.
(Portafoglio diretto con visita medica).**

Gruppi di età all'ingresso	Gruppi di età alla morte										Totale	% è o
	15/19	20/24	25/29	30/34	35/39	40/44	45/49	50/54	55/59	60/64		
15/19	15	32	14	7	1						69	6,43
20/24		59	106	48	24	10	2				249	6,81
25/29			126	214	123	48	17	1	1		530	6,74
30/34				112	189	123	55	23	1		503	7,21
35/39					116	181	91	52	23	2	465	6,99
40/44						71	125	70	39	17	322	7,26
45/49							65	95	42	22	224	5,83
50/54								36	60	31	127	5,16
55/59									27	45	72	3,59
60/64										9	9	1,25
Totale	15	91	246	381	453	433	355	277	193	126	2570	6,68

**Assicurati *maschi* dichiarati di costituzione *soprapeso* all'ingresso
e *sinistrati* per decesso nel decennio 1926-35.
(Portafoglio diretto con visita medica).**

Gruppi di età all'ingresso	Gruppi di età alla morte										Totale	è o
	15/19	20/24	25/29	30/34	35/39	40/44	45/49	50/54	55/59	60/64		
15/19	—	3	—	—	1						4	8,75
20/24		5	17	6	5	4	1				38	8,72
25/29			81	69	52	42	29	2	1		226	9,71
30/34				68	160	187	105	57	4		531	9,55
35/39					115	229	217	177	94	3	835	9,66
40/44						187	299	256	187	89	968	9,10
45/49							174	330	227	151	882	7,26
50/54								171	279	169	619	5,33
55/59									116	146	262	3,34
60/64										42	42	1,25
Totale	—	8	48	143	333	549	825	993	908	600	4407	7,97

Dall'esame comparativo delle tre tabelle risulta che la vita media degli assicurati è maggiore nei normali e nei soprapesi rispetto a quella dei sottopesi.

Qui va tenuto presente che i soprapesi osservati riflettono nella gran maggioranza assicurati che di pochissimo si scostano dalla normalità: vale a dire trattasi di soprapesi lievi, e cioè con soprapeso che oscilla tra il 10 ed il 20 %.

Infatti è opportuno chiarire che secondo i criteri del Romanelli sia i soprapesi che i sottopesi vengono classificati in vari sottogruppi a misura che l'ecedenza ed il difetto somatico si manifestano più o meno intensi.

Dai sottogruppi riportati nel seguente prospetto si rileva infatti come la percentuale più alta dei soprapesi stessi si riscontri a carico del primo sottogruppo, vale a dire in quello che comprende soggetti che poco si discostano dal tipo normale.

Classificazione del rischio all'ingresso		Cifre %	
		Parziali	Totali
<i>Normali</i>			44,36
<i>Soprapesi</i>	1° sottogruppo	28,91	
	2° " "	6,85	
	3° " "	0,61	
	4° " "	0,04	
<i>Sottopesi</i>	1° sottogruppo	10,47	35,91
	2° " "	8,18	
	3° " "	0,95	
	4° " "	0,08	
	5° " "	0,05	19,73
			100,00

Se per tanto noi confrontiamo i risultati delle tabelle 3 e 5, secondo questo concetto che avvicina i soprapesi lievi al tipo normale, osserviamo che tutti gli assicurati, che all'ingresso furono compresi in queste due classificazioni, hanno in effetto vissuto più di quelli dichiarati sottopesi.

Questa differenza di vita media si accentua maggiormente nei gruppi dai 25 ai 39 anni all'ingresso, età in cui, è da tener presente, la mortalità per tubercolosi, che è una delle cause più frequenti di morte, suole verificarsi prevalentemente e che incide con spiccata predilezione sugli organismi costituzionalmente deficienti, come è appunto il caso dei sottopesi.

Coll'avanzare degli anni questa differenza si va sempre più attenuando e scompare quasi tra gl'individui entrati in assicurazione dopo i 50 anni.

Da un esame d'assieme sulle ricerche da noi fatte, pur senza volerne trarre delle conclusioni, per le quali è necessario che questi studi statistici siano continuati ed approfonditi su di un materiale ancor più vasto, emerge il concetto fondamentale di una evidente influenza del fattore costituzionale nel determinismo di alcune forme morbose e sulla durata media della vita degli assicurati.

I nostri risultati collimano perfettamente con quelli ottenuti precedentemente dal Romanelli.

Il maggior contributo alle morti per tubercolosi, per la quale malattia è universalmente ammessa l'importanza dell'elemento costituzionale, vien dato di fatti da quei soggetti classificati sottopesi all'ingresso, i quali presentano pure una maggiore vulnerabilità di fronte alle malattie respiratorie in genere ed alle forme infettive e parassitarie, mentre scarsi si osservano in questo tipo i decessi per affezioni dell'apparato cardiovascolare e rari quelli per emorragia, trombosi ed embolia cerebrale.

Viceversa negl'individui classificati soprapesi all'ingresso proprio queste affezioni dell'apparato cardiovascolare e le forme di emorragia, trombosi ed embolia cerebrale figurano ai primi posti, verificandosi invece un numero abbastanza esiguo di morti per tubercolosi, la cui percentuale raggiunge appena il 2,94% di fronte al 21,54% riscontrato nei sottopesi.

Non ci pare azzardato per tanto spiegare la maggior durata della vita media riscontrata nei soprapesi, ammettendo che questi soggetti, che, come già si è detto, sono nella gran maggioranza individui che di poco si scostano dal normale, per la loro costituzione robusta, presentano una più valida resistenza di fronte all'infezione tubercolare, che rappresenta la causa più frequente di morte.

DALLE RIVISTE CHE RICEVIAMO IN CAMBIO

Annali d'Igiene, N. 11, novembre 1936-XV - Roma.

MARIANI G. e LOPRETI A. — *I parassiti intestinali della popolazione bianca in Somalia*.

Sopra 1606 esami coprologici è risultato che l'elevarsi dell'indice parassitario delle amebe (esclusa la *E. dysenteriae*) dei flagellati e dei *Blastocystis* non dà un corrispondente aumento dei casi di enterocoliti.

SCHIOFFA L. — *Ricerche sperimentali sull'azione dell'acqua katadinizzata sui batteri*.

Dalle ricerche sperimentali dell'A. risulta che anche a deboli concentrazioni d'argento quest'acqua non ha mai azione stimolante dello sviluppo dei germi ma anzi ostacolante che aumenta col l'aumentare dell'attivazione in gamma argento.

PERINI P. E. — *Ricerche sperimentali sulle possibilità pratiche dell'acqua katadinizzata nella disinfezione di sostanze alimentari varie (ortaggi, frutta, molluschi)*.

Il procedimento in base alle ricerche eseguite dall'A. è consigliabile per tutte le sostanze prese in esame è preferibile per i molluschi alle disinfezioni a base di cloro.

Annali di Medicina Navale e Coloniale, Vol. II, Fasc. III-IV, Sett.-Ott. 1936-XV - Roma.

ANDRENELLI. — *Il fenomeno di ostacolo del Donaggio negli epilettici dal punto di vista Medico-Legale Militare*.

In base ai risultati sopra individui sani e sopra altri epilettici o affetti da altre affezioni nevrotiche l'A. conclude che il fenomeno del Donaggio dal punto di vista medico-legale non costituisce un elemento sul quale possa fondarsi una rapida e sicura diagnosi di epilessia.

ALFANO. — *Sopra un caso di narcolessia apparentemente essenziale*.

Viene riferito il caso di una bambina colta da crisi narcolessiche con liquor negativo per qualunque alterazione che guarì dopo l'asportazione delle adenoidi di cui era affetta. Seguono considerazioni sui rapporti circolatori tra l'ipofisi e la tonsilla del Lusk.

PILONI. — *Osservazione di un caso di tachicardia parossistica ventricolare alterna*.

Si tratta di una donna di 60 anni senza lue, né reumatismo, morta dopo pochi giorni di degenza in ospedale con elettrocardiogramma alterato (assenza della P.) la cui autopsia diede note di miocardite diffusa.

BERRI — *Sulla febbre esantematica del Litorale Mediterraneo*.

Descrizione e discussione diagnostica di un caso

di febbre esantematica del Litorale Mediterraneo con speciale riguardo ai rapporti fra questa forma morbosa e i dermatofiti murini.

Assistenza fascista, N. 5, Giugno-Luglio 1936-XV - Roma.

A. BONI. — *Assistenza Sanitaria: La tormentata coscienza del Medico*.

Descritti con sentimento d'artista alcuni quadri di malattie incurabili l'A. discute sull'inutile sincerità di dire tutta la verità al paziente quando essa è molto dolorosa e come sia dovere del medico alleviare almeno con l'illusione ciò che non ha potuto fare con i mezzi di cui dispone.

U. SPERAPANI. — *Il certificato prematrimoniale*.

Ricordate le grandi difficoltà che esistono sia dal lato morale, sia in quello pratico all'istituzione obbligatoria del certificato, l'A. auspica che con lo spirito nuovo del Regime Fascista possa attuarsi la carta della salute secondo le norme della Carta del Lavoro, in modo che spontaneamente venga da tutti accettato.

Biochimica e Terapia Sperimentale, N. 11, novembre 1936-XV - Milano.

C. ARDY e L. BELLINI. — *Modificazioni della glicemia conseguenti alla puntura del cuore nella cavia*.

La puntura del cuore, nella cavia, determina una notevole iperglicemia della durata di alcune ore: ad essa segue una ipoglicemia costante e duratura che non scompare neppure in seguito all'iniezione di adrenalina.

R. INDOVINA e V. BEVILOTTI. — *Esosiolisi di sangue normale e neoplastico*.

Gli A.A. hanno studiato la esosiolisi in aerobiosi di globuli sanguigni neoplastici e non hanno constatato che la maggiore produzione di ac. lattico, già precedentemente osservata con soluzione di Ringer glucosata, si verifichi anche con soluzioni di Ringer fruttosata e mannosata.

B. L. VANZETTI. — *I risultati conseguiti in Italia nel campo della chimica organica durante l'anno XIV E. F.*

È la relazione al Congresso delle Scienze in Tripoli del novembre u. s. In esso sono ricordati gli studi della scuola di Bologna sulla struttura delle molecole organiche, quelli sulla struttura elettronica che appassiona valenti chimici; non meno importanti sebbene meno numerose le ricerche sugli equilibri di reazione e nella parte speciale le indagini sulla serie grassa, e sui composti eterociclici.

Critica Medico Sociale, N. 3, dicembre 1936-XV - Roma.

NASSO. — *La patologia del figlio unico.*

Vengono riferiti gli inconvenienti a cui l'ambiente di isolamento e di eccessive premure danno luogo in questi bambini tanto frequenti oggi giorno con sintomi generali ed a carico dei singoli organi e sistemi tracciando la profilassi e la terapia degli inconvenienti lamentati.

PERIGLI. — *Matrimonio ed eugenica.*

Riferite le difficoltà dell'applicazione del certificato prematrimoniale ricorda i danni di certi vizi così detti pietosi e come, seguendo il monito del Duce «andare verso il popolo», l'I.N.A. abbia attuato con le visite mediche periodiche questo programma.

RORAI. — *Educiamo la giovane alla maternità e per la maternità.*

Propone che la giovane candidata al matrimonio venga educata più che istruita all'igiene prematrimoniale della gravidanza, del parto ed alle fondamentali nozioni di puericoltura e di allattamento.

Difesa Sociale, N. 20, ottobre 1936-XV - Roma.

MORI. — *Cause morbigene della maternità legate ad ambiente e materiale di lavoro.*

Sono elencati i quadri morbosi più caratteristici della patologia del lavoro nei riguardi dello stato di maternità e riassunti in recenti contributi della scuola ostetrica italiana.

CASSINIS. — *La medicina dello sport in Italia sul finire dell'A. XIV E. F.*

Affermato come la medicina dello sport rappresenta essenzialmente una medicina preventiva, registra l'incremento sportivo nell'A. XIV, ed espone dati interessanti sulle lesioni traumatiche verificatesi che sono in diminuzione in rispetto agli anni antecedenti.

FAMBRI. — *L'Opera Nazionale Balilla e la prevenzione degli infortuni giovanili.*

Dopo aver ricordato come presso tutte le Nazioni si è ingaggiata una lotta contro la denatalità, rileva quanto siano funesti per l'economia sociale gli infortuni che colpiscono i bambini e gli adolescenti, che soprattutto negli infortuni stradali e domestici danno un alto contributo, chiude auspicando che anche in Italia l'O.N.B. s'occupi della prevenzione e dei metodi per diminuire tali dolorose statistiche.

RAVICINI. — *Note sulla lebbra.*

Tratta della malattia sotto i riguardi storici, patologici, terapeutici e profilattici, per l'opportunità di recare un contributo di conoscenze nell'ambito di un quadro morboso che è di attualità specie nelle nostre nuove colonie.

Difesa Sociale, N. 11, Novembre 1936-XV.

G. PANSINI. — *L'importanza delle cure idro-termali nella tutela dei lavoratori.*

Esposti alcuni dati pubblicati dal compianto Prof. Devoto, l'A. prende in disamina i mezzi con i quali appare possibile la prevenzione della cronicità, soffermandosi specificatamente nelle cure idrotermali ed agli studi che ne documentano l'utilità; giovandosi quindi dei risultati esposti dal Prof. Giaunini al Congresso della Previdenza di Bologna sulla riduzione della percentuale di invalidità, fra individui inviati alle cure termali, passa in rassegna le malattie a carattere sociale e legate al lavoro che più risentono dei benefici di tali cure.

A. MORI. — *Lavoro e maternità.*

L'A. considera i danni che derivano alla maternità da varie cause di lavoro quali gli arnesi del mestiere, gli atteggiamenti coatti del corso che agiscono sulla gravidanza e sul parto attraverso le deformazioni che inducono sulla colonna vertebrale. Successivamente prende in esame le principali malattie infettive e parassitarie soffermandosi specialmente sull'anchilostoma.

E. FAMRI. — *L'Opera Nazionale Balilla e la prevenzione degli infortuni giovanili.*

L'A. accenna a quelle che potrebbero essere le attività future, accordando speciale importanza alla propaganda svolta nell'ambito della scuola primaria rivolge lode all'O.N.B. che ha saputo attraverso ad una saggia educazione alla prudenza, in breve volger d'anni, dimezzare la percentuale degli infortuni tra i propri iscritti.

Difesa Sociale, N. 12, Dicembre 1936-XV.

G. B. ALLARIA. — *Necessità demografiche e politica fascista.*

Prendendo le mosse dall'incitamento del Duce mette in evidenza l'importanza della prolificità per la grandezza ed il potenziamento della stirpe riferendo parecchi dati per distretti agricoli od urbani.

S. MAGGIORI. — *Figli unici.*

Vengono rilevati gli inconvenienti che da tale situazione di apparente privilegio si riflettono sulla psiche e sulla costituzione di tali soggetti, alterazioni che costituiscono la patologia del figlio unico che può essere corretta da una intelligente educazione dei genitori.

P. GAIFAMI. — *Le levatrici condotte nelle città.*

Rileva l'importante funzione sociale delle levatrici illustrando con grafiche il rapporto dei nati vivi con i parti, e propone che venga aumentato il numero delle levatrici condotte con retribuzione proporzionata al lavoro effettivo e con controllo sanitario.

C. GIANNINI. — *Profilassi antitubercolare in regime assicurativo.*

Ricordato come la prevenzione oggi costituisca uno dei compiti prevalenti dei Consorzi Provinciali antitubercolari e dell'Opera Maternità Infanzia d'intesa con l'I.N.F.P.S., conviene nel riconoscere una funzione tecnica previdenziale concreta alle Assicurazioni Sociali nonché alle Assicurazioni private in una coordinazione prevista nella Carta del Lavoro.

L. SPOLVERINI. — *Il problema della pubblica salute: diminuire la mortalità infantile.*

Studia la mortalità infantile ed il suo andamento negli ultimi anni che sono ancora troppo alti per la nostra Nazione con grave nocumento della potenziamento nazionale ed invoca che l'assistenza alla madre e al bambino venga incrementata.

D. OTTOLENGHI. — *Le vaccinazioni dell'infanzia.*

Propone un'ampia vaccinazione della prima infanzia contro la difterite ed il tifo per estenderla eventualmente alla scarlattina ed alla tubercolosi in attesa di passare in un secondo tempo alle vaccinazioni miste se la pratica le consiglierà.

Folia Medica, N. 22, 31 novembre 1936 XV - Napoli.

STEFANUTTI P. — *Delle relazioni fra effetto calorico ed alcuni effetti biologici in vivo ed in vitro delle onde corte ed ultracorte.*

Dimostra una indipendenza tra l'istituirsi di una variazione della velocità di sedimentazione, della glicemia e dalla glicolisi del sangue, e gli aumenti di temperatura determinati da onde herziane di 3 a 15 metri; ugualmente si conclude per le irradiazioni in vitro sul sangue incoagulabile e su pappe di tessuti.

TARSITANO A. — *L'ipercloremia capillare venosa provocata: nuova prova funzionale del metabolismo del cloro.*

L'A. espone i criteri che lo hanno indotto ad ideare tale prova con la somministrazione per via orale di 10 gr. di cloruro di sodio, la tecnica relativa e le prime deduzioni che si possono trarre in individui normali, in nefro pazienti ed in soggetti con versamento peritoneale.

Giornale di Medicina Militare, Fasc. XI, novembre 1936-XV - Roma.

AGOSTINI. — *Considerazioni e rilievi di dermosifilopatia nell'Impero Etiopico* (Contributo allo studio delle malattie dermoectiche in Colonia).

Rilievi clinici e statistici con considerazioni di medicina sociale in rapporto a periodi di permanenza in colonia dell'A. in occasione della vittoriosa campagna militare degli anni 1935-36.

MASSA. — *Malaria e truppe bianche della Somalia italiana.*

Sono studiate le cause che espongono in Somalia i bianchi a contrarre facilmente e con carattere di malignità l'infezione come pure le misure di difesa ed i risultati ottenuti dai provvedimenti profilattici.

FERRI. — *Tipi recenti di autoprotettori e problemi fisiopatologici inerenti all'impiego di questi apparecchi.*

In base agli esperimenti l'A. è favorevole agli autoprotettori a riserva di ossigeno che attualmente offrono le migliori garanzie di funzionamento senza provocare modificazioni sensibili nelle principali funzioni dell'organismo.

Il Baglivi, N. 5, Settembre-Ottobre 1936-XV - Firenze.

L. FERRANINI. — *Un caso complesso di endocrinopatia: neurofibromatosi generalizzata, iposurrenalismo, ipopituitarismo.*

L'illustrazione dell'interessante caso clinico fatta dal Direttore della Clinica Medica di Bari è completata da richiami ad osservazioni affini dello stesso A. e da una analisi antropometrica completa, concludendo per una coesistenza di una poliendocrinopatia anziché a legami causali tra la sindrome sureno-ipofisaria e la neuro-fibromatosi.

P. INTROZZI. — *Sul meccanismo d'azione e su alcune indicazioni cliniche della trasfusione del sangue.*

Dopo aver esposto le molteplici azioni del meccanismo di trasfusione da quella di massa a quella tonico vascolare da quella emopoietica alla emostatica ed anti infettiva, vengono riferite le indicazioni cliniche veramente numerose della trasfusione.

M. LONGO. — *Sull'ipertensione essenziale gravidica e sulla sua questione patogenetica.* (Segue).

Esposti i casi di ipertensione secondaria in gravidanza riferisce dell'ipertensione essenziale gravidica con casi clinici e tracciato il decorso clinico segue le pazienti nell'evoluzione della malattia e negli esiti.

A. GRASSI. — *Su alcuni punti controversi negli interventi sul frenico.*

Circa la tecnica della frenicectomia l'A. propende per il taglio trasversale e rileva l'importanza delle cure postoperatorie e della contemporanea scalenotomia quando si voglia ottenere un rilasciamento della cupola pleurica; è contrario all'alcoolizzazione e favorevole alla frenicofressi.

L'Ospedale Maggiore, N. 11, novembre 1936-XV - Milano.

E. GIANNI e E. RIVOLTA. — *Sui fattori del meteorite.*

Da ricerche pratiche su conigli l'A. ha accertato una maggiore dilatabilità dell'ansa peritonitica e quindi l'esistenza di una perdita di tono dell'ansa da considerare come il fattore primitivo del meteorismo peritonitico; la pressione del gas nel lume e l'anidride carbonica nel sangue refluo confermano tali ipotesi.

F. CASARI. — *Capillaroscopia e costituzione.* (Segue).

Tratta della fisiopatologia dei capillari e della loro morfologia; successivamente nella costituzione passa ad esaminare le diatesi artritiche scrofolo tubercolari neuro-endocrinopatiche, psicopa-

tiche e discrasiche eredo-luetiche e dei metodi di indagine capillaroscopica.

P. ROSSI. — *Alcuni sintomi importanti per la diagnosi di appendicite acuta e criteri per l'intervento operatorio.*

In base ad una statistica di 1128 interventi rileva l'importanza della giusta diagnosi, della coscienza appendicitica distinguendo tre quadri sintomatologici di certezza che corrispondono a tre gradazioni dell'appendicite stessa; le forme anatomiche cliniche degli interventi stessi e quale sia la condotta da tenere dal medico generico di fronte a tali malati.

Varie

CORRISPONDENZA DALL'A.O.I.

Assab, 16 gennaio 1937-XV.

Per quanto la sede non sia tra le migliori, pure posso dirLe con tutta sincerità che molte voci sono errate. Dal settembre al marzo qui si sta bene: soffia il monzone dal mare, vento fresco, e la temperatura non va oltre i 30°. Dall'aprile all'agosto si sta a disagio: il vento si inverte, soffia da terra infuocato dopo avere attraversato il deserto dancalo (pietraia vulcanica) e la temperatura sale fino a 50°, 55°. Nulla però ci manca: ventilatori, ghiaccio, acqua, ecc.

Le condizioni generali della nostra colonia richiamano indigeni dai possedimenti vicini, e molti immigrano dallo Jemen. In Etiopia ci sono molti bei luoghi, specie nelle regioni occupate ultimamente, e può darsi che vada a finire lì se trasferiranno il mio ospedale; infatti è possibile perchè qui è in costruzione l'ospedale civile. Sto imparando parole e frasi tigrine, anche per farmi capire un po' da questa gente che fino a qualche mese fa è vissuta nel completo abbruttimento.

L'ospedale presso cui mi trovo è misto, per nazionali e indigeni. Io dirigo l'ambulatorio ed il reparto chirurgia. In genere ad Assab le malattie prettamente tropicali sono scarse e capitano incidentalmente. In massima parte si incontrano malattie comuni ai nostri climi: malaria, amebiasi, blenorragia, lues. A proposito di questa ho osservato che mentre gli indigeni non hanno che scarsissime manifestazioni, nei bianchi qui contagiati la lues assume un decorso così rapido e violento da dare sintomi nervosi (lues cerebri-p.p.) in pochi mesi.

Mi è capitato qualche caso di *Filaria medinensis* in individui provenienti dallo Jemen. Le ulcere tropicali sono frequentissime. Sto provando vari mezzi di cura onde riuscire a trovarne uno che acceleri la guarigione. La lesione spesso si deterge in breve tempo, ma molto lungo è il processo di cicatrizzazione che arriva talvolta a due mesi: clima tropicale, terreno del soggetto, malattie ereditarie?

Dott. DOMENICO POLIGNONE.

Osservazioni sulla prognosi delle febbri ricorrenti in Addis Abeba

Dott. DANIELE SIBILIA

Sottotenente Medico dell'Ospedale da Campo 193
(Direttore Cap. Dott. G. Toni)

Nei mesi che immediatamente seguirono la conquista di Addis Abeba, si presentarono nel nostro Ospedale, risiedente in quella città, vari casi di affezioni febbrili che avevano per carattere clinico principale la ricorrenza febbrile. Tali affezioni vennero presto identificate come vere spirochetosi, per la possibilità di evidenziare gli agenti specifici e per i risultati della terapia arsenobenzolica.

L'evenienza di notare queste forme è frequente in Abissinia, come si è potuto rilevare specialmente nella scorsa campagna, in quasi tutte le provincie dell'Impero, dove la malattia è apparsa chiaramente allo stato endemico. Nel suo riguardo sono apparsi subito molti problemi da risolvere e qualche variazione da fare a ciò che anche i testi più recenti riportano.

In Addis Abeba non credo siano state ancora pubblicate osservazioni su questa malattia, la cui perfetta conoscenza ha grande importanza rispetto ai problemi igienici della città.

Ho raccolto i casi presentatici durante i primi mesi dell'occupazione, nel lasso di tempo che comprende la stagione delle piogge e il periodo immediatamente successivo, momenti che occorre notare come epidemologicamente sfavorevoli a causa del meccanismo di trasmissione della malattia. Ho così studiato 40 casi di cui alcuni dubbi furono confermati dalla dimostrazione degli agenti specifici.

La percentuale totale della mortalità (20%) può apparire elevata e la prognosi relativamente severa, ma se si consultano in proposito le statistiche antiche e recenti, si nota, del resto, una notevole variabilità di tale percentuale, che oscilla a seconda dei vari tipi della malattia, delle regioni e delle popolazioni in cui fu studiata e anche, nella stessa regione, per fattori molteplici.

Le percentuali più basse sono attinte dalla febbre ricorrente Europea (1-5%), dalla Nord-Africana (5%), dalla Mancinuriana (5%), ecc.; le più alte nelle epidemie Russe (14%), nella cosiddetta tifoidea biliare Egiziana (10-20%), nella forma Indiana (30-40%) ecc.

Nell'A. O. I. si va dalla mortalità riscontrata da Reitani e Parisi in Somalia (1,5%) a quella di Costa nel Tigrà Orientale (30%).

Come si vede, queste cifre, per l'ampiezza della loro fluttuazione, mostrano che la prognosi della febbre ricorrente ha molti fattori di variabilità.

Nei nostri casi è poi necessario far presente molte speciali condizioni. Anzitutto i malati (il nostro Ospedale è per truppe di colore, il più ampio della città) erano costituiti da militari che avevano sopportato (e come gloriosamente) le fatiche della guerra e i disagi di tutta la campagna. Il loro organismo era certo severamente provato dalle marce prodigiose, dalla fame e dalla sete sofferte, dagli sbalzi di temperatura e di clima a cui si erano sottoposti: in una parola da tutto quello che è il « surmenage » imposto dalla guerra.

Quasi tutti i battaglioni erano poi ancora continuamente impegnati nelle operazioni di rastrellamento, talora a considerevole distanza dalla città. I malati venivano a trovarsi così non precisamente nelle condizioni ideali di tempo e di luogo per un pronto riconoscimento ed intervento terapeutico, fattori che, come vedremo, hanno un ruolo importante nel modificare la prognosi. Ci giunsero così malati al 2°, 3°, 4° accesso febbrile, in condizioni spesso precarie, e su cui la cura specifica non poté avere sempre l'efficacia che le compete.

Alcuni casi che si ebbero invece fra il personale stesso dell'Ospedale ed anche in un subalterno medico, ebbero esito senz'altro favorevole per il tempestivo riconoscimento ed intervento conseguente. Quindi ci appare subito come il depauperamento organico e una diagnosi

ritardata intristiscano la prognosi. Il ritardo nella diagnosi è dato dalla possibilità di scambi ed analogie morbose. Occorre anzitutto in qualunque regione dell'Impero, dinanzi ad una forma febbrile non chiara, specie se itterigena, pensare alla possibilità, sempre immanente, di una spirillosi, senza aspettare il dato clinico della ricorrenza, che nelle prime epidemie anglo-irlandesi (1826) le valse appunto il nome di relapsing-fever.

Del resto in alcuni nostri casi il fenomeno ricorrenza è talora mancato o apparso atipico, in alcune forme speciali e nelle infezioni miste, specie malaria.

I nostri casi si possono benissimo classificare secondo questi tipi clinici :

Ricorrente lieve monoaccessuale (ricorrente senza ricorrenza) ;

Ricorrente tipica ;

Ricorrente di tipo tossico-setticemico ;

Ricorrente proporzionata (infezioni miste).

L'esordio, per quanto ci fu dato ricostruire, fu quasi sempre brusco e così costante il brivido iniziale ; sintomi che agli antichi facevano appunto considerare la m. in questione come una forma di malaria con accessi atipici per un notevole prolungamento dello stadio del calore. Lo scambio diagnostico più frequente è difatti con la malaria, tanto più che questa figura spesso nell'anamnesi patologica degli indigeni.

La prognosi della forma monoaccessuale, che notammo nel 15 % dei casi, è la migliore. Mi sembra però che oltre a una particolare impronta clinica di benignità, questi non siano spesso che casi prontamente riconosciuti e trattati.

Il dubbio di una infezione malarica sarà da eliminarsi oltre che con mezzi di laboratorio, decisivi, ma spesso non a portata di mano, anche con dati clinici. L'assenza di precedenti malarici, un doppio doloroso tumore molle epatosplenico, le intense artomialgie che si presentano costantemente e tanto da offrire talora dei vivaci quadri di pseudo reumatismo, un ittero quasi sempre rilevabile, anche se qualche volta attenuato ; tutti questi sono dati che insieme all'osservazione epidemiologica fanno sospettare seriamente la f. ricorrente.

Vero è, come si disse, che specialmente gli ascari, hanno da raccontare frequentemente una lunga storia di febbri intermittenti del tipo malarico, storia di cui si può sospettare il seguito, ma rimangono gli altri dati clinici. Del resto anche nella forma monoaccessuale si notano spessissimo lievi rialzi febbrili o subfebbrili che accennano a ricorrenze mancate, veri accessi abortivi.

Questi in fondo sono casi fortunati che si hanno per lo più in organismi con validi poteri di difesa e capaci di sopportare un'intensa cura.

Ci furono anche casi monoaccessuali a decorso gravissimo, che ho classificato nel III gruppo e di cui parlerò in seguito.

La maggior parte delle forme si presentano però negli aspetti tipici ricorrenziali. Si notano per lo più 3-4 accessi dai due ai dieci di lunghezza e a intervalli molto variabili. In generale la temperatura segnò quasi sempre cuspidi pomeridiane più accentuate, specie come vedremo, in soggetti malarici. In genere gli accessi col proseguire della malattia si distanziano maggiormente fra di loro e si alternano, sostituiti talora da lievi cuspidi febbrili periodiche (fino a 20, Asfaù Malanù). Le riprese febbrili appaiono poi legate anche alla tecnica terapeutica. Un intervento tardivo, delle dosi deboli o per via intramuscolare piuttosto che endovenose, o troppo distanziate o non ripetute, favoriscono il ripetersi degli accessi.

Con la terapia mista arsenicale-bismutica, Scaffidi ha notato in Asmara un mezzo efficace per impedire il ripetersi degli accessi e soprattutto per la sterilizzazione biologica. Associando anche io preparati bismutici, non come terapia d'attacco, ma di sostegno, ho notato, un decorso particolarmente favorevole.

Avemmo anche modo di confermare spesso ciò che osservò Doreau nella ricorrente abissinica, che cioè durante gli intervalli permane spesso uno stato di malattia per la mancanza di ripresa organica.

In generale nel quadro non mancò mai l'ittero, solo in pochi casi subittero ; esso deve essere considerato pertanto uno dei sintomi cardinali della malattia. Quasi sempre esso com-

pare nei primissimi giorni e scomparire con il migliorare della malattia e il diradare e attenuarsi degli accessi; perciò non deve essere senz'altro considerato un elemento prognosticamente sfavorevole.

Fegato e milza si mostrarono sempre ingrossati, talora soltanto uno di essi sede prevalente del dolore; spesso con un vero stato di iperestesia cutanea.

Fenomeni oculari, da taluno frequentemente riscontrati, furono in genere scarsi, ove si eccettuino un'iperemia e un catarro della congiuntive. Qualche volta la cefalea, la rigidità dolorosa vertebrale e lo stato generale richiamavano fatti di meningismo tossico (V. osservazioni di Scaffidi in Asmara). Uno stato tossico fu del resto quasi sempre evidente, specie, nel primo accesso; esso tuttavia nei casi favorevoli scomparve rapidamente sotto la cura specifica.

Fenomeni morbos respiratori furono quasi costantemente presenti e andarono da reperti di bronchite diffusa, quasi sempre basale, a focolai broncopolmonari (5 casi) a vere polmoniti (1 caso); complicazioni queste che aggravano notevolmente la prognosi, rendendo talora atipico il decorso e sostenendo febbri continue o continuo-remittenti.

I fenomeni osteoartomialgici furono, come dissi, sempre presenti e vivacissimi, da ricordare quelli della spirochetosi diffusa che si ha nel II periodo della lue, anche per qualche asserita esarcebazione notturna.

In un caso comparve parotite *D* non suppurativa.

Fenomeni emorragici si osservarono facilmente. Un epistassi si presentò nel 50% dei casi, spesso all'inizio.

Sintomi a carico del sistema digerente nemmeno furono rari (anorressia, vomiti ecc.).

La convalescenza, come notò anche Doreau, nel suo lavoro sulla tick-fever abissinica, fu rapida per il pronto risorgere delle forze, specie in soggetti non tarati. Infatti dal Reparto Medico non furono inviati nel Reparto Osservazione, per provvedimenti medico-legali, che un solo ascaro, vecchio malarico.

La mortalità in questi singoli tipi fu scarsa (2%).

Alcuni casi poi si sono distinti per l'intensità dei sintomi e per l'atipia della temperatura che spesso accenna appena ad una remittenza. Ad es.:

Gherar Bairù 21 anni. Nell'anamnesi figura una vecchia malaria e un'infezione luetica trascurata.

E. O. Soggetto in scadenti condizioni di nutrizione. Sensorio stuporoso. Polso 90 molle aritmico. Sclere intensamente itteriche. Lingua secca fuliginosa. Fatti congestizi alle basi polmonari. Toni cardiaci deboli. Epato e splenomegalia dolorosa. Urine itteriche. Obitus dopo 6 giorni.

Quadro perciò ad impronta perniciosa, che si ripeté con varianti singole in altri quattro casi terminati con l'obitus; quadri con stato tifico e impronta biliare che si possono paragonare e identificare con quei casi di tifoide biliare descritti da Griesinger in Egitto e già da lui sospettati di origine spirochetica. Sono questi i casi a prognosi più severa. In queste gravi forme per lo più si perde la tipica curva febbrile che appare invece come continuo remittente o intermittente con talora appena accennati i singoli accessi febbrili.

Si tratta in genere di individui tarati, per lo più malarici. In un caso (Terù Adamù) l'aspetto generale e la tendenza emorragica veniva a ricordare la così detta sindrome amarillica della febbre gialla.

Nei casi poi di infezioni miste con malaria, l'aspetto della febbre è spesso intermittente-remittente. In un caso (Aftai Amdè) dopo un periodo di febbre del tipo suddetto, sotto cura chininica si ritornò alla tipicità con due accessi ben distanziati, stroncati poi con la cura arsenobenzolica.

In generale l'infezione malarica aggrava la prognosi per l'intristire delle condizioni generali e per la lesione della milza organo che nella ricorrente ha un notevole ruolo (Soudakewitch). Così anche la lue non dovrebbe che aggravare la prognosi. Occorre osservare però che un'impregnazione luetica si deve considerare presente in quasi tutti gli indigeni, ma, come già si osservò nelle nostre antiche colonie, la lue ha una scarsa tendenza viscerotropa e non

influisce molto sulle condizioni generali del male. Gli stessi abissini la considerano come una qualsiasi malattia da cui possono guarire con poche endovenose. A fenomeni esterni scomparsi essi si sentono bene e si ritengono perfettamente guariti senza bisogno di una *sterilisatio magna*.

A ciò concorreranno ragioni di biologia del virus, le abitudini locali che non contemplan il fumo e un vero alcoolismo, la speciale reattività cutanea razziale e acquisita per il modo di vivere e di vestire, forse l'impregnazione malarica e altri fattori più o meno chiari.

In conclusione la febbre ricorrente devesi considerare endemica in Addis Abeba come del resto in ogni provincia dell'Impero. Ove si eccettuino alcune forme cliniche di particolare impronta tossica, si può dire che la prognosi della malattia è legata alle condizioni dell'individuo e soprattutto a un tempestivo intervento. Occorre sempre tener presente la possibilità della malattia senza confondere per l'esordire degli accessi con forme di malaria; per l'ittero con altre angiocoliti e con il metodo di Weil; per i fenomeni respiratori; con infezioni grippali (1); per i fenomeni generali con dermatofite ecc. (Ricordare le difficoltà di riscontrare negli individui di colore alcuni fatti cutanei!).

È importante ricordare che con il dermatofite la febbre ricorrente ha poi in comune il mezzo o almeno « un » mezzo di trasmissione. Trattati anche aggiornati classificano la ricorrente abissina come una tick-fever, febbre da zecche (gen. *Ornithodoros*) per l'argaside ritenuto specifico veicolo del virus tropico-africano (Abissinia, Madagascar, ecc.), ma in quest'ultimo periodo si è osservato e dimostrato che in molti casi l'agente trasmettitore è costituito dal pidocchio (Angelini, Scaffidi, ecc.). Anche nei casi osservati in Addis Abeba non ho potuto trovare presso i malati altri parassiti che pidocchi, abbondantissimi, in cui ho riscontrato le spirochete, e che pertanto devono essere imputati come trasmettitori.

In zone più basse (Lasta) ho osservato una epidemia di ricorrente in un villaggio indigeno dove erano abbondanti gli argasidi specifici. Riguardo a questi problemi occorre uno studio più completo di cui mi sto occupando; certa è la possibilità di trasmissione del pidocchio.

Voglio infine far osservare come gli stessi indigeni distinguano due forme che si possono indentificare come ricorrente. Di esse una è la tipica (oibà) con ittero febbre periodica ecc., ed un'altra da essi chiamata uoichei (in cui potrebbero però essere confusi alcuni gravi casi di malaria ecc.), di prognosi oltremodo severa, e che si può sovrapporre ai nostri casi ad impronta pernicioso, e forse con la tifo-biliare egiziana di Griesinger.

Riassunto. — L'A. descrivendo per primo casi di febbre ricorrente in Addis Abeba nell'anno XIV, ne valuta la prognosi in base ai tipi clinici, alle condizioni individue e agli altri fattori interferenti.

Addis Abeba, Anno I dell'Impero.

BIBLIOGRAFIA

- BRUMPT, *Proc. de Pat. Trop.*, Masson, 1927.
 CASTELLANI, *Man. Of. Trop. Dis.*, 1916.
 » e RHO, *Mal. Trop.*, I. B. I., 1931.
 CONFALONE, *Cenni ep. sul tifo Ric. in Erit.*, G. M. M. VII, 1936.
 FERRI-LUZZI e ROSI, *Contr. alla Nos. dell'Harr.*, G. M. M., X, 1936.
 FRANCHINI GIORDANO, *Pat. e Par. dei Paesi Caldi*, 1915.
 FRUGONI, *Le Spir.* (da Lustig).
 GRIGNONI, *Geogr. Med.*, Lib. Prov., 1926.
 IZAR e CRUVERI, *Nos. delle nostre col.*, 1935.
 LOJEUX, *Proc. de Med. Col.*, Masson, 1931.
 LE DANTEC, *Proc. de Pat. Ex.*, Doin, 1929.
 MEYER, *Malattie esotiche*, Utet, 1926.
 MEUSE, *Mal. Trop.*
 MARTOGGIO, *F. Ric. Afr. C. M. M. T. II*, 1931.
 RIBOLLA, *Mal. Trop.*, 1936.

(1) Una circoscritta epidemia grippale avemmo modo di osservare fra i Somali della Guardia Vicereale. La quasi totalità di costoro fu ricoverata presso di noi per forme, talora gravi, in cui dominavano costantemente il quadro intensi fenomeni respiratori, talora a tipo congestizio-edematigeno. Frequenti (talora due-tre) le ricadute; fatti che si spiegano certamente con una ipereattività respiratoria dei Somali giunti da poco in Addis Abeba e non abituati alla temperatura ed all'altitudine.

CONTAGI E DISINFEZIONI

*Conferenza divulgativa per il Dopolavoro
marinaro fatta a bordo del piroscafo « Maiella »*

A prima vista il contagio sembra qualche cosa d'inafferrabile, un fluido malefico, che lungi dal controllo dei sensi, passa da uno ad un altro individuo con velocità impressionante spargendo la malattia e la morte. Il pregiudizio ne depose la causa in forze ultraterrene: genio malefico, iattura, fato, scorazzanti nel mondo ai danni dell'umanità; ma non isfuggì ai più accorti il sospetto della presenza reale di contagi vivi e, prima ancora della loro scoperta, la riflessione e l'intuito videro nel materiale inquinato e nell'essere infetto la provenienza di essi. E assai eloquente il concetto del nostro Fracastoro, che fin dal 1500 affermava che « Le vesti portate da un tisico comunicano il male, anche dopo due anni; il similgiante si dice della camera da letto, dei pavimenti ove un tisico sia morto, in tali oggetti pertanto conviene ritenere che restino dei semi contagiosi ». Ma venne il secolo delle grandi scoperte sperimentali e dal sospetto si passò ad indagini che portarono alla conoscenza dei contagi per seguirne le vicende, modificarne il maleficio, fino ad imprigionare la maggior parte di essi in norme generali e particolari di profilassi studiate e confermate dalla moderna Igiene.

E relegato alla storia il triste ricordo di spaventose epidemie, che afflissero l'Umanità decimandola di numero con diffusione sbalorditiva e, mentre il colera dell'84 a Napoli mieté vittime a centinaia al giorno, quello del 1910 a Bari dovette ben presto cedere ai mezzi energici di repressione con scarsissimo bottino umano.

Vero è che vi ha contagi complessi e veramente imponderabili finora non bene identificati per alcune malattie infettive: morbillo, rabbia, vaiuolo ecc.: trattasi di modalità di tecnica e di germi che vanno al di là della portata degli attuali mezzi d'indagine, e però sono conosciuti col nome di virus filtrabili, di ultra-virus, in attesa di ulteriori accertamenti, che ne mettano in evidenza le note peculiari di forma e modalità di vita. Il mondo degli esseri microscopici, i quali si agitano, lottano e vivono parassitariamente sulla materia organizzata e vagano a tonnellate nell'atmosfera, sulla superficie del suolo e delle acque in forme svariate, è in parte conosciuto e vi si distinguono tra essi i patogeni, capaci di assalire l'organismo umano e produrvi l'alterazione, la malattia per contagio; mentre ve ne sono d'indifferenti detti saprofiti e per fino degli utili e necessari alla vita: i fermenti. La essenza dunque dei contagi è riposta nella vita di elementi cellulari piccolissimi, di natura animale e vegetale, viventi numerosi, come si è detto, nell'ambiente con immensa varietà di forma: cocci, bacilli, spirilli, muffe, protozoi ecc.: con modalità immense di aggruppamenti, di riproduzione, di vita nella stessa specie, per cui possono trovarsi isolati in culture pure o in associazione con altra specie (simbiosi); attenuarsi spontaneamente ed artificialmente, dando manifestazioni frustre di malattie o divenire virulenti con lo stesso meccanismo, minacciando fulmineamente la vita. Alcuni limitano la loro attività a speciali latitudini (contagi esotici), a determinate età (infezioni della fanciullezza), a condizioni di clima e di suolo (malattie endemiche). Altri invece non conoscono limitazioni di tempo e di spazio dstando vere pandemie. Ed assumono forme labili, di transizione con ciglia, capsule, nuclei o forme resistenti dette spore, insidiose quanto altri mai, per la loro vita quasi latente, che sfida secchezza, temperatura, inanizione, per tornare poi in condizioni propizie allo stato vegetante e virulento anche a traverso anni.

I contagi sono di origine ancestrale e, voler risalire alla genesi prima attraverso il tempo e lo spazio è opera vana; il microscopio non più di un secolo fa, palesò ai nostri sensi queste nuove forme di vita inesplorata, unicellulare, segnando la fine di aspre polemiche

tendenti a negare od ammettere il contagio come causa efficiente di malattia infettiva. Purtroppo i contagi esistono ed attaccano non solo l'uomo, ma pur anche gli animali e le piante, hanno un mondo a sè e lottano anch'essi per l'esistenza per assicurare con la riproduzione l'eternità della specie nel ciclo evolutivo della materia vivente. Penetrano nel corpo attraverso le aperture naturali, la pelle, le mucose e gli orifizi accessori; vivono da parassiti e si moltiplicano, trovando condizioni favorevoli, non senza aver ingaggiata una lotta con le reazioni e le difese date dagli umori e dagli elementi cellulari dell'organismo aggredito; ma invisibili come sono, riesce difficile seguirne il moto con cui si spostano da un punto all'altro per assalire. Sappiamo che vi sono covi di contagi esterni, i quali sulla via di adatti veicoli vengono introdotti ed attaccano, come è naturale, i punti di minore resistenza, dove si consigliano le massime precauzioni (profilassi individuale). Se il nostro occhio avesse la portata del microscopio, con quanto maggior discernimento potremmo guardarci dai contagi, che tentano assalirci per tante vie. Ma purtroppo avvenuto il contagio da vie sconosciute, l'uomo malato diventa centro di contagio conosciuto con tutto ciò che viene a contatto e proviene da lui: oggetti personali, suppellettili di uso ecc. I convalescenti, i familiari stessi sono pericolosi nell'apparente stato di sanità, perchè portano aderenti germi vivi sulla pelle, sulle mucose, sugl'indumenti capaci di trasmettere la malattia agl'indenni, risparmiando essi portatori: basta lo starnuto, il bacio, il colpo di tosse, un contatto qualunque, perchè il contagio parta dal suo covo a colpire senza sospetto la persona che si trova nell'ambito dell'aggressione. È risaputo in fatti che nel tossire senza le dovute cautele vengono proiettate particelle di escreato fino alla distanza di un metro e la grippe, la meningite epidemica, la tubercolosi ed altre infezioni vengono seminate allo stesso modo; lo stesso dicasi per lo scambio imprudente di fazzoletti, di bicchieri, di giocattoli, che da innocenti oggetti di uso, possono assurgere ad insidiosi veicoli di gravi infezioni, quando il contagio si attacca tenacemente ad essi e trova terreno adatto al suo sviluppo. Per questa ragione nell'ambiente di famiglia si stabilisce alle volte un contagio direi cronico, che si perpetua di generazione in generazione: il così detto contagio familiare sempre sconosciuto, le cui gesta micidiali sono sventate dalla scienza, dopo averne scovata l'insidiosa propagine.

Così la cerchia dei contagi si allarga per vie dirette ed indirette, a traverso la saliva, gli espettorati, la desquamazione di pelle ed anche per contatti di ospiti intermedi animati od inanimati depositari o eliminatori di germi contagio. Non desterà meraviglia quindi la trasmissione di certe malattie dovute a contatti in apparenza strani: quelli per esempio aderenti alle monete, alle merci e ad altri mezzi di scambio ed uso, diversamente sarebbe impossibile spiegare come certe malattie potessero avverarsi, quando meno si pensa: sarà responsabile la mosca che ha fatto da spoletta tra il contagio ed il corpo, la mano inquinata e creduta sterile portata alla bocca inconsciamente, sarà la verdura concimata con materiale stercoreo e consumata cruda; sarà il latte od altro alimento capace di conservare vivo ed attivo il contagio su di esso capitato, certo si è che le vie indirette si prestano maggiormente alla diffusione dei contagi, come quelle che passando per diverse tappe di contatto in contatto vanno ad infettare l'organismo, anche quando è sparito il fomite principale; mentre i contagi diretti sono più conosciuti, più facilmente evitati e nella loro virulenza parecchie volte rimangono sterili per il solo fatto di non essere caduti su organi e tessuti recettivi. Di fatti che volete che faccia il gonococco agente della blenorragia se capita sulla pelle? o l'acaro della scabbia pervenuto nel sacco lagrimale o sulla mucosa della bocca? o lo pneumococco della polmonite, che raggiunga lo stomaco invece della mucosa bronchiale?

Altri veicoli più estesi può avere il contagio per aggredire l'organismo e compiere senza essere sospettato le sue gesta devastatrici; e qui mi sia permessa una digressione in proposito su di un nemico poco temuto « la polvere » vagante nell'elemento gassoso che c'involge. Ogni ambiente ne contiene un massimo ed un minimo nelle 24 ore di diversa qualità, basta uno spiraglio di luce solare nell'oscurità per metterne in evidenza anche minime tracce: il vento, la pioggia, il movimento contribuiscono a spazzare, a trasportare quell'impalpabile materiale da un punto all'altro e in ridda fantasmagorica agitare forme cristalline ed amorfe,

solubili ed insolubili, caustiche ed aguzze, agenti che portano contagi e morte (batteri) e germi di vita (semi invisibili) e pollini fecondi, e migrano e si depositano per rialzarsi ed inseguirsi e addossarsi fantasticamente come in una tempesta di neve sotto le leggi di gravità e di spinta. Intanto la cameriera con la scopa ed il piumino crede di togliere la polvere dai pavimenti e dai mobili per fare pulizia; ma senza un'aspiratore a disposizione o di uno strofinaccio umettato, non riesce che ad innalzare vere nuvole di polvere ed ottenere semplicemente un cambio di domicilio con l'aggravante di attirarne buona parte nelle proprie vie respiratorie con quanto grave pericolo è facile immaginare.

Ma torniamo ai contagi. Sembra impossibile ed incomprensibile il riaccendersi ed il facile propagarsi di estese epidemie, senza ragione visibile ed apprezzabile all'occhio profano; ma quando si pensa al numero sterminato dei contagi vivi circolanti, i quali da certe condizioni possono trovare facilità di rigoglio, di riproduzione, di trasporto sulle ali dei grandi veicoli: aria, acqua, mercanzie, traffici, si spiega come dalle necessarie relazioni e contatti, le popolazioni possono senza volerlo rimanere vittime dei più svariati contagi epidemici in opposizione di quelli che più lenti e scarsi determinano i casi sporadici. Il superficiale osservatore non trova sufficienti spiegazioni all'avverarsi di certe malattie, per la maniera errata di intendere alcune verità, che meritano la massima attenzione. Una ferita che tende a cicatrizzare, di solito suppara, diventa erisipelatosa, difterica con ripercussione sullo stato generale e mette in pericolo la vita... ma si è dimenticata la facilità con cui è stato spazzato il materiale di medicatura occorso, in ambiente polveroso, adagiato su mobili sporchi, con mani senza neppure una preliminare sciacquatura al sapone. Un bambino in pieno vigore di benessere ammalava piuttosto grave per cause sconosciute, la malattia viene dichiarata infettiva e... neppure si ricorda che è stato baciucchiato in bocca da persona con lesioni trasmissibili oppure gli si è porto quel pezzo di pane caduto a terra e consumato dopo una sommaria scrollata pel grossolano terriccio attaccato, carico forse dell'agente specifico della malattia, che lo ha colpito. E così passano insospettiti i veicoli più comuni nei necessari contatti con la bocca, con le altre parti del corpo, con gli indumenti, mentre col grattamento e con lo strofinio s'innesta il foruncolo, l'erisipela, il carbonchio, l'ascesso ecc. E la puntura insignificante di quel chiodo che ha determinato il flemmone ed il tetano? E la sifilide trasmessa per baliatico mercenario, quando la nutrice pareva spiccasse con le migliori espressioni di salute e... potrei continuare. Questi fenomeni di amnesia sanitaria, facile a riscontrare sviano il nesso esistente tra contagio e malattia, specialmente quando il tempo che intercede tra la penetrazione del contagio si protrae al di là di certi limiti; questo limite, conosciuto in arte col nome di periodo d'incubazione, rappresenta il primo cozzo tra contagio ed organismo, il più propizio per iniziare la lotta, potendo in questo elasso ottenersi il massimo successo della cura, che diciamo abortiva, come quella che è capace di spegnere l'incendio alla prima favilla. Errata perciò è la preoccupazione di quelli, che subito dopo un contatto sospetto credono di aver contratta l'infezione e lavorano di fantasia credendo di avvertire i primi sintomi, senza pensare al periodo d'incubazione, proprio di ogni malattia. Non mi dilungo nei particolari che mi porterebbero fuori traccia e veniamo a quella specie di contagio, che parte ed entra nel nostro corpo: all'autocontagio; questo riguarda le reinfezioni, le infezioni così dette focali ed i portatori di germi. Nell'infezione focale la malattia si manifesta per particolare attrazione (tropismo) in un punto lontano dal focolaio di contagio esistente nello stesso organismo, di dove per le vie circolatorie in modo continuo e periodico vengono forniti germi fino a che persiste il focolaio principale; qualche cosa di diverso però di quel fenomeno che conosciamo col nome di metastasi, per la quale i germi vanno a stabilire lontane stazioni della stessa entità morbosa, mentre qui la manifestazione è diversa e sparisce appena sottratto il fomite centrale. Recenti studi hanno assodato che la blenorrea può dare ripercussioni a distanza di sinoviti, endocarditi; le infezioni tonsillari determinare nefriti ed artriti; così le malattie dei denti e della bocca: iriti, tromboflebiti, reumatismo articolare. E chi sa quante malattie ancora sono date da centri focali, che diramano subdo-

lamente a tutto il corpo manifestazioni di diversa natura, che poi lasciano nell'incertezza il ministro dell'arte salutare, quando deve diagnosticarle e curarle.

Nei portatori dei germi il contagio tace nel loro organismo: sarà per acclimatazione o per attenuazione di germi, sarà perchè i poteri di reazione e di difesa nell'organismo sono esaltati; certo si è che l'invasione e la proliferazione degli agenti infettanti è mantenuta a bada; avviene spesso però che, ove viene a rompersi l'equilibrio tra la virulenza del germe e la resistenza delle difese immunitarie, si avvera conclamata la malattia per autocontagio.

L'immunità è sempre qualche cosa di relativo ad individui per così dire privilegiati, i quali per quanto esposti ai contagi, ne restano immuni (contagi inerti); mentre altri vi sono particolarmente predisposti (contagi a ripetizioni), come quelli che, trovando condizioni favorevoli individuali, colpiscono più volte, quasi intenzionalmente sempre la stessa persona. In aggiunta a questi potremo anche citare i contagi che non ritornano, per quelle malattie che si hanno una volta sola e ciò per anti corpi che si oppongono, fabbricati dall'organismo infetto, il quale diventa refrattario alla stessa affezione (vaccini). Vi sono però ancora condizioni che possono rendere predisposto l'individuo in apparenza refrattario: queste condizioni sono riposte in alcune modalità biologiche, che mantengano a bada il contagio o lo favoriscono. Non basta che dieci, cento germi raggiungono una volta sola il nostro corpo per determinare l'infezione, ma ne occorre una quantità adeguata (carica batterica), la quale lotti e si affermi nell'organismo invaso, quantità che si accumula per contatti prolungati e continui, come può ridursi per diluizione del materiale infetto. Con tale meccanismo si avverano molto frequenti i contagi professionali e famigliari, specie poi se da parte dell'organismo vengono a stabilirsi condizioni d'inferiorità per diminuita capacità funzionale e scarso potere di difesa. Sappiamo che i piccioni sono refrattari al carbonchio, per il grado di temperatura del corpo, ma raffreddati che sono l'innesto riesce positivo: Stanchezza, maltrattamenti, inedia, convalescenza, patemi di animo ecc. costituiscono altrettante cause occasionali, che propiziano la vittoria dei contagi e rendono così anche conto, come due individui esposti, uno ammala e l'altro resta immune nelle stesse apparenti condizioni di contagio. Molti confondono la causa occasionale di una malattia con la causa efficiente e fanno risalire per esempio una polmonite unicamente all'agente perfrigerante, dimenticando lo pneumococco ed il diplococco unici agenti del male; parlano di vermi intestinale e subito mettono in ballo la paura, ma trascurano di risalire all'uovo contenuto nel formaggio, nella verdura cruda, molte volte attaccati ad animali domestici con cui i bambini hanno facile scambio. Mi avventurerei in labirinto inestricabile di teorie e di dottrine, se per poco volessi sfiorare anche per sommi capi la questione intorno alla predisposizione ed alla refrattarietà dell'organismo agli agenti contagiosi; il fatto esiste ed offre anche esauriente spiegazione del come non sempre all'aggressione dei contagi segue la malattia: certo la raffica dei contagi in tempo di epidemia investe tutti ugualmente, ma i refrattari rappresentano un terreno sterile, dove i germi non trovando il loro abitato preferito restano inerti, alcuni muoiono, abituati a vivere in terreno alcalino, altri acido, altri ancora fuori il contatto dell'aria (anaerobi). Da parte dell'organismo poi gli epiteli, i tessuti, il fegato, la milza, il midollo osseo, le glandole linfatiche, oltre ad avere una funzione propria, servono a proteggere contro gli agenti vulneranti e con i succhi organici, le reazioni umorali offrono una barriera all'invasione dei contagi per la loro spiccata azione battericida. Guai! se i contagi, da cui siamo circondati, dovessero sempre essere fecondi; non vi sarebbe persona risparmiata dal male. Oramai le incognite sui contagi sono ben poche: conosciamo la serie dei nemici nella loro possibilità di nuocere, le sorgenti, i veicoli, gli organi che predilige, le vie di penetrazione, per cui il solo fatto di essere aggrediti non costituisce sconfitta, avendo a disposizione potenti mezzi difensivi ed offensivi dentro e fuori di noi da metterci in grado di affrontare con vantaggio la lotta con i contagi. In proposito Natura provvida ha contrapposto pronta e vittoriosa organizzazione difensiva cellulare ed umorale per far fronte alle cause perturbatrici della propria economia; l'arte poi, seguendone le tracce, ha saputo creare e rinforzare queste difese, qualora venissero a mancare o fossero deficienti: ha perfino scagliato contagi contro contagi a

scopo di cura, e la malarioterapia per la paralisi progressiva ne è l'esempio più luminoso. Ma, il volersi trincerare sulla eventuale immunità naturale, per avventurarsi in mezzo ai contagi, quando potrebbero sopravvenire impreviste condizioni d'inferiorità organiche, di ricettività per un dato contagio, specie se in dose massiva e virulento, certo è imprudenza somma che le conoscenze sui contagi mettono in grado di evitare.

Alla immunità naturale od acquisita, spesso incerta, relativa e temporanea, bisogna aggiungere tutti i suggerimenti che la scienza fornisce, costituendo i contagi pericolo permanente per tutti; questi suggerimenti si riducono principalmente a tre: 1° Fuggire il contagio; 2° Premunirsi contro di esso; 3° Combatterlo energicamente, da neutralizzarne i deleteri effetti.

Il primo riguarda norme d'isolamento e di sequestro del fomite principale, da cui emana l'infezione; l'altro si esplica con la vaccinazione e la sieroterapia, che procurano l'immunità attiva e passiva, opponendosi con forze antagoniste come veri anticontagio; il terzo, di cui intendo occuparmi, agisce direttamente sui germi ed è costituito dalla potenza delle disinfezioni e disinfestazioni, queste ultime sono dirette proprio contro gli ospiti intermedi, pericolosi depositari di contagio, per cui se ne impone la distruzione; i più terribili flagelli vengono portati inconsciamente e diffusi da essi. La peste per esempio è spesso importata da ratti infetti, il tifo petecchiale dai piolocchi, la malaria dalle zanzare, la tripanosomiasi dalla mosca tsé-tsé, lo stesso dicasi di altre infezioni, date da cimici, blatte, mosche ed altri insetti che fanno schifo per sé stessi. Molti ospiti intermedi vengono introdotti da noi stessi con gli alimenti: tra essi mi piace accennare alle ostriche infette di tifo e di colera, alle carni panicate, insaccate o comunque contenenti germi di elminti, botulismo, carbonchio, tubercolosi e via.

La disinfestazione è relativamente facile, trattandosi di macroparassiti che cadono sotto i nostri sensi e dei quali si conoscono le abitudini: si esegue con la caccia spietata mediante trappole e veleni, con gas di solfo, di formolo, acido prussico, solfuro di carbonio ecc. occorre però la massima prudenza nell'adoperare questi mezzi insidiosi e tossici potendo inconsapevolmente nuocere agli animali domestici ed all'uomo. Vi sono squadre di disinfestatori capaci e ben attrezzati che la eseguono con molta capacità ed efficacia.

La disinfezione attacca direttamente ed indirettamente il germe stesso distruggendolo o mettendolo in grado di non poter più nuocere: nel concetto di disinfezione si comprende l'asepsi e l'antisepsi. Nel primo si ha la completa sicurezza di sterilizzazione, l'assenza completa di ogni germe di vita, mentre il turbinio di essa nel tempo e nello spazio forza con le sue fecondità ogni opposizione per affermarsi: «vivere» è il motto possente della Natura; ecco perchè lo stato di sterilità perfetta è difficile a conseguire e mantenere, stante i contatti che d'ogni parte tentano stabilirsi per accendere la vita dove essa tace. Solo nelle estreme temperature non è possibile la vita, con la differenza che il calore positivo agli alti gradi distrugge ogni manifestazione di vita; mentre su quelle al disotto dello zero non si può fare molto affidamento, capaci di arrestare lo sviluppo e l'attività del germe, germe che potrà ripristinare tutta la sua efficienza, qualora la temperatura bassa venisse a mancare.

L'antisepsi invece (ove non è possibile l'asepsi) si contenta di sottrarre germi, attenuarne la virulenza, impedirne la riproduzione, la mobilità, creando ad essi difficoltà di vita con la serie sterminata dei disinfettanti. Il disinfettante è dunque un'arma preziosa in mano però di quelli che sanno usarla con accorgimento e competenza; mentre diventa inoffensiva e perfino dannosa, quando, non conoscendo il modo di servirsene, si crede di poter fare affidamento sulla potenza del disinfettante, senza tener presente le numerose modalità occorrenti secondo le evenienze. Alcuni anzi sono tanto in buona fede che credono di saperne di vantaggio ed in grado di consigliare altri nella persuasione che per la faccenda del disinfettare basta la presenza dell'antisettico a risolvere in tutti i casi il problema. Con tale falsa credenza non è raro il caso di vedere adoperato come sterile un materiale infetto e viceversa: un pannolino con macchie di carbone, di cenere, di ruggine, di sali metallici con qualche spruzzo recente di olio bollito, può essere ritenuto senz'altro infetto, mentre può

essere perfettamente sterile; la soluzione antisettica tenuta in serbo da questi saccenti, sempre pronti a disinfettare a modo loro, può invece alterarsi ed inquinarsi per azione dell'aria, del pulviscolo, per combinazioni chimiche secondarie. L'acqua stessa che serve di veicolo al disinfettante non è mai priva di germi e solo una bollitura protratta per almeno 20 minuti, potrà dare in certo qual modo affidamento di sterilità, e per le forme resistenti (spore) occorrono concentrazioni addirittura corrosive del disinfettante e temperature più elevate dei cento gradi col calore secco o col vapore soprariscaldato sotto pressione. Ma come vi sono oggetti di poco valore per i quali l'incenerimento costituisce l'*estrema ratio*, così vi sono oggetti e sostanze delicate, per le quali nelle disinfezioni occorre speciale trattamento e competenza tecnica, che va aldilà della spruzzatina di sublimato o della pennellata di tintura di iodo.

Non si disinfetta alla stessa maniera un pavimento, per il quale basta una soluzione di potassa o di lisciva calda ed un'arazzo, per il quale può essere richiesta una disinfezione gassosa o meccanica più complessa a non sciupare la trama e la tinta delicata. Che dire della disinfezione del latte, ottimo pabulo dei microrganismi e facile a prendere immediato contatto con essi? Il micrococco melitense, per accennare ai principali, agente della febbre di Malta, il bacterium coli, autore di numerose gesta nefaste a carico dell'apparecchio digerente, quello del tifo, il bacillo tubercolare, al quale si deve buona parte della tubercolosi ganglionare dell'infanzia ed altre manifestazioni extra pulmonari della terribile malattia, molte volte sono in agguato nel latte. D'ordinario la bollitura se arriva a distruggere tali contagi, nuoce in certo qual modo alla composizione e ad alcune qualità pregevoli inerenti al latte crudo; a parte il gusto speciale della bollitura, questa modifica le proteine, caramellizza il lattosio, uccide i fermenti e le vitamine, decompone i fosfati in combinazione labile, coagula i corpuscoli del latte. Di qui la necessità di una filtrazione preliminare e consecutivo trattamento con temperature graduali e frazionate (pasteurizzazioni, stassanizzazioni) in adatti apparecchi e con accorgimenti di tecnica che mettono al sicuro di ogni possibile inquinamento, come avviene negli Istituti bene attrezzati nei principali centri di produzione e di consumo.

Più spesso la massa dell'oggetto, il numero dei germi contenuti, la scarsità del disinfettante, la natura stessa dell'inquinamento contribuiscono a rendere inefficace una disinfezione bene avviata: ecco perchè la pratica del disinfettare presenta difficoltà inerenti anche all'oggetto dovendosi avere la sicurezza che il germe infettante venga a contatto e per una certa durata con la sostanza antisettica e penetri negli strati profondi, diversamente l'efficacia della disinfezione si limita alla sola superficie. Non è dunque indifferente una sostanza piuttosto che un'altra nè con la stessa rendere sterile qualunque oggetto: il latte di calce ad esempio buono per le deiezioni inquinate e le pareti, non si adatta ugualmente bene agli sputi arrestando il suo potere alla superficie; mentre gli alcali agiscono disgregando il materiale da disinfettare; lo stesso sublimato mal si presta per i metalli stante l'azione corrosiva; vario dunque deve essere il procedimento e le modalità delle disinfezioni, sia rispetto al materiale infetto, sia al disinfettante: la scelta dovrà cadere ora sul mezzo fisico, calore, luce, elettricità, ora sul mezzo meccanico strofinio, raschiamento, verniciatura, essiccamento, oppure su sostanze chimiche disinfettanti propriamente detti solidi, liquidi, gassosi.

Altre condizioni da tener presente nel maneggio degli antisettici sono le combinazioni chimiche, le incompatibilità fisiche che vengono a stabilirsi tra materiale infetto e disinfettante. Per effetto di esse si determinano corpi secondari inattivi, insolubili che rendono vana ogni disinfezione, e, se l'antisettico deve servire sul corpo vivo a scopo di cura, bisogna pure fare attenzione che il potere caustico, il contatto prolungato con i tessuti non vada a ledere, ulcerare, coagulare quegli elementi cellulari addetti alla difesa organica, oppure per assorbimento esplicare azione tossica sull'organismo. Esiste pur troppo una disinfezione interna, fatta da sostanze capaci di distruggere elettivamente alcuni contagi penetrati nel corpo, senza alterare la compagine dei tessuti; ma è limitata ad alcune infezioni: il chinino per la malaria, il salvarsan ed il mercurio per la sifilide, il salicilato di soda per il reuma-

tismo articolare, l'emetina per la dissenteria amebica appartengono alla serie di tali disinfettanti interni per compiere quella che nel concetto di Erlich era la *sterilizatio magna*.

E non mi addentro nella tecnica delle disinfezioni, nè mi permetto enumerare la serie interminabile dei disinfettanti, il cui elenco potrebbe formar parte di un trattato: l'industria chimica ha messo in commercio sostanze di pregevoli caratteristiche e d'indiscussa efficacia antimitobica, da reggere a qualunque controllo.

Nell'era preantisettica, in cui le conoscenze sui contagi erano rudimentali, anche la lotta contro di essi non poteva vantare come esponenti di vittoria la potenza dell'antisettico; gli ardimenti della chirurgia s'infrangevano costantemente contro l'ostacolo dei contagi e il tetano, la gangrena, le suppurazioni e le altre infezioni secondarie all'atto operativo, formavano la disperazione dei vecchi chirurghi; ma sorta con Lister la medicatura antisettica, l'arte nostra poté spingersi ad interventi geniali e rischiosi senza alcuna tema e con risultati che hanno del miracolo. È della massima importanza però avvertire che la potenza del disinfettante va riguardata con certa riserva, trattandosi di dover uccidere nemici agguerriti, di numero incalcolabile, di mole esigua senza il controllo dei sensi. Di massima, l'antisettico ideale deve rispondere a requisiti essenziali: 1° uccidere con certezza il germe contro cui si adopera; 2° essere di facile applicazione e maneggio; 3° non deteriorare l'oggetto da disinfettare e costare poco.

Già a rendere veramente efficace una disinfezione si deve cominciare con un'accurata detresione ed espurgo dell'ambiente che si vuole disinfettare. Sporczie e materiale infetto è la stessa cosa e rimuovendo quella, si viene ad agevolare direttamente l'azione del disinfettante, ne consegue che la disinfezione fatta sulla sporcizia ammonticchiata è nulla o quasi. La pulizia deve precedere dunque la disinfezione, specie quando vi è un malato, da cui promana materiale infettante, nè si deve aspettare la guarigione o la morte, come qualcuno pratica; le escrezioni emesse di recente contengono senza dubbio germi di maggiore virulenza di quelle sparse nell'ambiente. Quella che diciamo disinfezione terminale, fatta cioè dopo la guarigione o la morte del paziente, può avere la sua ragione, ma non deve rappresentare la chiusura della stalla dopo scappati i buoi, come con felice motto si esprime l'accademico prof. Blasi.

A chiusura mi piace accennare al fatto con cui Natura provvede a delle immense disinfezioni dell'aria, del suolo, dell'acqua, in modo da mantenere il giusto equilibrio tra le forze che tendono alla distruzione e quelle che rinascano per ripristinare la vita. E vediamo che le acque si depurano per filtrazione, per sedimentazione, per radioattività, per concorrenza di fauna e flora macro e microscopica. L'aria si purifica per le scariche elettriche, per precipitazioni meteoriche, per correnti che l'agitano continuamente. Che il sole disinfetta sterminate estensioni inquinate e tutte le sostanze penetrate dai suoi raggi benefici; e così noi apprendiamo da Natura stessa come il calore, la luce, l'elettricità, le diluizioni, le sedimentazioni, gli attriti, le combinazioni chimiche sono i massimi principali fattori delle disinfezioni; mentre nell'organismo umano agiscono per la stessa ragione in contrasto ed in lotta con i contagi, gli umori, le secrezioni, i poteri cellulari, le funzioni e reazioni biologiche sospinti da quella forza arcana che appellasi vita.

Dott. FRANCESCO GRANDE.

Autoriassunto. — Alla storia ed origine dei contagi fa seguito la varietà e modalità di essi. Le vie di penetrazione dirette ed indirette, il modo di preservarsi tra cui le disinfezioni. Difficoltà delle disinfezioni, inerenti al disinfettante ed alla cosa inquinata. Requisiti di un buon disinfettante e condizioni che ne favoriscono la efficacia. Disinfezioni naturali.

La pagina del Medico fiduciario

IL TREMORE

Abituati come siamo nella pratica privata ad attendere che il malato ci dica egli tutti i sintomi che ha avvertito, troppo spesso in occasione di visite per assicurazione ci lasciamo sfuggire piccoli segni utilissimi nell'orientamento verso un quadro morboso. Il senso di osservazione di una volta purtroppo oggi, in tempo di macchine che ci suppliscono in tante cose, è piuttosto scarso, mentre dimentichiamo che la visita di assicurazione differisce notevolmente da quella di un malato e dobbiamo afferrare con gli occhi quello che l'assicurando dimentica di dirci.

Mentre si spoglia o durante l'esposizione dell'anamnesi quante piccole cose può rilevare l'occhio esperto di un medico anche se ha l'aria di non avvedersene !

Il tremore è tra i sintomi più interessanti che si può così accertare e spesso riesce molto utile ; quando esso risulta presente non dovremo mai trascurare un esame nervoso più accurato del solito. Sarà bene ricordare qui in qualche riga le cause più comuni del fenomeno.

Anzitutto bisogna escludere che non si tratti di un tremore accidentale ; ad esempio : quello emotivo non raro nei giovanetti, più frequente quello da freddo durante l'inverno se l'ambiente non è ben riscaldato, ed infine quello che si accompagna a stati febbrili. Ma queste forme, facili ad essere individuate, non vanno menzionate che per evitare dolorosi equivoci.

Sono invece i tremori permanenti che devono richiamare l'attenzione del medico. È fondamentale a tal proposito distinguere se il tremore avviene durante il riposo o durante i movimenti. Il tremore durante il riposo si verifica negli stati parkinsoniani (caratterizzato da piccole oscillazioni soprattutto verso l'estremità degli arti e prevalentemente nel riposo), e quindi si riscontra nel M. di Parkinson e nel parkinsonismo post-encefalitico. La mimica facciale quasi scomparsa, il tremore delle labbra che ricorda quello del coniglio e quello delle mani, simile allo scorrimento dei grani di rosario, ci diranno subito con quale forma abbiamo a che fare.

A fianco di questa malattia che si accompagna a forte ipertonìa muscolare vanno ricordate affezioni più rare quali il morbo di Wilson (cirrosi epatica, anello corneale bruno verdastro di Kayser-Flecher) ; la sindrome di Bénédict (paralisi del III da un lato, emitremore dal lato opposto) ; e, più frequentemente, il tremore post-emioplegico che si provoca nello sforzo di sollevare l'arto paralitico. L'aumento dei riflessi e la presenza del clono ci indicano in queste malattie la costante ipertonìa.

Sempre nel riposo si manifesta il tremore del Basedow, tremore vibratorio che

si percepisce con un senso di trepidazione allorchè si pone una mano sulla testa o sulla spalla del soggetto; la contemporanea esistenza di una ipertrofia tiroidea, di un esoftalmo e di una tachicardia completano la diagnosi.

Altro tremore in riposo è quello che si riscontra nei malati di paralisi progressiva; esso è a ritmo rapido; confermeranno l'esistenza della malattia oltre ai fatti mentali la difficoltà della parola ed il sintoma di Argyll-Roberson.

Al gruppo dei tremori durante il movimento dobbiamo ascrivere anzitutto la sclerosi a placche con il caratteristico tremore così detto «intenzionale». Questo insorge solo all'iniziarsi del movimento e si accresce con il ripetersi di esso, con la tensione e coll'emozione. Sebbene le oscillazioni siano moderate, hanno la caratteristica di essere molto ampie raggiungendo i 20-30 cm. perchè sono maggiormente colpite le grandi articolazioni a differenza dei parkinsoniani.

Una forma clinica assai simile è la malattia di Friedreich che si riscontra negli adolescenti e si accompagna ad una maggiore esitazione nella direzione del movimento (la mano per un po' «plana» sull'oggetto, poi l'afferra rapidamente) e spesso al piede torto od alla cifoscoliosi. In questi malati oltre un'eredità simile o nevropatica in genere è frequente un nistagmo orizzontale, la vertigine, lo scandimento della parola e l'ipereccitabilità dei riflessi.

Accanto a questa forma a tono muscolare variabile, secondo la recente classifica di Levy, si ricorda il tremore da lesioni cerebellari che è minimo nel riposo, spiccato nel movimento, con caratteri di grandi oscillazioni e lento.

Sempre nel movimento vengono messi in evidenza i tremori tossici, i più frequenti, che sono espressione di inveterate abitudini nocive per l'organismo. Ricordo il caso di un alcoolizzato col tipico tremore prevalente alle dita, alle labbra, dai pomelli e dal naso arrossato, da me esaminato in una visita di controllo, che il fiduciario in una visita troppo sommaria non aveva avvertito.

Altre cause di intossicazione e provocatrici di tremori possono essere il caffè, il the, la morfina, e tra i fattori professionali il piombo e il mercurio.

Sebbene di pronostico non grave, bisogna anche ricordare il tremore isterico per differenziarlo dai precedenti. Nessuna caratteristica positiva lo distingue potendo assumere tutte le forme ricordate, però la mancanza di contemporanei altri segni di natura organica e la coesistenza di stigmati sensitivo-sensoriale ce la faranno individuare.

Riepilogando in ordine d'importanza per la loro relativa frequenza i tremori possono essere così elencati: tossici, basedowiani, isterici, parkinsoniani e intenzionali.

Dott. A. STARNA

Dai Libri e dai Periodici

La medicina delle assicurazioni-vita.

Su questo argomento nel numero 4-5 di *Assicurazioni* dello scorso anno è comparso un articolo del Prof. Romanelli.

La medicina delle assicurazioni-vita, come osserva l'A., non è statica, ma dinamica, ed usufruisce dello sviluppo della scienza e della statistica medica. Alla funzione limitata una volta allo studio del rischio si è aggiunta ora la parte medico-legale e più recentemente la vasta funzione assistenziale.

Successivamente l'A. dopo avere accennato al rapido sviluppo dell'industria assicurativa e alla trasformazione dei formulari medici divenuti oggi sempre più complessi dimostra come, al criterio dei singoli fiduciari, l'Ente assicuratore abbia dovuto in speciali contingenze sostituire una collaborazione costante e specifica del medico di Direzione.

Specialmente nell'apprezzamento dei rischi tarati occorre una preparazione non solo di clinica ma anche di statistica medica che si avvale di tutti i progressi scientifici e della collaborazione degli attuari.

La polizza invalidità ha arricchito la funzione assicurativa di un'altra importante opera, quella assistenziale, e speciali capacità si richiedono per i medici che debbono giudicare circa la invalidità stessa.

L'A. fa poi rilevare la grande differenza che esiste tra l'anamnesi raccolta a letto di un malato e le dichiarazioni fatte dall'assicurando, così pure quale diversità esiste tra l'esame obiettivo di un infermo e quello di un soggetto che dichiara o ritiene di essere in perfetta salute.

Aggiungasi il fatto che l'assicurando vuole disbrigare la visita con la massima sollecitudine senza sottoporsi ad esami fisici troppo lunghi, si comprende da ciò quanto sia delicato e talvolta arduo il compito del fiduciario che deve nel minor tempo e con indagini semplici giungere ad una diagnosi esatta.

Altro compito del medico di Direzione è quello di collaborare con il legale dell'Ente stesso per evitare che il contratto di previdenza assicurativa si trasformi in una speculazione disonesta da parte di qualche audace a danno della collettività e dell'Ente stesso. In questa funzione egli però deve mantenere quel senso di obiettività e di serenità che è costante dote del medico scrupoloso.

Ultima, sebbene non meno importante, è la funzione assistenziale che i grandi Istituti assicuratori d'America e successivamente d'Europa hanno saggiamente inaugurato. È soprattutto alla medicina preventiva, campo vergine e che non rappresenta duplicato di altre funzioni assistenziali già in atto, che si rivolgono gli sforzi del medico assicuratore perché gli assicurati tutti possano vivere più a lungo e nelle migliori condizioni di la-

voro. Quando, in base ai dati statistici il medico di assicurazione potrà dimostrare il buon esito della sua fatica orientata verso la medicina preventiva, egli potrà concludere che il suo lavoro non è andato solo a beneficio dell'Ente e dell'assicurato, ma anche della Nazione tutta poichè ha conservato più a lungo la migliore ricchezza che esiste sulla terra, il lavoro umano.

ST.

L'aumento della vita media nelle assicurazioni popolari degli Stati Uniti. — (*Statistical Bulletin of the Metropolitan Life*, sett. 1936).

Il materiale di osservazione per l'indagine di cui diamo conto è costituito dagli assicurati popolari della « Metropolitan » di New York, i quali rappresentano perfettamente la popolazione operaia degli Stati Uniti. I progressi della longevità in questo gruppo di popolazione nel periodo 1911-1935 sono eloquentemente indicati dai seguenti valori della vita media alla nascita:

Anno	Vita media	Anno	Vita media
1911-1912	46.63	1928	55.88
1919-1920	51.14	1929	55.78
1921	55.08	1930	57.36
1922	55.04	1931	57.90
1923	54.55	1932	58.80
1924	55.62	1933	59.19
1925	55.51	1934	59.45
1926	55.02	1935	60.25
1927	56.42		

Le cifre della tabella seguente (il materiale di osservazione essendo qui limitato alla popolazione bianca) mostrano che l'aumento della vita media non è uniforme per uomini e donne e va diminuendo al crescere dell'età:

UOMINI

E T À

Anni	10	20	30	40	50	60
1911-12	45.61	36.87	29.36	22.94	16.93	11.50
1921	52.70	44.01	35.74	27.72	20.26	13.64
1931	52.49	43.43	34.81	26.68	19.37	13.22
1935	53.68	44.77	35.65	27.31	19.76	13.39

DONNE

E T À

Anni	10	20	30	40	50	60
1911-12	50.66	42.02	34.47	27.00	19.67	13.20
1921	54.61	45.88	37.74	29.66	21.81	14.68
1931	56.41	47.20	38.61	30.16	22.19	15.03
1935	57.65	48.31	39.43	30.75	22.52	15.23

La diminuzione della mortalità nel venticinquennio considerato è stata fra gli assicurati popolari della «Metropolitan» molto più sensibile che fra la popolazione generale, sicché non appare lontano il tempo in cui l'eccesso della mortalità degli assicurati popolari su quella della popolazione generale sarà completamente eliminato.

Mortalità per tubercolosi polmonare, ogni 100.000 abitanti distinta per compartimenti e nel Regno.

Crediamo interessante riassumere dal Notiziario demografico (1936-N. 12) alcuni dati sull'andamento nell'ultimo sessennio della mortalità per tubercolosi polmonare.

Compartimenti	1930	1931	1932	1933	1934	1935
Piemonte	89	89	82	81	79	71
Liguria	104	101	95	95	85	83
Lombardia	99	94	86	82	76	71
Venezia Tridentina	121	122	134	132	105	106
Veneto	95	85	88	89	77	71
Venezia Giulia e Zara	143	140	151	141	124	117
Emilia	78	76	71	71	67	60
Toscana	96	96	95	89	83	77
Marche	66	66	58	55	56	52
Umbria	71	67	70	67	59	57
Lazio	75	74	74	71	66	64
Abruzzi e Molise	54	53	50	53	46	42
Campania	56	57	53	53	49	52
Puglie	73	76	68	67	64	62
Lucania	42	39	43	35	31	30
Calabria	52	48	46	43	46	41
Sicilia	61	62	58	56	53	51
Sardegna	118	131	122	112	114	111
REGNO	82	80	77	75	69	65

Come ogni bollettino di una guerra vittoriosa rappresenta una tappa verso la vittoria così questa tabella c'indica come la lotta contro la t.b.c. condotta dal Regime Fascista dia risultati di un miglioramento costante ed uniforme in tutte le Regioni d'Italia.

Dopo i miglioramenti avuti nel quinquennio 1925-30 successivamente in questi ultimi anni gli indici di mortalità sono discesi ancora di molto. Alla fine del 1935 per il complesso delle forme tubercolari la mortalità supera quella media nei seguenti compartimenti:

Piemonte, Liguria, Lombardia, Venezia Tridentina, Veneto, Venezia Giulia e Zara, Toscana e Sardegna, con massimo per quest'ultimo Compartimento: la mortalità dovuta alle forme tubercolari dell'apparato respiratorio supera quella media del Regno per gli stessi Compartimenti ora detti, con un massimo per la Venezia Giulia e Zara.

St.

La costituzione nella patogenesi della tubercolosi e nel giudizio di dipendenza da cause di servizio.

Questa notevole memoria, apparsa nella Collana Medico Militare (volume 31, 1936 — Suppl. al fasc. 9 del *Giornale di Medicina Militare* — Roma) dovuto alla penna del Colonnello Medico della R. Marina Dott. G. Rolando, onorata del premio Riberà, merita speciale attenzione da quanti seguono i moderni orientamenti scientifici nel campo della fisiologia.

In brevi capitoli l'A. passa in rassegna il concetto di costituzione; la classificazione delle costituzioni secondo i metodi delle scuole italiane e successivamente studia la tubercolosi nei portatori di bacilli, e la patogenesi dell'infezione secondo i moderni criteri degli anatomo-patologi tedeschi. La seconda parte del lavoro tratta della tubercolosi nei militari, degli esami morfologico - funzionale, dinamico-umorale e neuro-psicologico, come pure della legislazione militare sulle invalidità per cause di servizio. In questo capitolo l'A. rileva la tendenza attuale a sostituire il criterio della dipendenza da causa di servizio a quello della causa unica diretta.

Rileviamo alcune conclusioni che hanno importanza non solo cautelativa per lo Stato nell'assunzione del personale, ma anche possono costituire utile riferimento per ogni altra comunità.

Così il Rolando non solo ricorda l'importanza del rapporto tra statura, peso e sviluppo, ma anche la correlazione che deve esistere tra l'apparato polmonare e quello cardiovascolare e che in speciali condizioni può costituire un fattore predisponente. Questo si rinviene negli individui a costituzione astenica o ipovegetativa caratterizzate ora da deficiente sviluppo del tronco e degli apparati in esso contenuti, ora da insufficiente sviluppo del sistema arterioso e *predominio degli apparati linfatici*: fenomeni che bastano a spiegare la debole resistenza organica di questi soggetti di fronte alle infezioni.

Successivamente l'A. ricorda come sia possibile escludere a priori dal servizio militare tutti gli elementi costituzionalmente sospetti di debole resistenza alla tbc., anzitutto perché il loro numero non è grandissimo, e poi perché il medico militare, che spesso rileva nelle visite di arruolamento esiti di lesioni tubercolari clinicamente guarite (cicatrici da scrofula od aderenze pleuriche) non è autorizzato ad escludere senz'altro dal servizio tali individui.

Dovendosi quindi per esigenze di servizio arruolare anche di questi individui sospetti, ricorderemo che con opportune provvidenze si può nella grande maggioranza dei casi combattere il nemico nascosto aumentando la resistenza organica individuale. A tale scopo bisognerà evitare la loro destinazione nei reparti più suscettibili di strapazzo continuo e di traumatismi, come carri armati, gli autoveicoli ecc., e cercheremo, se possibile, di farli sottoporre a graduali esercitazioni militari integrate da appropriata ginnastica respiratoria come ben consiglia il Delogu; ma essenzialmente li terremo sotto accurata sorveglianza

la quale dovrà essere periodica stetoacustica, biologica e radiologica.

Non si possono fissare limiti cronologici per definire se una malattia tubercolare debba o non considerarsi dipendente da causa di servizio.

Le statistiche dei medici militari tedeschi dimostrano che la maggioranza dei casi di tubercolosi nei soldati germanici si manifesta dopo quattro o cinque anni di servizio, mentre da noi, come fra gli inglesi e gli americani, le percentuali maggiori di morbosità si avrebbero fra i cinque e dieci anni di servizio. In questi casi riesce assai difficile per le ragioni sopra esposte poter escludere l'influenza del servizio militare sulla genesi della malattia tubercolare.

Passando al quesito sociale e medico-legale Rolando ricorda che nel caso di sviluppo di malattia tubercolare negli organismi costituzionalmente deboli si potrà parlare di responsabilità del terreno organico, ed in quelli di costituzione originariamente robusta si dovrà ritenere piuttosto responsabile il servizio militare. Ma tanto negli uni quanto negli altri sarà sempre da considerare l'influenza dei fattori ambientali i quali possono essere a loro volta accidentali o continui.

Giacché è ormai da tutti riconosciuto che nello sviluppo della malattia ha anche fondamentale importanza tutto ciò che provoca una diminuzione dei poteri di difesa dell'organismo e quindi specialmente la fatica cronica ed il lavoro in condizioni inadeguate.

Constatata in un militare una forma tubercolare polmonare (giudicata contratta durante il servizio militare e per causa di servizio) l'A. ritiene sia dovere dello Stato curare l'individuo fino a guarigione indipendentemente dalla considerazione se esso sia volontario o di leva.

Riferendosi alla Carta del Lavoro che ha elevato il concetto del lavoro stesso a dovere sociale, l'A. ricorda che lo Stato non ha certo escluso se stesso dall'obbligo di garantire il lavoratore che arruola nelle file dei suoi difensori. Sr.

Sulla diagnosi precoce del cancro della mammella.

Nello studio dei sintomi precoci dell'oncologia « Minerva Medica » (n. 43) c. a., riassume ampiamente un lavoro di Gründler (« Deutsche Med. Woch. », 10 aprile 1936).

All'esame obiettivo si nota di solito una diversità di forma tra i due seni: in quello malato si riscontra un processo di retrazione del tessuto connettivo e talora anche una retrazione del capezzolo a forma di imbuto. Più tardi si notano alterazioni evidenti della cute, la quale si presenta come la superficie di una scorza di arancio con infossamenti puntiformi e, se il tumore si sviluppa vicino alla cute si constata la presenza di nodoli cutanei rosso-lividi oppure di tumori nodosi coperti di uno strato di cute sottile ed in certi casi la cute in corrispondenza ai nodi è atrofica, arrossata e lucente. Colla palpazione poi si devono confrontare le caratteristiche dei due seni: il tumore si origina di solito dalla ghiandola e perciò

è sempre in rapporto con essa: la palpazione poi ci rivela il volume del tumore e la consistenza dei nodi carcinomatosi, che sono di solito molto duri, salvo quando si è già iniziato il processo di ram-mollimento, ed allora diventano fluttuanti.

La superficie del neoplasma è spesso bernoccoluta ma può essere anche liscia; il tumore può essere costituito da un numero vario di nodi. Nelle forme molto maligne i tessuti del tumore non hanno limiti precisi ed il tumore non è spostabile. Le aderenze colla cute compaiono molto presto sotto forma di retrazione della superficie cutanea; in certi casi per accertare la presenza di tali aderenze è necessario imprimere movimenti passivi al seno. Inoltre applicando i due indici a destra ed a sinistra del tumore, se essi sono avvicinati tra loro, risulta se esiste un cancro, una piega trasversale. Sr.

La reazione di Hijmans van den Berg nei cardiopazienti.

Leggiamo nel fascicolo 1° del vol. 62 dell'Archivio per le Scienze Mediche un lavoro sull'argomento del collega Giordano.

In questo studio l'A. dopo aver ricordato il frequente risentimento del fegato nelle cardiopatie si sofferma sopra i casi clinici d'ittero descritti nelle insufficienze circolatorie gravi e nel rilevare come nelle forme leggere di stasi la secrezione biliare possa venire ostacolata in modo difficilmente accertabile. La reazione di Hijmans van den Berg è stata studiata in quest'ultimo decennio da vari autori stranieri che la trovarono positiva ed assumerebbe anche un valore prognostico.

Il Giordano procedendo ad ulteriori accertamenti sopra cardiopazienti od epatopazienti nel Padiglione Cesalpino dell'Ospedale Littorio di Roma ha potuto fare delle considerazioni sopra i risultati della reazione stessa. Non pare che esistano rapporti diretti e costanti tra il tasso di bilirubinemia e la qualità della reazione. La positività della reazione diretta è stata riscontrata solo in infermi venuti a morte poco dopo; quindi essa ha un significato prognostico sfavorevole pur non esistendo un rapporto diretto tra aumento di bilirubina ematica e il tipo di scompenso.

Successivamente l'A. nella discussione dei risultati ottenuti rileva che la quantità di bilirubina è in rapporto diretto con la gravità delle condizioni circolatorie. Più importante ancora è la presenza della reazione diretta di Hijmans van den Berg che, mentre è negativa nei periodi di scompenso temporaneo, con l'aggravarsi di questo si fa positiva ritardata e successivamente diviene pronta. Questi risultati confermano le precedenti esperienze di Meakins e di Canteron. Chiude l'interessante lavoro la discussione sul meccanismo patogenetico che fa variare il comportamento della reazione in esame. Sr.

Turbe circolatorie del capo, accessionali, extra-apoplettiche.

Il Policlinico (Sez. Pratica) n. 43 dell'ottobre u. s. riporta la 1ª lezione sull'argomento, tenuta

dal Prof. G. Jona nella Scuola di Medicina Pratica A. Minich, presso l'Ospedale Civile di Venezia.

L'A. ricorda come l'arteriosclerosi cerebrale possa, per la diminuita irrorazione della corteccia, costituire un limite di sufficienza che con le crisi vasali diviene uno stato di malattia. Dopo avere esposto un caso clinico del genere e ricordata la importanza prognostica di queste turbe circolatorie del capo l'A. espone i quattro tipi di tale sofferenza preapoplettica:

1° *Arterioso* — Si accompagna a ipotensione ed è dovuto all'ischemia corticale, è caratterizzato da pallore, astenia, sonnolenza, qualche vertigine, facile crisi da lavoro.

2° *Venoso* — Dovuto alla congestione passiva da diminuita via a tergo; si accompagna a cianosi, vertigine, tendenza al sonno, cefalea gravativa.

3° *Vaso motorio* — Si accompagna a ipertensione ed è caratterizzato da crisi vasoparalitiche superficiali a vasocostrittive meningeae, questa forma agisce secondo la legge della bilancia di Dastre e Morat, sembra anche che tale angiospasma sia causa più frequente dell'apoplezia in confronto all'aneurisma miliare di Charcot.

4° *Patimento capillare* — È di grande importanza e per i rapporti con le vene è stata anche chiamata vasodilatazione capillare venosa con stasi.

Lo Jona rileva la differenza dei disturbi che conseguono alle lesioni arteriose o a quelle capillari nel rene, polmone e cervello. Successivamente l'A. passa a discutere sul meccanismo di produzione di queste sindrome e specialmente della regolazione nervosa della arteriole e della pia.

Esponde anche il meccanismo del sintoma cefalea secondo le varie ipotesi e la patogenesi della apoplezia discutendo sul recente rapporto di Alajouine e Thurelle sulla vaso-dilatazione paralitica con stasi. La lezione è chiusa da alcuni cenni di terapia di queste turbe.

St.

Sulla patogenesi e sulla profilassi della ipertensione essenziale.

Le conseguenze molteplici e spesso fatali di tale malattia, pongono di fronte al medico il compito della profilassi dell'ipertensione o per lo meno della cura precoce di essa; si dovrebbe agire cioè quando ancora la pressione presenta delle crisi transitorie di aumento relativo della pressione. In merito Arnsperger pubblica nel « Mediz Welt », del 19 sett. 1936 un interessante lavoro. Giustamente, come ricorda l'A., Bergmann chiama l'ipertonia malattia di per sé, e per Kylin essa rappresenta una alterazione costituzionale ed ereditaria del tono dei centri neuro-vegetativi (e delle relative vie di conduzione) preposti alla regolazione della tensione vasale e delle ghiandole endocrine che dominano tale funzione. Per tale A. gli agenti nocivi possono attaccare i diversi segmenti di tale sistema determinando diverse varianti patogenetiche della stessa malattia. Il fattore costituzionale della ipertensione essenziale sembra indubbio. Se anche per ora scarseggiano dei dati statistici dimostranti l'ereditarietà della affezione,

ciò è soprattutto dovuto al fatto che la misurazione della pressione è un acquisto relativamente recente circa l'etiologia dell'ipertensione l'ipodrenalinemia si dimostra non sempre costante e recenti ipotesi sono state avanzate. Kylin, attribuisce all'ipofisi la parte principale nel determinismo della ipertensione essenziale; una suggestiva conferma di tale veduta starebbe nel fatto che la cachessia ipofisaria (morbo di Simmonds) rappresenta una immagine a specchio della ipertonia.

È anche probabile che i centri neuro-vegetativi superiori possano intervenire nella genesi dell'ipertensione; l'aumento della pressione nella cisterna cerebellare e nel terzo ventricolo provoca ipertensione duratura, probabilmente per la stimolazione dei gangli basali; nello stesso modo agirebbe la diretta eccitazione delle zone circostanti al terzo ventricolo.

La diagnosi precoce nel senso di svelare la reattività patologica del soggetto, ancora prima delle vere manifestazioni ipertensive è un problema di somma importanza ancora allo studio.

Vari metodi sono stati proposti a tale scopo, però nessuno di essi può dirsi scevro di inconvenienti. L'iniezione di adrenalina, se anche dimostra nei futuri ipertesi un comportamento anomalo della pressione, (abbassamento iniziale seguito da notevole innalzamento invece del rapido aumento e brusca caduta che si osserva normalmente) può provocare del riflesso vagale (maggiore reattività) presenta qualche pericolo. La risposta dei vasi a influenze normalmente iperemizzanti (riscaldamento, interruzione con successiva liberazione dell'afflusso sanguigno) dimostrano di solito, ma non costantemente, una reattività paradossale nel candidato all'ipertensione, essendo la vasodilatazione precaduta da contrazione e pallore cutaneo. Forse migliori risultati si avranno colla prova recentemente proposta da Raab; nei predisposti all'affezione vi sarebbe l'aumento notevole di pressione; come pure l'abbassamento di pressione da iperventilazione sarebbe più spiccato che nei soggetti normali.

La ricerca dei fattori da combattere è stata facilitata dagli studi sull'ipertensione sperimentale, mercé i quali è stata osservata l'influenza di fattori chimici, termici, meccanici, nervosi, ecc.; dati ancora più importanti ha fornito l'osservazione clinica.

Nel regime di vita da modificarsi rientra anche l'alimentazione; quella carnea è da limitare; è stato difatti osservato che nei vegetariani l'ipertensione è eccezionale. La questione dell'esercizio fisico è ancora *sub-iudice*: è bensì noto che il lavoro muscolare aumenta la pressione, ma sembra d'altra parte che esso agisca beneficamente e a lungo per il conseguente aumento della respirazione.

Anche nel campo delle alterazioni endocrine vi sono alcune possibilità profilattiche e terapeutiche; così la disfunzione tiroidea potrebbe talvolta causare l'ipertensione; essa è dominabile

dalla terapia adeguata. Una speciale attenzione meritano le ghiandole sessuali: è nota l'ipertensione da climaterio dovuta probabilmente ad un aumento di eccitabilità neurovegetativa in mancanza di ormoni sessuali inibitori; anche qui l'oterapia intrapresa precocemente può rendere servizi preziosi.

L'articolo dell'Arnsperger che troviamo ampiamente recensito nel « Policlínico » (Sez. Pratica, n. 42) merita l'attenzione dei cultori di questo interessante problema.

St.

La profilassi dell'ipertensione.

Anche al di fuori del campo medico presso il grande pubblico si va ormai diffondendo la nozione che l'ipertonia rappresenti un sintoma di grande rilievo e di speciali cure per i numerosi pericoli che essa rappresenta. In un articolo di Arnsperger apparso sulla « Medizinische Welt » (19 settembre 1936) ampiamente riferito in « Minerva Medica » nel n. 47 dello s. a. troviamo interessanti rilievi sulla ipertonia essenziale, sindrome morbosa che costituisce il gruppo più importante tra le ipertensioni.

L'A. ritiene che essa abbia un carattere costituzionale ereditario nel senso che nel sangue del paziente arriva una quantità esagerata di ormoni delle ghiandole surrenali oppure si ha una eccessiva funzionalità della ipofisi e specialmente del lobo anteriore di essa.

Quanto alla profilassi della ipertonia essenziale questa può praticarsi o eliminando nel limite del possibile la disposizione costituzionale alla malattia oppure nell'evitare tutte le cause che possono favorire la realizzazione dello stato di predisposizione od il suo peggioramento. Sarà perciò necessario accertarsi in ogni caso, se esiste nel paziente tale disposizione ereditaria alla malattia, ciò che può essere rilevato dalla anamnesi, la quale fa conoscere la esistenza negli ascendenti di forme di ictus apoplattico, di disturbi del muscolo cardiaco, di anasarca. La coesistenza abbastanza frequente della ipertensione essenziale con altre malattie, come l'obesità, la gotta, il diabete, l'emierania, confermano il carattere ereditario del processo morboso.

Siccome non riesce possibile accertare quali siano i membri di una famiglia che ereditano la disposizione morbosa, sarà utile adottare i provvedimenti profilattici a tutti gli individui appartenenti a famiglie in cui esiste tale predisposizione morbosa.

Perciò dovranno escludersi tali soggetti dalle eccitazioni psichiche, che, quando sono continuate e ripetute, possono dar luogo ad ipertensione anche negli individui ad essa non predisposti; saranno perciò consigliabili periodi di riposo e di calma da intercalare alla vita affaticante e piena di ansie e di attività.

Nell'alimentazione si proibirà la dieta ricca di albumina animale ed in special modo la dieta carnea.

L'A. successivamente ricorda come debbano essere proibite tutte le sostanze che provocano

ipertensione dalla nicotina, all'alcool, al caffè. Così pure per la profilassi della ipertonia essenziale si cureranno le infezioni croniche e quelle focali. Il lavoro chiude mettendo in rilievo l'importanza del climaterio per lo stabilirsi dell'ipertensione nel sesso femminile e come tutti i preparati endocrini che tendono ad influenzare benevolmente sopra il climaterio saranno anche utili per prevenire lo stabilirsi dell'ipertensione.

St.

I tuoi ormoni, il tuo destino.

La traduzione edita dall'Istituto Sieroterapico Milanese di questo libro del Venzmer è veramente opportuna e meritevole di plauso. Non v'è forse argomento più interessante nella fisiopatologia moderna di questo che spiega i misteri che regolano lo sviluppo del nostro corpo e le cause determinanti.

Sebbene svolto in forma semplice e con paragoni tolti dalla vita quotidiana il libro è letto con interesse non solo dal profano cui è rivolto ma anche dal medico che ben conosce le malattie endocrine. Vi sono alcune nozioni di biologia generale che hanno del meraviglioso anche per chi abituato ad osservare i misteriosi legami che uniscono tra di loro le parti di uno stesso organismo o soggetti di specie diversa.

Così l'esistenza di un ormone appassivante nel polline dei fiori ci dice come niente avvenga a caso e come la natura predisponga tutto perché le sue leggi di vita si svolgano secondo un certo ritmo. Ugualmente pochi sanno che l'ormone sessuale femminile o meglio una sostanza assai simile può essere estratta oltre che dall'urina delle gravide anche dal carbon fossile e a tal proposito l'autore ci fa vedere quanto sia importante l'azione degli ormoni sessuali che sono il filtro sognato dal Dott. Faust.

I titoli stessi dei capitoli riescono spesso efficacissimi così il gozzo con Basedow è qualificato il terrore cristallizzato alludendo alla tiroxina; ugualmente indovinato è il titolo l'oroscopo dell'avvenire quando tratta del temperamento e delle modificazioni che il tempo produrrà nell'individuo. Il testo è arricchito da figure e schemi, veramente riusciti ed efficaci.

St.

Fenomeni di adattamento, manifestazioni morbose ed esame dei soggetti destinati all'Altipiano Etiopico.

In questa nota clinica comparsa nel Policlínico (Sez. Pratica, 1937, N. 6), il Prof. D'Ignazio descrive quanto ebbe ad osservare in un ospedale da campo a quattro Km. da Asmara presso Gagiret sito a 2500 m. di altitudine.

Riferiti i dati meteorologici circa le variazioni di temperatura, l'umidità, la pressione barometrica ed i venti, egli fa rilevare la notevole differenza che esiste tra queste condizioni e quelle meteorologiche italiane, richiamandosi alla contemporanea variazione di più coefficienti che in natura e nell'organismo sono dovute a leggi correzionali secondo l'osservazione della scuola del Pende.

L'A. sopra circa 12.000 ricoverati ha osservato qualche centinaio di soggetti inviati dai reparti con diagnosi di nevrosi cardiaca, e talvolta di baropatia. I sintomi subiettivi accusati erano di solito di ordine generale quali l'astenia, malessere indefinito, cefalea, insonnia o al contrario sonnolenza, sensazione di freddo, specie agli arti; dell'apparato respiratorio (difficoltà di respiro espressa come «mancauza d'aria», tachipnea, senso di costrizione alla cassa toracica), più spesso localizzato all'apparato cardio-vascolare sotto forma di tachicardia, cardiopalmo, sensazioni dolorose precordiali talora con crisi anginose, battiti arteriosi diffusi.

D'Ignazio distingue i colpiti da tali sindromi in due gruppi: quelli di rapido adattamento nei quali ogni disturbo scompare presto ed i «falliti all'adattamento» quest'ultimi tarati nel loro sistema neuro vegetativo ed ormonale. Un'importanza anche notevole per manifestarsi di tale sindrome è dovuto al troppo rapido passaggio dal basso piano all'altopiano.

L'A. conclude perciò che l'esame dei soggetti candidati ad andare nel nostro Impero Coloniale si estenda anche al sistema neuro endocrino simpatico evitando l'invio dei soggetti con netto squilibrio simpatico-tonico o vago-tonico; gli ipertiroidi soprattutto.

St.

Ricerche sperimentali sulla fisiopatologia dei portatori di indumenti antipritici.

Dell'argomento tratta il Maggiore Medico Dr. Ferri nel N. 6 del c. a. nel *Giornale di Medicina Militare* è dell'interessante lavoro crediamo utile riportare qui un largo riassunto. È noto che per difendersi dalle sostanze chimiche ad azione vescicatoria, rappresentate soprattutto dall'iprite e dalla levisite, non è sufficiente l'impiego della maschera, che protegge le vie respiratorie e gli occhi, ma occorre anche far uso di particolari indumenti che mettano al riparo tutta la superficie cutanea, che è suscettibile di essere seriamente danneggiata dal contatto con gli aggressivi di questa categoria.

Il tessuto antipritico è costituito da due strati di tela gommata, fra i quali è interposta una particolare protezione. Questo tessuto è dotato di elevatissimo potere difensivo, ma è completamente impermeabile all'aria. Per ovviare a questo grave inconveniente, studi e ricerche compiuti hanno portato alla realizzazione di un tessuto protettivo costituito da panno di lana messo a doppio e trattato, sopra una delle superfici interne, con una pomata neutralizzante. Col tessuto così preparato, che conserva un sensibile grado di permeabilità all'aria, sono stati confezionati alcuni esemplari di vestito antipritico.

Gli esperimenti si sono svolti in due cicli, di cui il primo in periodo estivo (mesi luglio e agosto), durante un campo d'arma del Reparto Chimico, ed il secondo nella stagione invernale e in montagna.

La capacità lavorativa del militare che indossa

indumenti antipritici venne saggiata ripetutamente, anche in occasione di alcune prove di funzionamento di un posto di medicazione campale e di esercitazioni notturne.

Il complesso di queste ricerche ha dimostrato che l'impiego di indumenti antipritici regolamentari, specialmente se effettuato in circostanze atmosferiche sfavorevoli e con la esplicazione, da parte del portatore, di attività fisica di una certa intensità, è capace di determinare modificazioni, anche considerevoli, in qualcuna delle più importanti funzioni organiche.

Durante le ore notturne soltanto un militare presentò lipotimia e malessere, dopo un lungo periodo di marcia in salita, ma i disturbi dopo breve riposo cedettero, senza bisogno di alcun intervento terapeutico, dopo avere aperta la combinazione e aver tolti il cappuccio e la maschera. Praticando rilievi periodici sulla temperatura, lo stato generale, il polso e il respiro in numerosi militari, si osservò che la temperatura corporea rimase sempre in limiti normali, e le modificazioni del respiro furono, nella grande maggioranza dei casi, poco sensibili. Anche in questo caso si notarono modificazioni del circolo, con aumento nella irrorazione periferica e tachicardia, talora notevole (registrate fino a 115 pulsazioni al minuto), con polso piccolo e superficiale. La sudorazione fu spesso assai abbondante.

In contrapposto a questa esercitazione notturna, in quella diurna si verificarono d'improvviso due colpi di calore, quasi contemporaneamente, e un terzo soldato dovette togliersi rapidamente l'abito antipritico, per un repentino malessere.

Nel lavoro di lieve intensità, compiuto in ore diurne si è osservato costantemente nei portatori di abiti antipritici un aumento nella frequenza del polso, con oscillazioni da 90 a 120 battiti al minuto. Si verificarono inoltre sudorazione abbondante e modiche variazioni nella temperatura corporea; non si rilevarono importanti modificazioni a carico del respiro.

Durante il lavoro di media e forte intensità, si osservarono più intensi i fenomeni di carattere circolatorio periferico (vasodilatazione, iperemia) ed un abbondante sudorazione. Questa poteva essere così profusa ed imponente che il sudore oltre ad imbevverne i vestiti, si raccoglieva nella quantità di alcuni cc., nei calzari e nei guanti, tanto che facendo agitare le mani ai militari, lo si sentiva sciacquare. Il polso aumenta sempre di frequenza in modo notevolissimo (registrate fino a 150 pulsazioni al minuto), e diventa piccolo e superficiale, debole, talvolta aritmico. La temperatura corporea aumenta sensibilmente; spesso si sono visti sfiorare i 38° C. ed anche oltrepassarli in individui che avevano fatto mezz'ora di marcia al sole, o che avevano trasportato pesi (barellamento di supposti feriti).

Il respiro non è alterato, in generale in modo spiccato, sia nel ritmo che nella frequenza e profondità; in pochi casi si sono registrati 32-34 atti respiratori al minuto; nella grande maggioranza questi non hanno superato i 20-22.

Le condizioni generali e quelle del sistema nervoso presentano alterazioni notevoli: si è osservata la comparsa di astenia, cefalea, irritabilità,

malessere, più o meno precoci ed intensi a seconda delle condizioni ambientali e del tipo di attività fisica svolta dai militari.

Come indumenti da indossare sotto gli abiti antipritici si sono dimostrati preferibili, nelle sudette condizioni sperimentali, quelli di cotone, cioè camicia e mutande; la camicia può essere utilmente sostituita da una leggiera maglia, pure di cotone. L'uniforme di lana o il farsetto a maglia sono da proscrivere, almeno in estate, perchè il loro uso rende più profonde le alterazioni a carico dei vari organi, ed eleva la temperatura corporea. Anche il restare dentro l'abito a dorso nudo non è risultato conveniente.

La elevazione della temperatura corporea fu, in generale, meno pronunciata; come massimo si registrarono 38°, 20. in un militare che per circa mezz'ora aveva atteso allo spalamento di neve.

Nei riguardi del polso, la maggior frequenza osservata fu di 126 battiti al minuto, con caratteristiche simili a quelle già rilevate nelle prove estive. La frequenza del respiro raggiunse un massimo di 27 atti al minuto.

In considerazione di ciò, il servizio chimico ha ritenuto opportuno di curare al massimo il perfezionamento dei vestiti confezionati con tela antipritica, allo scopo di rendere tale tessuto più leggero e flessibile, e di modificare la foggia degli abiti, dei guanti e delle calzature, per renderli più rispondenti che fosse possibile alle necessità fisiologiche od a quelle pratiche. St.

La vaccinazione attiva antidifterica.

— (Editore Richard Schoetz, Berlino, 1936, Wilhelmstrasse 125, Marchi 9,80).

Il Prof. Dott. Max Gundel dell'Istituto Roberto Koch di Berlino, ha pubblicato un libro in cui vengono esposti i risultati conseguiti nel biennio 1934-1935 in Germania grazie all'uso della vaccinazione antidifterica.

L'A. fa rilevare la grande importanza della immunizzazione attiva antidifterica ed illustra la organizzazione esistente in Germania per la lotta contro la difterite e la vaccinazione antidifterica. Passa poi ad una dettagliata esposizione dei brillanti risultati conseguiti nel biennio 1934-35 in Germania nella lotta contro la difterite grazie all'impiego della vaccinazione. Questi brillanti risultati dimostrano nel modo più evidente la specifica influenza esercitata dalla vaccinazione antidifterica sulla mortalità per difterite.

L'uso della vaccinazione antidifterica si è sempre rilevata di grande efficacia preventiva e curativa anche in caso di epidemia riducendo al minimo la morbidità e la mortalità per difterite. Br.

La ptialo-reazione di Zambrini.

Non v'è dubbio che la concezione umorale tende nella medicina odierna a riconquistare sempre più le posizioni di prim'ordine che tenne fino ad un secolo fa. Tutti i progressi della scienza neo ippocratica sono perciò seguiti con il più vivo interesse,

allorché sembrano ormai raggiunti i limiti della batteriologia e dell'istologia.

È perciò con piacere che vediamo accanto alle scuole italiane che prendono i nomi da Viola e dal Pende notevoli tentativi nel campo della fisiopatologia umorale eseguiti da singoli ricercatori in un campo ancora tanto discusso come questo. Crediamo che uno dei tentativi più fondati sia quello dello Zambrini il quale ha proposto una reazione da praticarsi sulla saliva per saggiare la resistenza organica di ogni individuo.

Prendendo le basi dalla concezione del sistema lacunare di Achard alla quale potrebbe essere anche aggiunto il retico lo endoteliale lo Zambrini ritiene che tutta la massa umorale risenta delle condizioni del soggetto e quindi la saliva possa essere un indice del potere reattivo dell'organismo agli agenti patogeni. La semplicità della reazione che si fa con un unico liquido reattivo a base di diossitriossiantachinone in una semplice provetta incoraggia le ricerche su larga scala di questo metodo. Quanti con passione si occupano di chimica biologica potranno con profitto leggere il volume dello Zambrini (*Le Thermomètre de la Résistivité Vitale*) ricco di citazioni dei più grandi maestri della medicina dell'ultimo secolo della dettagliata esposizione della prova stessa, e della sua interpretazione. Nella seconda parte del volume sono esposti e discussi i risultati ottenuti in alcune malattie di grande interesse sociale.

Già una numerosa letteratura è sorta sull'argomento, sia in Francia ove risiede lo Zambrini sia in Italia con risultati sempre incoraggianti. Il Colonnello Panagia (*La ptialo-reazione di Z.* - 1935) dall'esame di circa 2000 reazioni di individui sani e malati riferisce di aver ottenuto buoni elementi per accertare il grado di resistenza vitale nel sano e le possibilità curative cioè prognostiche nei malati.

Sebbene oscuro il meccanismo di questa reazione che, come il fenomeno d'ostacolo del Donaggio, è determinato da fattori che sfuggono ai nostri metodi d'indagine devono essere ulteriormente sperimentati e vagliati su larghissima scala perchè possa costituire una reale e concreta conquista della scienza del domani. Solo allora, quando avrà superato il periodo sperimentale, riteniamo che essa potrà essere di grande importanza, non solo nel campo clinico ma anche in quello medico legale ed assicurativo. St.

Le leggi per le funzioni del Sanitario condotto.

Il Dott. Frenguelli di Milano ha pubblicato un elegante volumetto in cui sono raccolte e illustrate le leggi che regolano l'attività professionale del medico e dell'Ufficiale sanitario.

Il lavoro è interessante poichè permette con facilità di consultare le leggi sanitarie e sindacali che regolano l'attività del medico. Nello Stato corporativo che ha riformato gran parte dell'Assistenza Sociale e l'ordinamento professionale nessun medico, soprattutto se condotto, può ignorare queste disposizioni.

Il libro è diviso in vari capitoli. Ogni argomento, di cui sono riportati gli articoli di legge principali, è accompagnato da un commento e da numerosi estratti delle sentenze delle Corti di Appello di questi ultimi anni a dimostrazione dell'interpretazione da darsi all'articolo stesso.

Dopo avere esposto alcuni articoli del T. U. delle leggi sanitarie sui regolamenti provinciali e comunali in riferimento al rapporto di impiego e allo stato giuridico dei sanitari il Frenguelli passa ad esporre le mansioni del sanitario condotto per la vigilanza igienica e la profilassi. In un'altra parte sono esposte le responsabilità del medico e del Corpo sanitario in genere. Seguono i capitoli sulle pensioni, sulle Opere Assistenziali per i sanitari ed infine il lavoro chiude con la trattazione del vasto argomento dei Ricorsi.

Sr.

La densità della popolazione nella storia della geografia.

A cura del Comitato Italiano per lo studio dei problemi della popolazione è comparso in decorosa veste tipografica questo studio del Direttore dell'Istituto di Geografia della R. Università di Genova, Prof. P. Revelli.

La memoria passa ad esporre dal punto di vista storico, i momenti successivi, in base agli scarsi documenti conosciuti della composizione e della densità della popolazione nei vari territori del mondo. Prese le mosse dagli antichi concetti geodemologici dell'età greco-romana, trova nelle relazioni dei viaggiatori italiani del secolo XIV, i primi dati sulla densità demografica di terre lontane, successivamente tratta delle relazioni intercedenti tra condizioni geografiche e demologia come risulta dagli scrittori e dai diplomatici del rinascimento.

È solo nel secolo XVIII che si hanno misure esatte delle aree e circa l'entità numerica della popolazione; nelle carte geografiche sono indicati a fianco della località il numero dei «fuochi». Alla fine del secolo compaiono trattati geografici ad indirizzo statistico sia in Germania che in Italia per opera di A. Balbi.

La trattazione geografica assume un nuovo indirizzo per opera del Ritter che studia contemporaneamente l'ambiente fisico e la società civile e politica dei popoli e successivamente per opera della Scuola Statistica Economica Italiana cui appartengono M. Gioia, G. Romagnosi, C. Cattaneo e G. Rosa. Dopo aver trattato della concezione antropogeografica di Ratzel e delle esposizioni geodemologiche all'inizio del secolo XX, l'A. conclude rilevando l'importanza sociale e politica dei problemi della popolazione che Mussolini ha intuito ed ha voluto che l'Italia, già all'avanguardia nei secoli scorsi, riprenda e mantenga questa priorità.

Sr.

Prove mediche del miracolo.

Questo studio clinico del Dott. Le Bec presidente dell'Ufficio di Constatazione di Lourdes è

stato tradotto dal Dott. Alliney sulla settima edizione originale. Dei vari libri scritti a favore o contro il miracolo certamente questi è uno dei migliori poiché è un'esposizione di casi clinici seguiti da una discussione critica del fenomeno.

Nella prefazione dell'Alliney vengono esposti i criteri adottati dall'Ufficio Medico di Constatazione di Lourdes alle cui sedute assistono liberamente tutti i medici che lo desiderano. Il libro pure essendo scritto con criteri medici può essere perfettamente compreso dai profani tanto la forma è chiara e semplice.

L'esercizio quotidiano fa conoscere al medico delle leggi biologiche immutabili e perciò questi con un certo scetticismo tratta e discute dei fatti che avvengono contro i canoni di natura ai quali deve pure inchinarsi come davanti ad una forza ignota.

L'interesse per il miracolo, specie se illuminato da un raggio di fede, ha importanza oltre che dogmatica anche come fenomeno meraviglioso che restituisce alle gioie della vita i corpi di esseri martoriati da affezioni incurabili. Ecco perché il miracolo suscita sempre tanto interesse presso il vasto pubblico; quando è presentato in veste artistica come nella «Prima legione» di Lavery riscuote un successo che non ha riscontro in nessuna delle tante posizioni «triangolari» che ci ammannisce quotidianamente il teatro.

Questo libro pur mantenendosi nei limiti strettamente medici, e le illustrazioni documentarie lo confermano, offre un interesse notevole e fa riflettere a tutti della pochezza e della presunzione umana anche quando questa è rivestita da nomi di scienziati illustri.

Sr.

Le curiosità della tavola.

Con piacere si scorre questo volume dovuto alla penna del Prof. Casalini che in esso ha saputo egregiamente esporre notizie di storia, d'arte e di alimentazione. Senza pretendere di essere esauriente su così vasto argomento, il libro, che è ornato di numerose fotografie e da riproduzioni di quadri artistici, si legge con diletto ed in esso vengono in special modo valorizzati i prodotti agricoli della nostra terra.

Ricordati nella prima parte l'importanza e gli usi dei cibi e delle vivande presso gli antichi, l'A. passa a trattare degli alimenti del desco, delle curiosità della tavola, dell'igiene alimentare chiudendo con notizie di gastronomia regionale e speciale.

Il libro, che è dedicato alla donna di casa, riporta un ricettario pratico per ogni alimento trattato, anziché dilungarsi in nozioni scientifiche che oltre a risultare tediose non sarebbero di profitto alle lettrici, modeste massaie.

Il volume edito in decorosa veste dall'I.M.I.A. per i tipi delle Arti Grafiche Bertarelli, sotto gli auspici del settimanale «Villaggio e Campi» è in vendita al prezzo di L. 10.

Sr.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

Dott. P. Rolandi Ricci — *Le narcolessie famigliari* — Estratto dall'Archivio di Patologia e Clinica Medica, 1933, Fasc. 1.

L'A. che è il primo a descrivere questa speciale forma in Italia si sofferma a discutere della patogenesi che deve essere ricercata in una debolezza ereditaria del centro nervoso del sonno a sede mesencefalica ed espone gli effetti terapeutici lusinghieri con l'efetonina.

Prof. E. Fambri — *Ciò che insegnano le statistiche di mortalità delle classi lavoratrici* — Estratto da Difesa Sociale, N. 12, 1930.

Esaminando le tabelle del Registrar General's Occupational Mortality Statistics per il 1921-23 l'A. rileva una differente mortalità a seconda delle condizioni economiche che derivano dall'occupazione dei soggetti con notevole aggravio delle classi operaie più modeste e propone che venga studiata in rapporto ai tipi di vitto, all'ambiente di vita ed al lavoro esplicato.

Dott. A. Panagia — *La ptialo-reazione di Zambrini* — Estratto dal Giornale di Medicina Militare, Fasc. XII, 1935.
(Vedi recensione in altra rubrica).

Dott. B. P. Giordano — *Sul comportamento e sul significato della reazione di Hijmans van den Berg nei cardiopazienti* — Estratto dall'Archivio per le Scienze Mediche, Fasc. I, 1936.
(Vedi recensione in altra Rubrica).

Dott. G. Vezmer — *I tuoi ormoni il tuo destino* — Editore a cura dell'Istituto Sieroterapico Milanese, 1936.
(Vedi recensione in altra Rubrica).

Dott. F. Zambrini — *Le Thermomètre de la Résistivité Vitale* — Editore dall'Autore, Rue Feydeau n. 26, Parigi (2). Franchi 125.
(Vedi recensione in altra Rubrica).

Dott. S. Frenguelli — *Il Sanitario condotto nelle sue funzioni e nella legge* — Editore dall'Autore, Via Anfossi 28, Milano. L. 16.
(Vedi recensione in altra Rubrica).

Dott. E. Le Bec — *Prove mediche del miracolo*. — Trad. e pref. del Dott. A. Alliney Edit. Marietti, Torino, 1933. L. 7.
(Vedi recensione in altra Rubrica).

P. Revelli — *La densità della popolazione nella storia della geografia*. — Edit. del Comitato It. Studio Problemi Popolazione. Roma, 1936, L. 15.
(Vedi recensione in altra Rubrica).

Dott. G. De Lisi — *La reazione di Zambrini nella gravidanza normale e patologica* — Estratto dagli Annali della Facoltà Medico-Chirurgica di Perugia, Anno 1935-36.

Dalle ricerche condotte l'A. conclude che essa è un ottimo mezzo di selezione nei riguardi dell'allattamento balatico e un valido aiuto nella pro-

gnosi delle gravi forme tossi-infettive gravidiche e puerperali.

Prof. Sen. A. Castellani — *L'organizzazione sanitaria e la salute delle truppe durante la guerra d'Etiopia* — Tip. Ed. Italia, Anno XLV, 1936, Roma.

L'A. presenta le statistiche degli Ospedali in Africa e in madre Patria, e del personale medico sanitario in Africa durante la guerra etiopica. Espone le principali malattie e traumi che si riscontrano in Etiopia, le condizioni di salute delle nostre truppe e il numero dei morti durante il periodo bellico.

Prof. Dogliotti e Dott. Santi — *Sull'equilibrio acido-base nella vecchiaia* — Estratto dalla Minerva Medica, Anno XXIV, Vol. II, N. 38.

Gli A.A. mettono in evidenza che su una statistica di 50 vecchi il 74% presenta una anomalia dell'equilibrio acido-base e precisamente una tendenza all'acidosi.

Dott. L. Gabbianelli — *Alcuni elementi per la diagnosi precoce della tubercolosi renale* — Estratto da Riforma Medica, 1936, N. 17.

L'A. espone come siano da tenersi in considerazione le ematurie anche lievi, la necessità di un attento esame microscopico dell'urina, dell'esame cistoscopico, radiologico e reazioni tubercoliniche quando vi sia sospetto di tbc. renale.

Prof. A. Manna — *Definizione, fini e campo d'azione della chirurgia plastica* — Estratto dal Bollettino e Memorie della Società Tosco-Umbra di Chirurgia, Vol. 2°, N. 1, 1935.

L'A. definisce la chirurgia plastica l'insieme di tutte le operazioni plastiche per rimediare difetti congeniti ed acquisiti riabilitando così l'individuo che ne è affetto.

Prof. A. Manna — *Brevi cenni storici della chirurgia plastica in Italia* — Estratto da Chirurgia plastica, 1935, Anno I, Fasc. 1.

L'A. fa la storia della chirurgia plastica in Italia da Celso a Gaspare Tagliacozzi e dice come essa sia un vanto italiano.

Dott. M. Santi — *Artrite gonococcica dell'alluce* — Estratto da Rinnovo medico, Gennaio 1935.

L'A. descrive un caso di artrite blenorragica a esordio di pseudo reumatismo con rara localizzazione all'articolazione metatarso falangea dell'alluce destro.

Dott. M. Santi — *Su un caso di emofilia renale* — Estratto dalla Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia, Vol. XV, N. 22, 1934.

L'A. descrive un caso di emofilia nel quale per 12 anni si ebbe ematuria stagionale, e conclude doversi intendere per emofilia renale una emofilia documentata dall'esame ematico, nella quale prevalentemente ed esclusivamente si abbiano emorragie renali.

Dott. M. Santi — *Su alcuni casi di perforazione gastro duodenale e particolarmente su alcune sindromi larvate e miti* — Estratto da « Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia », Vol. XVII, N. 2, 1936.

L'A. dopo aver riferito sulla frequenza delle perforazioni gastro duodenali a sindrome larvata o mite, la cui diagnosi facilmente viene ignorata, aggiunge alcune considerazioni cliniche e alcuni rilievi sull'andamento delle forme da lui osservate.

Dott. M. Santi — *L'influenza della terapia calcio colessterinica e lecitinica (endovenosa) sulla colesterinemia plasmatica e globulare sulla calcemia e sulle condizioni generali, locali ed ematiche (emogramma di Schilling) dei tubercolosi polmonari* — Estratto da « Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini », Anno XXXV, Fasc. 1, 1936.

L'A. dopo avere rapidamente esposto le diverse opinioni e le esperienze sulla colesterinemia e calcemia dei tubercolosi, riporta i risultati di ricerche personali sull'argomento, condotte separatamente sul plasma e sui globuli per la colesterina e sul siero per il calcio; aggiunge gli effetti ottenuti su pazienti sottoposti a cure lecitino-endovenosa e colesterino-calcica.

Dott. G. Pell — *Diagnosi differenziale tra Lupus e Leishmaniosi esterna* — Estratto dagli « Atti dell'Accademia Medico Chirurgica del Piceno », 28 dicembre 1935.

L'A. illustra un caso di Leishmaniosi cutanea malattia endemica in provincia di Ascoli Piceno e riferisce come si possa confondere col Lupus. L'insorgenza però, nei mesi estivi di focolai endemici, la sede e le parti colpite, il reperto diafanoscopico e specialmente microscopico, portano facilmente alla diagnosi di Leishmaniosi esterna.

Dott. G. Caselli — *Contributo allo studio della febbre esantematica estiva* — Estratto da « Rassegna Clinico Scientifica », N. 9, Anno X, 1932.

L'A. riferisce che la febbre esantematica benigna estiva può essere considerata una malattia infettiva esotica, endemica del Nord-Africa, trapiantata nell'Europa mediterranea negli anni di guerra e dopo guerra, per il trasporto di truppe e di bestiame.

Dott. G. Caselli — *A proposito della tubercolosi nel Clero e negli Istituti religiosi* — Estratto da « Athena », 1933.

L'A. riferisce che anche nel Clero, nei Seminari, come negli altri Istituti Religiosi in genere, la tubercolosi miete le sue vittime. Specialmente ciò è da mettersi in rapporto alle regole di vita tenute in questi Istituti.

Dott. G. Caselli — *Le alterazioni dell'immagine radiologica del diaframma nella tubercolosi del polmone e loro differenziazione dalle alterazioni di origine pleurica* — Estratto da « Rivista di Patologia e Clinica della tubercolosi », Anno VII, Fasc. 7, 1934.

L'A., fatta un'ampia esposizione semeiologica e radiologica del diaframma e delle cause che possono produrre deviazioni della norma radiologica del diaframma stesso, dice che la diagnosi differenziale fra lesioni pleuriche e lesioni tubercolari polmonari si impenna su un attento esame radioscopico dei movimenti diaframmatici attraverso l'espansibilità dei seni e di ciascun segmento diaframmatico con l'aumentare col mezzo di opportuni artifici — manovre di Müller e Valsalva — la forma di contrazione attiva del diaframma.

Dott. G. Caselli — *Sulla pneumotoracentesi* — Estratto da « Notiziario di Diagnostica e Terapia », N. 9, 1932.

L'A. fa una esposizione dell'utilità delle pneumotoracentesi e descrive l'apparecchio da lui adottato.

Dott. G. Caselli — *Sulle cosiddette pleuriti a mantello* — Estratto dal « Notiziario di Diagnostica e Terapia », N. 2, 1933.

L'A. espone i dati semeiologici e radiologici delle pleuriti a mantello. Ne fa la descrizione clinica ed accenna quale deve essere il trattamento terapeutico.

Dott. M. Mattioli — *Azione dell'insulina sul ricambio del calcio in un caso di osteomalacia con diabete mellito di natura luetica* — Estratto da « Rassegna di Terapia e Patologia Clinica », Anno II, N. 2, 1930.

L'A. ha studiato in un caso di osteomalacia con diabete mellito il comportamento del tasso di calcio sotto l'influenza dell'insulina e riferisce che in questi casi l'uso dell'insulina deve essere controindicata.

Dott. M. Mattioli — *Il calcio nell'organismo umano* — Estratto da « Rassegna di Terapia e Patologia Clinica », Anno II, N. 3, 1930.

L'A. parla delle molteplici indicazioni terapeutiche del calcio, data l'azione cardiotonica, neurotonica, diuretica e sulla coagulazione sanguigna da esso esplicata.

Dott. M. Mattioli — *Studio sull'attività muscolare in un diabetico tratta con l'insulina* — Estratto da « Studium », Anno XX, N. 11, 1930.

L'A. ha riscontrato che l'insulina in un diabetico affetto da grave forma consuntiva, ha favorito l'attività muscolare.

Dott. M. Mattioli — *Azione del chinino sul metabolismo basale* — Estratto da « Rassegna di Terapia e Patologia Clinica », Anno II, N. 1, 1931.

L'A. dice che il chinino somministrato alla dose di un grammo in dodici individui, ha diminuito il metabolismo basale in dieci e l'ha aumentato in due. Può quindi affermarsi che il chinino abbassa il metabolismo basale.

Dott. M. Mattioli — *Variazioni elettrocardiografiche nel tabagismo e nel nicotinismo* — Estratto dal « Morgagni », N. 2, 1932.

L'A. riporta le curve elettrocardiografiche di 12 conigli previamente intossicati con fumo di tabac-

co e nicotina e dico che le variazioni osservate sono in gran parte dovute all'azione della nicotina.

Dott. M. Mattioli — *Sull'iper-insulinismo e sua azione sugli organi a secrezione interna* — Estratto dal « Morgagni », N. 20, 1933.

L'A. riporta lo studio istologico degli organi a secrezione interna di animali in istato di iperinsulinismo.

Dott. M. Mattioli — *Azione del sangue di ratti esposti ai raggi ultravioletti sulla tiroide, paratiroide e ipofisi di ratti tenuti all'oscuro* — Estratto dal « Morgagni », N. 48, 1933.

L'A. riporta i risultati di ricerche sperimentali sui ratti e conclude a suo modo di vedere che le alterazioni riscontrate nella tiroide, paratiroide ed ipofisi dei suddetti sono legate a proteine eterogenee o denaturate.

Dott. M. Mattioli — *Azione del liquido di cisti da echinococco sulla struttura della milza* — Estratto dal « Bollettino della Società Italiana di biologia sperimentale », Vol. XVIII, Fasc. 4, 1935.

L'A. ha studiato la quantità di glicogeno del fegato di 18 conigli con occlusione intestinale ed ha riscontrato che rispetto ai controlli il glicogeno è fortemente diminuito.

Dott. M. Mattioli — *Osservazioni cliniche e sperimentali sui test di imbibizione in rapporto alle sindromi diabetiche ed agli effetti dell'insulina* — Estratto dal « Morgagni », 1933.

L'A. ha studiato il comportamento del test di imbibizione prima e dopo la cura insulinica in 15 diabetici ed ha trovato che il siero di sangue dei diabetici toglie meno acqua al muscolo di rana del siero di sangue di individui normali.

Dott. M. Mattioli, J. Leguime et A. Van Bogaert — *Modifications tensionnelles intra-artérielles au cours de la respiration de Cheyne-Stokes* — Estratto da « Comptes rendus des Séances de la Société de Biologie », 1933, T. CXIV, P. 975.

Gli AA. dimostrano che le variazioni della tensione media intra-arteriosa durante la respirazione di Cheyne-Stokes sono indipendenti dalle escursioni respiratorie.

Dott. M. Mattioli — *Azione della tubercolina irradiata con ultravioletti sulla evoluzione della tubercolosi sperimentale* — Estratto dal « Morgagni », 1934, n. 47.

L'A. ha riscontrato che l'azione della tubercolina irradiata con ultravioletti sulla evoluzione della tubercolosi sperimentale presenta nelle cavie lesioni più diffuse rispetto ai controlli.

Dott. M. Mattioli — *Comportamento della pressione media intra-arteriale e i suoi rapporti con le fasi respiratorie in quattro casi di respirazione di Cheyne-Stokes* — Estratto da « Folia Medica », N. 5, 1934.

L'A. dimostra che le variazioni della pressione media intra-arteriale sono indipendenti dall'influenza meccanica dei movimenti respiratori.

Dott. M. Mattioli — *Su di un particolare aspetto delle granulazioni dei leucociti eosinofili negli individui affetti da anchilostomiasi* — Estratto dal « Bollettino della Società Italiana di Biologia Sperimentale », Vol. IX, Fasc. 4, 1934.

L'A. riferisce che nel sangue degli individui affetti da anchilostomiasi esistono degli eosinofili nei quali la normale granulazione viene in parte o totalmente sostituita da un'altra di un colore brunoastro.

Dott. M. Mattioli — *I processi deidrogenativi in varie condizioni allergiche con speciale riguardo alla tubercolina* — Estratto da « Folia Medica », n. 14, 1934.

L'A. ha studiato il comportamento dei processi dei-drogenativi col metodo di Lipschitz nel fegato, nel rene, nel muscolo e nel cervello e ne riporta i risultati.

Dott. A. Fortunato e M. Mattioli — *Osservazioni cliniche ed elettrocardiografiche sull'insufficienza aortica* — Estratto da « Gli incurabili », N. 5, 1935.

Gli AA. riportano indagini cliniche ed elettrocardiografiche su 86 infermi di insufficienza aortica e ne traggono le dovute considerazioni.

Dott. M. Mattioli — *Effetto della tubercolina sottoposta all'azione del radio sugli animali tubercolizzati* — Estratto da « Folia Medica », N. 13, 1936.

L'A. dimostra che il radium attenua ma non distrugge le proprietà che ne rendono pericoloso l'uso negli organismi tubercolotici.

Dott. M. Mattioli — *Modificazioni istologiche del polmone normale sotto l'azione collassante dell'oleotorace* — Estratto da « Folia Medica », N. 16, 1936.

L'A. riporta i risultati ottenuti su sei conigli e tre cavie ai quali aveva praticato l'oleotorace.

Prof. G. Judica — *Intorno ad alcuni resti ossei attribuiti a Beatrice d'Este* — Estratto da « La Medicina Italiana », Anno XVII, N. 6, 1936.

L'A. dalle indagini fatte su di un cadaveretribuito a Beatrice d'Este, ha potuto escludere che tanto i resti ossei come il materiale dato in esame appartenessero alla suddetta.

Dott. L. Addis — *Considerazioni sopra un caso di ossificazione da trauma* — Estratto da « Rivista dell'Accademia Medica Lombarda », N. 6, 1932.

L'A. descrive un caso di ossificazione da trauma del cavo ascellare di un uomo di 72 anni, seguita a lussazione della spalla e pensa che il fenomeno sia dovuto a turbe transitorie locali dell'equilibrio umorale provocate dal trauma.

Dott. L. Addis — *Osteite fibrocistica dell'acromion* — Estratto dal « Bollettino dell'O. P. Poliambulanza "Giuseppe Ronzoni", Anno VI, Fasc. 3.

L'A. illustra un caso personale di osteite fibrosa localizzata, dimostrandosi favorevole ad ammettere che trattisi di forma frusta di malattia di Recklinghausen.

Dott. L. Addis — *Un caso di sirenomoie* — Estr. dagli «Atti della Società fra Cultori delle Scienze Mediche e Naturali in Cagliari», Anno XXXVII, N. 2, 1935.

L'A. illustra un caso personale di feto sirenoide che pensa dovuto a forza compressiva esercitata dal sacco amniotico fortemente ristretto nell'estremità caudale dell'embrione.

Dott. L. Addis — *Contributo alla casistica e alla clinica dell'appendicite cronica*.

L'A. illustra tre casi di appendicite cronica e fa un accenno sulla patogenesi, etiologia, diagnosi e cura dell'appendicite cronica stessa.

Dott. M. Guardabassi — *L'impiego terapeutico della lipasi* — Estratto da «La Diagnosi», Vol. XV, Fasc. VI, 1935.

L'A. asserisce che il trattamento a base di lipasi farebbe risentire il suo effetto dove esistono tessuti in sofferenza, senza un carattere di specificità per quella o tal'altra malattia.

Dott. A. Spaltro — *La terapia cerolitica della tubercolosi* — Estratto da «Annali Ravasini», N. 2-4-14, 1936.

L'A. consiglia di procedere all'applicazione sistematica della terapia cerolitica nella tubercolosi portando essa notevoli vantaggi.

Dott. E. Fürth — *La mortalità dei lattanti in Austria*. Estratto da «Monatsschrift für Kinderheilkunde», vol. 97, fasc. 1-2, 1936. Vienna.

L'A. riporta in numerose tabelle i dati statistici relativi alla mortalità dei lattanti nelle varie città dell'Austria.

Resoconto finanziario del 56° anno di attività della Münchener Rückversicherungsgesellschaft — Monaco, 1936.

Prof. Dott. H. Mommsen — *La tubercolosi intratoracica infantile, genesi e forme evolutive*. Estratto da «Medizinischen Klinik», 1936, n. 32. Vienna.

L'A. descrive l'insorgenza e l'evoluzione della tubercolosi intratoracica infantile, studiandola anche dal punto di vista radiologico.

Dott. W. Fröhlich e Dott. S. Vajda — *Il nuovo orientamento dell'organizzazione assicurativa nei paesi appartenenti alla sfera d'azione della Compagnia di assicurazione vita «La Fenice»*.

Gli A.A. passano in rassegna i nuovi ordinamenti dell'organizzazione assicurativa in Austria, Germania, Cecoslovacchia, Ungheria, Jugoslavia, Polonia e Romania.

Dott. E. Fürth — *L'uso di una tavola di mortalità generale europea*. Estratto da «Medizinische Klinik», n. 41, 1936. Vienna.

Da un accurato esame dei dati statistici rela-

tivi al quinquennio 1931-1935 riportati in interessanti tabelle, l'A. rileva l'aumento della mortalità per cancro verificatasi nell'ultimo quinquennio in Vienna.

Dott. M. Gundel — *La vaccinazione attiva antidipterica*. — Editore M. Gundel, Berlino, 1936. Marchi 9,80.

(Vedi recensione in altra Rubrica).

Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari.

A Colobrarò (Potenza) il Dott. Simeone Gennaro.

A Marano Vicentino (Vicenza) il Dott. Moro Ettore.

A Montebello Vicentino (Vicenza) il Dott. Mazzi Italo.

A Somma Lombarda (Varese) Paoletti Giovanni.

E' deceduto a Istanbul il 24 dicembre u. s. il Prof. Francesco Feliziani nostro Consulente Fiduciario per la Turchia.

Alla memoria del Prof. Dott. **Francesco Feliziani** già Medico degli Ospedali Riuniti e dell'Istituto di Patologia Medica della R. Università di Roma che per molti anni è stato stimatissimo Primario Medico del R. Ospedale Italiano, giunga il reverente saluto di quanti lo conobbero e ne apprezzarono il valore clinico non disgiunto dall'alto senso di italianità che teneva alta in terra straniera.

Nella pace di Spilimbergo il 28 gennaio si è spento il Prof. **Angelo Ceconi** già Direttore dell'Istituto di Patologia Medica di Torino, medico e scienziato che sempre alto ha tenuto il nome dell'Italia come patriota e come medico.

La sua attività rimane soprattutto legata all'alta opera di valorizzazione di fronte a noi stessi ed al mondo di ogni progresso della medicina italiana che va dal Trattato di medicina interna ad una ricca collana di periodici e di volumi sempre molto apprezzati.

Ad Angelo Ceconi nostro Consulente straordinario di Torino vada il nostro estremo vale.

Il 2 c. m. è morta in Roma la Signora Enrica Ricca-Rosellini in Bardsky madre del nostro collaboratore per le illustrazioni. Ad Eugenio Bardsky la famiglia dell'«Assistenza Sanitaria» invia le più sentite condoglianze per la grave sciagura.

Riproduzione vietata degli scritti contenuti in questa Rivista, anche se parziale o sunteggiata, senza citarne la fonte.

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

Città di Castello, 1936-XIV — Tipografia «Unione Arti Grafiche» — Telefono 37.



Corporate Heritage
& Historical Archive

Polizza "Pro-Familia,"

Ispirandosi alla politica demografica del Regime e seguendo l'alto comandamento del DUCE di *andare sempre più decisamente verso il popolo*.

l' Istituto Nazionale delle Assicurazioni

offre alle sorgenti generazioni dell'Impero fascista una nuova forma di assicurazione popolare, intesa a diffondervi il sentimento della previdenza e compiervi vasta ed efficace propaganda in favore della nuzialità.

La polizza di nuzialità, denominata

Pro-Familia

è un contratto che può essere stipulato a favore di bambine di età non superiore a 11 anni e di ragazzi di età non superiore a 14 e conferisce all'assicurato il diritto ad una determinata somma nel momento del suo matrimonio, purché questo avvenga non oltre 30 anni di età, per le donne, ovvero non oltre i 35 anni di età per gli uomini.

L'assicurazione può aver luogo con o senza controassicurazione: nel primo caso, se l'assicurato muore prima del matrimonio o perviene all'età di scadenza della polizza senza che il matrimonio sia avvenuto, tutti i premi versati dall'assicurato o da chi per lui vengono restituiti a chi di diritto: nel secondo caso nulla sarà rimborsato.

L'assicurato o chi per lui dovrà versare dei premi secondo tariffe prestabilite. È ammesso il pagamento di un premio unico iniziale a totale liberazione di ogni impegno dell'assicurato; e si possono corrispondere dei premi annui, rateabili anche mensilmente, il cui pagamento, per altro cessa col compimento del 21° anno di età o anche prima, se l'assicurato sposa prima.

Le belle caratteristiche di questa assicurazione chiariscono la grande opportunità di una sua larga diffusione negli asili infantili e nelle scuole elementari e quanto utile e conveniente essa possa riuscire come espressione filantropica ed assistenziale di Enti pubblici e privati che vogliano favorire la propaganda demografica.

Alle assicurazioni di gruppi, così promosse, si riconosce il carattere collettivo e si concedono particolari facilitazioni o sconti di tariffa.

Esempio primo

Un padre vuole assicurare una sua bambina di 5 anni e un suo figlio di 7 anni, ciascuno per un capitale di L. 5.000 al momento del loro matrimonio, e chiede la controassicurazione a favore della figlia. Si domanda quanto dovrà pagare mensilmente.

Risposta. Per un bambino di 7 anni, secondo la tariffa senza controassicurazione, versando al massimo 14 premi annui in ragione di L. 5 mensili, si costituisce per il momento del matrimonio un capitale di L. 1.355; se si vuole che il capitale raggiunga L. 5.000, bisognerà versare ogni mese L. 18.45.

Per una bambina di 5 anni, secondo la tariffa con controassicurazione, versando al massimo 16 premi annui in ragione di L. 5 mensili, si costituisce per il caso di matrimonio un capitale di L. 1.320; se si vuole che il capitale raggiunga L. 5.000, bisognerà versare L. 18,95 di premio mensile.

Nel caso in cui la figlia muoia nubile, i premi versati saranno restituiti; e se la figlia raggiunge da nubile i 30 anni di età, le sarà rimborsato il totale dei premi versati, cioè $16 \times 12 \times 18,95 = \text{L. } 3.648,60$.

Esempio secondo

Un Ente eroga L. 25.000 per costituire doni di nuzialità, ciascuno di L. 1.000, a favore di bambine disagiate che in età di tre anni entrino in un dato Asilo. Si domanda a quante bambine, mediante l'assicurazione *Pro-Familia*, si potrà garantire la somma di L. 1.000 per il momento del loro matrimonio.

Risposta. Secondo la tariffa a premio unico senza controassicurazione, occorre per una volta tanto il premio di L. 379,50 per garantire ad una bambina di tre anni il godimento di L. 1.000 al momento del suo matrimonio. In questo caso, però, l'assicurazione assumendo carattere collettivo, si potrà concedere uno sconto di tariffa del 3%: il premio, perciò, si riduce a L. 368,20. E allora, tante volte questo premio è contenuto in L. 25.000 altrettante bambine si potranno assicurare: si potranno cioè assicurare ben 68 bambine.

Esiste la soluzione assicurativa ottima per ogni situazione economica e familiare. L'Agente produttore dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ve la consiglierà.