

L'ASSISTENZA

SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno VI
Numero 2
15 aprile
1937 - XV
pubblicazione in abbonamento postale - Perugia

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



Corporate Heritage
& Historical Archive

La Polizza XXI Aprile dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

rappresenta quanto di socialmente più elevato e di tecnicamente più progredito è stato realizzato finora nel campo dell'assicurazione vita a favore delle categorie lavoratrici. Basta, per convincersene, gettare uno sguardo sui seguenti **eccezionali benefici** che la Polizza XXI Aprile consente ai lavoratori assicurati: 1) estensione anche al caso di infermità, derivante da infortunio o malattia, della sospensione temporanea del pagamento del premio finora limitata, ai casi di disoccupazione o di servizio militare; 2) liquidazione anticipata di una metà del capitale fissato in polizza, oltre all'esonero dal pagamento dei premi per l'altra metà, se l'assicurato, venga ad avere sei figli viventi nati dopo la stipulazione del contratto; 3) liquidazione anticipata di una metà del capitale segnato in polizza, con diritto ad incassare l'altra metà al più tardi dopo cinque anni dal pagamento della prima, nel caso in cui si verifichi l'invalidità totale prevista dalle condizioni generali del contratto, E ciò fermo restando l'esonero dal pagamento dei premi riferentisi alla parte della somma assicurata che rimane in vigore; 4) abolizione del costo di polizza.

Soltanto un Ente Stato, come l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni poteva colla Polizza XXI Aprile tradurre in atto l'ideale in materia di assicurazione popolare. Per questo

IL DUCE

ha dato la Sua alta e incondizionata approvazione alla coraggiosa intrapresa dell'Istituto Nazionale, incitando i dirigenti dell'Ente a creare milioni di queste Polizze protettrici del popolo lavoratore.

Per questo i Capi di tutte le *Confederazioni Nazionali Fasciste dei Lavoratori* hanno dato la loro piena e convinta adesione alla provvida iniziativa dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

Per questo i più intraprendenti e intelligenti **Datori di Lavoro** specialmente nel campo dell'industria, hanno accordato alla *Polizza XXI Aprile* il loro patrocinio, nelle forme più svariate, che vanno dal contributo al pagamento dei premi, alla trattenuta dei premi sulle mercedi, quando ciò è liberamente consentito dai lavoratori.

A titolo d'onore additiamo agli Italiani:

La **SNIA VISCOSA** che ha stipulato nel 1932 con l'Istituto Nazionale una convenzione per l'assicurazione vita dei suoi dipendenti, obbligandosi a contribuire al pagamento dei premi in notevole misura. A questa polizza chiamata «del Decennale» vennero dall'Istituto spontaneamente estesi tutti i benefici della Polizza XXI Aprile. I capitali assicurati con questa convenzione sommano a L. 85.000.000 (trentacinque milioni).

La **SAVA** (Società Anonima Veneta Alluminio) che ha pattuito coi Sindacati un concorso dal 30 all'80% nel pagamento dei premi per le Polizze XXI Aprile sottoscritte dai suoi lavoratori.

La **OVEST TICINO** che pochi giorni addietro ha deliberato di assumere a proprio carico metà dell'onere per i premi dalle Polizze XXI Aprile sottoscritte dai suoi dipendenti.

Finalmente innumerevoli Ditte industriali e commerciali in tutte le parti d'Italia, a cominciare dalla **FIAT**, volenterosamente hanno concesso all'Istituto delle Assicurazioni l'agevolazione molto importante della

trattenuta dei premi sui salari

per i loro dipendenti assicurati con l'Istituto che in ciò fossero consenzienti. Questa trattenuta obbliga le Aziende ad una operazione contabile in più, ma rende ai loro dipendenti assicurati un inestimabile beneficio, e rappresenta una collaborazione preziosa per l'Istituto Nazionale, che qui ne esprime a tutti il suo caldo ringraziamento.



L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

REDAZIONE ED AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

ROMA — Via Sallustiana, 51 — ROMA

PARTE UFFICIALE

NUOVE PROVVIDENZE SANITARIE

a favore degli ASSICURATI dell'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

Nuovi Consultori:

CATANIA presso l'Agenzia Generale - Via della Lettera 7.

TREVISO presso l'Agenzia Generale - Piazza Vittorio Emanuele 29.

TRENTO presso l'Agenzia Generale - Via Belenzani, 14.

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*

Facilitazioni presso le RR. Terme di Castrocaro (Forlì):

A tutti comunque assicurati riduzione del 25%.

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 **Agrigento** (Via Roma, 291); **Alessandria** (Corso Roma, n. 14); **Asti** (Piazza Medici, 16); **Bolzano** (Via Duca D'Aosta, 2); **Cagliari** (Via Roma, 73); **Catania** (Via della

Lettera, n. 7); **Catanzaro** (Scesa Leone); **Cosenza** (Corso Mazzini, Pal. Pilotta); **Frosinone** (Via XX Settembre, 19); **Messina** (Via Colombo, 40); **Padova** (Piazza Spalato, 1); **Palermo** (Via Maqueda, n. 200); **Ragusa** (Via Mariannina Coffa, 12); **Reggio Calabria** (Corso Garibaldi); **Roma** (Via Tritone, 142); **Terni** (Corso Tacito, 2); **Torino** (Via Maria Vittoria 1); **Trapani** (Via Torrearsa, 77); **Treviso** (Piazza Vitt. Emanuele 29); **Trieste** (Via Carducci, 2); **Verona** (Via Anfiteatro, 10).

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.; **Agrigento** (Via Roma, n. 291); **Alessandria** (Corso Roma, n. 14); **Asti** (Piazza Medici, 16);

Bolzano (Via Duca D'Aosta, n. 2); **Cagliari** (Via Roma, 73); **Catania** (Via della Lettera, 7); **Catanzaro** (Scesa Leone); **Cosenza** (Corso Mazzini, Palazzo Pilotta); **Frosinone** (Via XX Settembre, 19); **Messina** (Via Colombo, 40); **Padova** (Piazza Spalato, 1); **Palermo** (Via Maqueda n. 200); **Ragusa** (Via Mariannina Coffa, 12); **Reggio Calabria** (Corso Garibaldi); **Roma** (Via Tritone, n. 142); **Terni** (Corso Tacito, 2); **Torino** (Via Maria Vittoria, 1); **Trapani** (Via Torreatsa, 77); **Treviso** (Piazza Vittorio Emanuele 29); **Trieste** (Via Carducci, 2); **Verona** (Via Anfiteatro, 10).

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 **Bolzano**, (Via Duca D'Aosta, n. 2); **Cagliari**, Via Roma, n. 73); **Messina** (Via Colombo, 40); **Padova** Piazza Spalato, 1); **Torino**, Via Maria Vittoria, 1); 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 meglio 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.: in **Agrigento** (Via Roma,

n. 291); **Alessandria** (Corso Roma, n. 14); **Asti** (Piazza Medici, 16); **Bolzano** (Via Duca D'Aosta, n. 2); **Cagliari** (Via Roma, 73); **Catania** (Via della Lettera, 7); **Catanzaro** (Scesa Leone); **Cosenza** (Corso Mazzini, Palazzo Pilotta); **Frosinone** (Via XX Settembre, 19); **Messina** (Via Colombo, 40); **Padova** (Piazza Spalato); **Palermo** (Via Maqueda, n. 200); **Ragusa** (Via Mariannina Coffa, 12); **Reggio Calabria** (Corso Garibaldi); **Roma** (Via del Tritone, n. 142); **Terni** (Corso Tacito, 2); **Torino**, (Via Maria Vittoria, n. 1); **Trapani** (Via Torrearesa, 77); **Treviso** (Piazza Vittorio Emanuele, n. 29); **Trieste** (Via Carducci, 2); **Verona** (Via Anfiteatro, n. 10).

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 provvidenze 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.

NOVARA

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

2. *Casa di cura per malattie polmonari - Eremita in Miazzina*, a tutti gli assicurati: riduzione del 80% sulle tariffe in vigore per il reparto agiati, sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Roentgenodiagnostica e Ruentgen-Radium-Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

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

Odontoiatri:

NOVARA - Dr. BORRINI FRANCESCO.

Dr. SOENDRATI DANIELE.

Oculisti:

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

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 vista.

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

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

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

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

Odontoiatri: TORINO - Dr. BUJATTI GIOVANNI, Corso Vinzaglio, 104.

Prof. Dr. CASOTTI Luigi, Via Roma, 15 (Palazzo Ist. Naz. Ass.)
 Dr. Prof. GIORELLI Giulio, Via S. Quintino, 18.
 Dr. MARAZZINA C., Via Volpiano, 5.
 Dr. OTTOLENGHI Renato, Via Sacchi, 58.
 Dr. TOMMASINELLI Antonio, Via Mercanti, 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. PISSARELLO Carlo, Corso Vinzaglio, 21.
 Prof. TIRELLI GASPARE, R. Clinica Oftalmica.
 Dr. TOSO G., Via S. Secondo, 15.
 Prof. Dr. VALLI Oreste, Via Nizza, 27.
 Dr. VAUDETTE S., Via Cernaia, 18.
 Prof. Dr. VERDERAME Filippo, Corso Oporto, 31-bis.

Otorinolaringoiatri:

TORINO - Dr. BATTAGLIOTTI Enrico, Via Santa Chiara, 20.
 Prof. Dr. BRUZZONE Carlo, Via Davide Bertolotti, 2.
 Prof. Dr. CASASSA Adolfo, Via Principe Amedeo, 52.
 Prof. Dr. DIONISIO Ignazio, Corso Vinzaglio, 10.
 Prof. Dr. DONADEI Giovanni, Via Marco Polo, 19 bis.
 Dr. 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 Giorcechino, 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 potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

Odontoiatri:

IMPERIA - Dr. AMORETTI Raffaele, Via Alfieri, 8.
 Dr. DE VECCHI Oscar, Via del Monte.
 Dr. LATRONICO Attilio, Via Berio, 5 bis.
 Dr. MURA Carmelo, Corso Dante, 2.
 Dr. NATTA Antonio, Via Gandolfo, 1.
 BORDIGHERA - Dr. BUFFA Ermanno, Via S. Antonio.
 Dr. DEL BOCA Isidoro, Via Vitt. Emanuele.
 SANREMO - Dr. GERBOLINI Andrea, Via Vittorio Emanuele, 15.
 Dr. GERBOLINI Giuseppe, Via Vitt. Emanuele, 17.
 Dr. GISMONDI Emanuele, Via Vitt. Emanuele, 11.
 Dr. ELENA Giovanni, Via Carli, 1.
 VENTIMIGLIA - Dr. BUONSIGNORE Giuseppe, Via Roma, 7.
 Dr. UGOLINI Federico, Via Cavour, 51.

Oculisti:

IMPERIA - Dr. ODISIO Mario, Via G. Berio, 9.
 ONEGLIA - Dr. GRIVA Giuseppe.
 SANREMO - Dr. GRIVA Giuseppe, Via Vittorio Emanuele, 18.
 Dr. ODISIO 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 Armaldo 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. Pellegrino Termale*; a tutti gli assicurati: riduzione del 20% sulle tariffe in vigore per le rette di pensione, e del 25% sulle tariffe in vigore per le competenze professionali per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, 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 1^a classe, riduzione del 20% sulle tariffe di degenza per la 2^a e 3^a 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. SCACHERI Domenico, Corso Palestro.

GARDONE RIVIERA - Dr. GOIO 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 Fanegrò*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

Odontoiatri:

COMO - Dr. GORIN Vittorio, Via Garibaldi, 19.

Dr. PADERI Antonio.

Dr. TORI Luigi.

LECCO - Dr. HEUMANN Martino, Via Stoppani, 28.

Oculisti:

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

Otorinolaringoiatri:

COMO - Dr. BECCHERLE Ferdinando, Via Volta, 33.

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, Roentgendagnostica 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 Beltram e, 4

Dr. IRTZ Giuseppe.

Dr. REBIZZI Ernesto, Piazza Roma, 17.

Dr. ZANNINI Roberto.

CASALMAGGIORE - Dr. BOLES Oreste.

Oculisti:

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

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

Otorinolaringoiatri:

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

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. 80, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore per la radiologia, terapia fisica, radium terapia per le rette e le competenze professionali per interventi operatori di qualsiasi natura ed importanza, per analisi e ricerche di chimica e microscopia, nonché sulle tariffe in vigore per le consultazioni cliniche che ivi verranno praticate.

2. *Sanatorio in Vialba* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assi-

curati 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. CASTRIGNANI GIUSEPPE, Passaggio agli Osii, 2

Odontoiatri:

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

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

Dr. CAMPANARI ANTONIO, Via Italia, 13.

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

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 80%, sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica, roentgen-diagnostica e roentgen-radium-terapia che verranno praticate nella clinica.

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

Odontoiatri:

VARESE - Dr. BERTOLI Alessandro.

Dr. BERTOLI Romeo.

Dr. FRANZI Cesare.

Dr. GUSCETTI Severo.

Dr. MINGABELLI Lido.

Dr. RIVA Gian Pietro

Dr. BARBERO Vincenzo - Via Piave, 2

BUSTO ARSIZIO - Dr. BRECCETTO Davide.

GALLARATE - Dr. OTELLI Franco.

Dr. PATARINO Alfonso.

TRADATE - Dr. COOPMANS DE JOLDI Luigi.

Oculisti:

VARESE - Dr. MORETTI Ezio.

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

Otorinolaringoiatri:

VARESE - Dr. ROVERA Santo.

Dr. SIOLI Giulio.

SOMMA LOMBARDO - Dr. BURATTI Pasquale Achille.

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.*

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 Engelberto.

MERANO - Dr. BAR CARLO, Corso Principe Umberto, 32.

KEISER Giulio, Corso Principe Umberto, 84.

Otorinolaringoiatri:

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

Dr. SCHNABL Adolfo, Piazza Grano, 2.

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

Dr. NUSSBAUMER Giorgio, Corso Goethe, 11.

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 Venetie*, 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).

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 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*

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 assicu-

rati 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. *Presso l'Agenzia Generale, Via Belenzani, 14.*

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

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

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

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

E) *Misurazione della pressione arteriosa*.

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

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

3. *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. SEFFI CESARE, Via Gazzoletti.

ARCO - Dr. PENNECHER ERCOLE.

CAVALESE - Dr. BROSECHINI GIUSEPPE.

LEVICO - Dr. CALIARI FEDERICO.

ROVERETO - Dr. SOMMADOSSI MARCO.

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, 38.

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. Presso l'Agenzia Generale, Piazza Vittorio Emanuele, 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.*

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. 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.

3. *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. OTTOCHIAN Giuseppe, Via S. Lazzaro, 10.

Dr. REBEZ B., Corso Garibaldi, 28.

Dr. ROSAIO Giuseppe, Via Trenta Ottobre, 13.

Oculisti:

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

Dr. MANZUTTO G., Via Roma, 22.

Dr. OBLATH O., Via Rossini, 26.

Otorinolaringoiatra:

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

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

UDINE

Odontoiatri: UDINE - Dr. DAMIANI Domenico.

Dr. CLONFERO Erminio.

VENEZIA

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

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

Odontoiatri:

VERONA - Dr. BRIVIO Giano, Via Marsale.

Dr. CARAZZA Luigi, Piazza Dante, 8.

Dr. DELLA CHIARA Alfonso, Piazza Duomo.

Dr. FRANCHINI Egisto, Corso Vittorio Emanuele, 9.

Dr. SAGRAMOSO Alberto, Via Santa Chiara, 13.
 BARDOLINO - Dr. PEDUZZI P.
 LEGNAGO - Dr. BONFANTE Ugo.

VICENZA

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

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

Dr. FIORETTI Sebastiano, Via Morette.

Dr. MARTINELLI L., S. Corona.

ARZIGNANO - Dr. VERONESE Giuseppe.

Oculisti:

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

Otorinolaringoiatri:

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

Dr. BOER Antonio, Via Carpagnon, 13.

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 «Policlínica»*, 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 paga. do 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, 84.

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

Prof. Dr. NAPOLEONE Xilo, Via Guerra

Otorinolaringoiatri:

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

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

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

FERRARA

Odontoiatri:

Dr. BARUFFALDI Tommaso, Via Terranova, 8.

Dr. CAVALLARI Augusto, Largo Castello.

Dr. FINI Giuseppe, Corso Giovacca, 8.

Dr. MORI Davide, Via Cortevocchio, 8.

Dr. TESI Alfredo, Via Palestro, 21.

Dr. TESI Gastone, Via Palestro, 21.

Otorinolaringoiatri:

Dr. MANFREDI Angelo, Via Borgoleoni, 122.

Dr. MURATORI ENZO, Via Palestro, 62.

Oculisti:

Dr. CECCOLI Stefano, Vicolo del Teatro, 2.

Dr. VERZELLA Mario, Corso Porta Mare, 11.

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.

2. R.R. Terme di Castrocaro, a tutti gli assicurati riduzione del 25% sulle tariffe in vigore.

Odontoiatri:

FORLÌ - Dr. VESPIGNANI Guido, Corso Garibaldi.

Dr. MOLNAR Gessa, Via M. Missirini.

Dr. BRIGANTI Antonio, Capitano 2º Fanteria.

Dr. CASALI ALVARO, Corso Garibaldi.

RIMINI - Dr. LAZZAROTTO Eugenio.

Dr. PEDRAZZI Luigi.

Dr. PELOSI ROMANO.

Oculisti:

FORLÌ - Dr. MARCHINI Paolo, Corso A. Diaz.

Dr. SANTONOCETO Ottavio, Via Giovanni dalle Bande Nere.

Otorinolaringoiatri:

FORLÌ - Dr. SEGANTI Filippo, Via Madenti.

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

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

Odontoiatri:

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

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

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

Otorinolaringoiatri:

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

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

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

Dr. MISTRALETTI Umberto, Via Chiapponi.

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, Roentgen diagnostica 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 dei 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. PARDUCCI Mario, Via del Fante, 8.

Otorinolaringoiatri:

SUVERETO DI LIVORNO - Dr. CHERICI 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. LODOVICI 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 della concentrazione).
2. Esame dell'espettorato.
3. Dosaggio della glicemia (compresa la prova di carico e la curva glicemica).
4. Dosaggio della azotemia.
5. Dosaggio della uricemia.
6. Reazione di Kahn.
7. Reazione di Wassermann.
8. Reazione di Meinicke.
9. Misurazione della pressione arteriosa.
10. Elettrocardiogramma.
11. Teleradiografia del torace.
12. Controllo del peso e della altezza.
13. Consultorio gratuito per il collaudo periodico dell'organo della vista.

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 co-

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

D) Controllo del peso e dell'altezza.

E) Misurazione della pressione arteriosa.

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

3. *Istituti Fisioterapici Ospedalieri* (Istituto Dermosifilopatico Ospedaliero di Santa Maria e San Gallicano — Istituto Regina Elena per la diagnosi e la cura dei tumori, tutti gli assicurati otterranno gratuitamente oltre le visite e le cure ambulatorie, ivi comprese le cure di Roentgen-terapia anche tutte le ricerche di clinica e di laboratorio e radiologiche. Gli assicurati che a giudizio dei medici di detti Istituti avessero bisogno di essere ricoverati o per accertamenti diagnostici o per subire atti operativi o per altre cure, pagheranno solo la diaria di degenza. Attualmente la diaria è di L. 35 — per l'Istituto Regina Elena e di L. 80,50 per l'Istituto Dermosifilopatico di S. Gallicano. Oltre la diaria gli assicurati sono esenti da qualsiasi altra spesa (operazioni chirurgiche, medicazioni, applicazioni di radium e 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. Ramazzini»* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

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

riduzione del 50% agli assicurati con polizza scolastica popolare e del 30% a tutti gli assicurati, in qualunque forma, e loro figli, sugli onorari sia per la diagnosi e la cura dell'adenoidismo che per quella delle affezioni otorinolaringoiatriche.

la terapia inalatoria e per tutti gli esami e cure di radiologia, elettro e fototerapia che ivi si praticano.

Odontoiatri:

ROMA - Dr. BENAGIANO Andrea, Via Salaria, 44.
 Prof. Dr. DE VECCHIS Beniamino, Via Cornelio Celso, 1.
 D.ri BONCRISTIANI - NEMES, Via Arenula, 53.
 Dr. PIERLUIGI Antonio - Corso Trieste, 141.
 Dr. ERCOLANI ALBERTO, Largo Magnagrecia, 3.

Oculisti:

ROMA - Prof. Dr. COLANGELI Armando, Via A. Canova, 12.
 Prof. Dr. MAZZANTINI Gustavo, Via Milano, 24.
 Prof. Dr. NEUSCHÜLER Ignazio, Via Arcoeli, 58.
 Prof. Dr. STRAMPELLI Benedetto - Corso Italia, 33

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. BARBATO Nunzio.

Comm. Dr. GRIMALDI Eugenio.
 AGNONE - Dr. SAVASTANO Silvio.

CHIETI

Odontoiatri: Dr. CRV. 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 e classi distinta e di prima; c) riduzione del 15% (quindici per cento) sulle tariffe dell'abbonamento per dieci bagni, per la seconda classe.

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

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

Odontoiatri: NAPOLI - Dr. COPPOLA Antonio, Via Cesareo 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. SANTANELLO Fortunato, Corso Vitt. Emanuele, 400.
 Dr. VIOLLET Giovanni, Via Capodimonte, 31.
 Prof. Dr. ZONA Alberico, Piazza Bellini, 68.
META DI SORRENTO - Cav. Uff. Dr. Russo Valerio, Corso Littorio, 118.
SPARANISE - Dr. GRANDE FRANCESCO.
Otorinolaringoiatri: Prof. Dr. DI LAURO Espedito, Riviera di Chiaia, 84.
 Prof. Dr. JANNUZZI Silvio, Via S. Spirito di Palazzo, 31.

Puglia

BARI

1. *Clinica privata del prof. Floriano 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, Roentgendiagnostica e Roentgen-Radium-Terapia che verranno praticate nella Clinica.
Odontoiatri: FOGGIA - Dr. ARBORE Giulio.
 Dr. DI MAIO ENZO.
MANFREDONIA - Dr. MELUCCO Pasquale.
S. SEVERO - Dr. RECCA Pietro.
Oculisti: FOGGIA - Dr. ALTAMURA Alfredo.
CARLANTINO - Dr. DE SIMONE Nicola.
S. SEVERO - Dr. COLIO Giovanni.
Otorinolaringoiatri:
FOGGIA - Dr. GALLO Antonio.
S. SEVERO - Dr. GERVASIO Arnaldo.

LECCE

1. *Stabilimenti Termali di S. Cesarea (Lecce)*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 25% sulle tariffe in vigore, sia per l'ammissione che per tutte le cure che ivi si praticano.
 2. *Ospedale Sanatoriale dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale*: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.
 3. *Consultorio materno in Lecce* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

TARANTO

Odontoiatri: TARANTO - Dr. BARBARO 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.

Lucania

MATERA

Odontoiatri: MATERA - Dr. MABINARO 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.*

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

Odontoiatri: Dr. ANDREASSI Giuseppe.

Dr. CERRELLI 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 Stefano, Corso Vittorio Emanuele.

Oculisti:

REGGIO CALABRIA - Dr. DE LOGU Antonio.

Dr. Prof. LAGANÀ Domenico.

Dr. STILO Antonio.

Otorinolaringoiatri: REGGIO CALABRIA - Prof.

Dr. SALVADORI G., Via Lazio, 9.

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 Radium terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

Oculisti: Prof. Dr. CAVALLARO Erminio.

Prof. Dr. NICOLETTI Gaspare.

Otorinolaringoiatri: Dr. RESTIVO Pietro.

CATANIA

1. *Presso l'Agenzia Generale, Via della Lettera, 7.*

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.*

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 Callagironi*, 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 Etna, 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 Spagnolio*. Piazza Stazione, a tutti gli assicurati riduzione del 30% (30 per cento) sulle tariffe e in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Röntgen-diagnostica e Röntgen-radium terapia che verranno praticate nell'Istituto di Terapia Fisica, nonché per eventuale degenza in casa di cura.

Odontoiatri:

Dr. TODARO Francesco - Via dei Verdi.

Oculisti: Dr. LA ROSA Vincenzo - Via Pavia.

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

Otorinolaringoiatri:

Dr. CAMINITI CARMELO ALCIDE - Via Verdi, 57.

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

Dr. 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 Arnese*, Via Ugdulena 2, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, roentgendiagnostica e roentgen radiumterapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

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

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

Odontoiatri:

- Dr. AVELLONE Pietro, Via XII Gennaio, 15.
 Dr. CIMINO Giuseppe, Via 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, Vi. 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.

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 %₀, 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 %₀ 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 %₀ (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.

Possedimenti Italiani DODECANNESO

RODI (Egeo) - *Regie Terme di Calitea: a tutti gli assicurati: riduzione del 20 %₀ (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 %₀ 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 %₀ (quindici per cento) per la prima classe speciale; 20 %₀ (venti per cento) per la prima classe; 15 %₀ (quindici per cento) per la seconda classe e il 30 %₀ (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 di quietanza.

Per essere accolti nei Centri sanatoriali, nei Convalescenziari e negli Stabilimenti termali dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, poichè 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-*

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) artrite cronica - tubercolosi ossea - eczemi - nevriti - reumatismi cronici e secondari - malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc.:
Abano e Montegrotto Terme (Padova), (*bagni e fanghi*) — **Agnano** (Napoli), (*bagni e fanghi*) — **Battaglia** (Padova), (*bagni e fanghi*) — **Calitea** (Rodi - Egeo) — **Caramanico** (Pescara), (*bagni, fanghi, inalazioni, cure idropiniche*) — **Castrocaro** (*bagni, fanghi, inalazioni, irrigazioni, cure idropiniche*) — **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 specializzati*) — **Montecatini** (Pistoia), (*cure idropiniche*);
- f) manifestazioni ipertensive:
Chianciano (Siena) *Sorgente Sillene* (*bagni*);
- g) diatesi uricemica, calcolosi reno-vescicale, gotta, cistopielite:
Calitea (Rodi - Egeo) — **Fiuggi** (Frosinone), (*cura idropinica*).

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

Case specializzate per malattie polmonari:

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

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

Case specializzate in ostetricia e ginecologia:

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

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

Case per cure otorinolaringoiatriche:

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

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

Case specializzate per malattie nervose:

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

Case per cure chirurgiche :

- Cagliari** - Casa di cura Prof. Gino Baggio
- Piazza S. Benedetto.
- Firenze** - Casa di salute « *Villa Savoia* »
- Via Andrea del Castagno, 6.
- Genova** - Casa di salute per operazioni
chirurgiche Prof. A. Catterina - Via
Borghoratti, 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 varii :*

- Abbazia** (Fiume) - Casa di cura Dr.
Horwat.
- Bologna** - Case di salute « *La Policlinica* »
- Piazza Umberto I, 9.
— « *Villa Rosa* » - Via Castiglione, 108.
— « *Villa Verde* » - Via Mamolo, 45.
- Brescia** - Poliambulanza delle specialità
medico-chirurgiche - Piazzale Garibaldi.
- Caltanissetta** - Casa di cura del Dr.
Ballati.
- Catania** - Istituto medico del Lavoro - Via
De Felice, 37.
- Catanzaro** - Istituto clinico diagnostico
e fisioterapico del Dr. G. Mazza - Via
Duomo.
- Como** - Istituto cardiologico per la 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
Ugdulena, 2.
- Pavia** - Casa di cura Prof. Eugenio Mo-
relli - Piazza XXIV Maggio.
— Ospedale Policlinico « *S. Matteo* ».
- Reggio Calabria** - Ospedali riuniti G.
Melacrino e F. Bianchi.
- Roma** - Istituti Fisioterapici Ospedalieri :
1) Ospedale dermosifilopatico di S. 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 Oozonica - 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

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

SOMMARIO

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Provvidenze sanitarie a favore degli assicurati . . . pag. I-XXIV | lize dell'I. N. A. nella giurisprudenza 136 |
| 2. Consigli agli assicurati : | 6. Indagini di statistica medica : |
| a) Dr. A. STARNA, La palpitazione di cuore 82 | Dr. F. VICENTINI, Il peso in rapporto alla statura in un gruppo di assicurandi veneti di sesso maschile 142 |
| b) Caffmima diritto 87 | |
| c) Rassegna di articoli d'igiene 88 | 7. Dalle riviste che riceviamo in cambio 145 |
| 3. Notiziario. 90 | 8. La pagina del medico fiduciario : |
| 4. Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita : | Dr. A. STARNA, L'andatura 153 |
| a) Dr. A. STARNA, La frequenza dell'angina pectoris: criteri moderni di diagnosi e prognosi 93 | 9. Varie : |
| b) Dr. S. GALLORO, Considerazioni mediche sul rischio di volo nell'assicurazione vita 121 | a) Dr. A. STARNA, Il matrimonio e la longevità. 149 |
| c) Dr. S. GALLORO, Rapporto tra la medicina del lavoro e l'assicurazione vita 128 | b) Metodi di cure dell'obesità 150 |
| d) Dr. G. CASTELLI, Sulla diagnosi della nevrosi cardiaca 134 | c) Il regime alimentare di mille calorie contro l'obesità 151 |
| 5. Medicina legale delle Assicurazioni Vita : | d) Ricerche sull'origine dell'obesità 152 |
| Dr. F. MARSELLA, La clausola di di incontestabilità delle po- | 10. Dai libri e dai Periodici 155 |
| | 11. Pubblicazioni ricevute 159 |
| | 12. Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari 160 |

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

LA PALPITAZIONE DI CUORE

Dott. ALBERTO STARNA



È un argomento delicato questo e forse meglio assai saprebbe esporlo qualche gentile signora che conosca (e come può non conoscere?) le bizzarre follie di un organo cosiffatto.

Però, ad esser franchi, anche noi uomini, che ci proclamiamo persone serie quanto a faccende di cuore la nostra esperienza l'abbiamo ugualmente. E non già, badate, solo perchè il tenore nella scena d'amore porta irresistibilmente la mano al giustacuore che sta ad un dipresso nella regione precordiale, ma anche perchè gli uomini grandi che vanno per la maggiore, specie quando il soffio divino dell'arte li ha messi sopra la mediocrità della folla, ne subiscono la forza.

Fino a che il Duca di Mantova o l'egizio Radames se la prendono con il povero cuore ben nascosto sotto il corpetto di velluto cremisi, poco male. Si sa che le persone che battono le tavole della scena hanno il pessimo gusto di raccontare agli estranei gli affari assolutamente personali, prendendosi con quell'organo innocente. Almeno Gilda per dirci che quel poco di buono che risponde al nome di Gualtier Maldé « fece primo palpar » il suo cuoricino, ci canta una

bella romanza; troppo spesso invece le milioni di Gilde in circolazione nel raccontarci i loro casi di cuore diventano stucchevolmente noiose.

Ma, come dicevamo, la faccenda è più complicata quando pensiamo che anche i Grandi sono tentati di portare in questione il proprio cuore. Ricordate la accorata invocazione del grande Giacomo alla segreta innamorata? :

« Che pensieri soavi,
che speranze, che cori, o Silvia mia! ».

Certo, nel cavo di quel muscolo l'umanità col correr dei secoli vi ha versato tutte le sue lacrime e vi ha attinto tutte le sue gioie per invocarlo così spesso e sentirlo battere all'unisono coi propri sentimenti. E lo stesso figlio della silente Recanati, che non soffriva certo di tenerezze per l'Arcadia, nel « Primo amore » non potè fare a meno di rivolgersi ancora a lui mentre l'ignara signora lasciava « sul dì novello » la casa Leopardi.

« Tu inquieto, e felice e miserando
m'affaticavi in su le piume il fianco,
ad ogni or fortemente palpitando ».

O'è da scommettere che qualche commentatore futuro finirà col convincere sè stesso e gli altri che il cantore della ginestra oltre i numerosi affanni ben noti, soffriva anche di mal di cuore.

Perchè, oh giusto dimenticavo di dirvelo!; la palpitazione di cuore per molti profani è indice di una malattia cardiaca. E questo non è vero o meglio come tutte le asserzioni assolute va corretta e attenuata in gran parte. Certo sarebbe molto comodo che il cuore, quando si ammala, ci desse una premurosa tiratina di orecchia per dirci: « Amico, ricordati che ci son qua io, ed ho bisogno di una revisione altrimenti mi rifiuto di continuare a lavorare in continuazione per te anche quando tu te la dormi! ».

Ma la realtà è un'altra, mentre impariamo presto a conoscere il battito irregolare della nostra automobile coll'esperienza e coll'orecchio che ci avvertono quando il magnete è fuori fase od il carburatore otturato, per il cuore invece non abbiamo esperienza. Le sue leggi sfuggono al nostro controllo subbieltivo; delle volte si stabiliscono cardiopatie gravi in modo insensibile, in altre invece il cuore fa un gran tumultuare, la preoccupazione è grande ed il danno non c'è od è minimo. E' questo appunto il caso più frequente della palpitazione.

Finalmente, sento dirmi dal solito amico ossessionato dai perchè, questa volta anzichè mettermi in allarme con una filza interminabile di malattie e di termini difficili mi vuoi tranquillizzare. Bene, d'ora in poi non farò più caso alle palpitazioni di cuore perchè le sue bizze sono innocue e passano senza pericolo!

Me ne dispiace per il mio curioso ma non volevo dir tanto; certo spesso la palpitazione di cuore è la riprova del vecchio adagio « molto chiasso per nulla »; ma questo criterio non vale sempre. E poi anche una palpitazione funzionale deve essere studiata sia perchè con qualche attenzione può essere beneficamente evitata, sia perchè a lungo andare potrebbe portare ad una alterazione permanente dell'organo motore della nostra circolazione sanguigna.

*
* *

La palpitazione di cuore consiste, come tutti sappiamo, se non altro per quella po' di esperienza giovanile che conserviamo tra i ricordi, in un senso subbieltivo dei battiti cardiaci quasi sempre accelerati e spesso accompagnati da un senso di pena. I medici d'oggi la chiamano cardiopalmo, Ippocrate la qualificava col termine di « cardiagnus », gli incontentabili l'hanno battezzata ipercenesia cardiaca; ma il fenomeno è sempre lo stesso salvo lievi sfumature.

Nei vizi di cuore propriamente detti, cioè negli esiti flogistici delle valvole che regolano il passaggio del sangue nelle varie cavità cardiache, uno solo si accompagna quasi sempre a senso di palpitazione e precisamente questo è la *stenosi mitralica*. Ciò è tanto vero che la sindrome subbieltiva di tale malattia è stata scolasticamente riassunta nella triade: palpitazione, anemia, emottisi.

Nelle altre malattie di cuore la palpitazione si presenta raramente ed è indice di un prossimo esaurimento della fibra come accade nelle *miocarditi*; più spesso invece essa esprime una iperattività del muscolo stesso che reagisce con una attività tumultuosa tachicardica cioè accelerando i battiti; i francesi hanno chiamato ipersistolìa una simile reazione. Molto spesso l'*ipertensione* è ugualmente preannunciata da un insistente cardiopalmo.

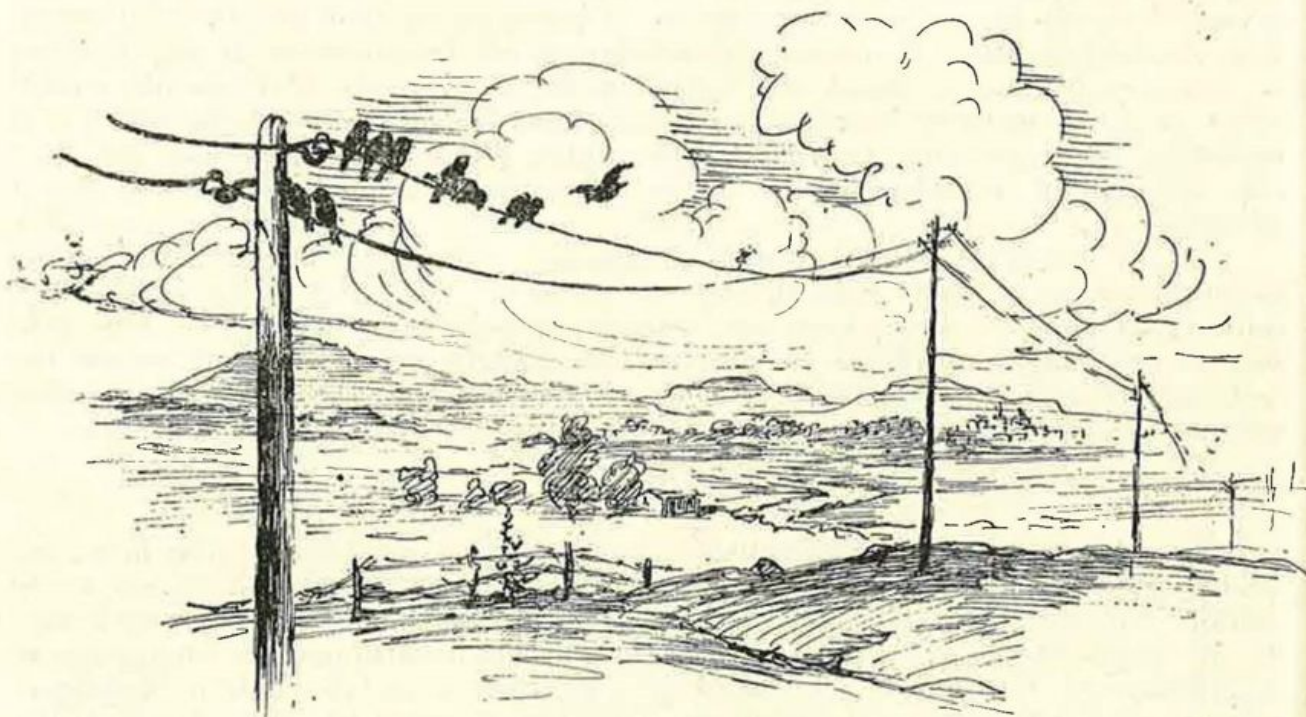
Accanto a queste palpitazioni sintomatiche di una malattia di cuore ne esistono altre che sono indici di un disturbo a carico di organi diversi. Il cardiopalmo più conosciuto di questo gruppo è quello che si riscontra nella *malattia di Flajani Basedow*, cioè nell'intossicazione da eccessiva secrezione della ghiandola tiroide.

Certamente saprete che questa ghiandola è situata nel collo subito sotto al pomo di Adamo, nella donna anzi può accrescere la grazia estetica prendendo parte alla formazione di quelle pliche cutanee che costituiscono la collana di Venere; orbene in quella fucina nascosta vien fabbricata e poi messa in circolo una sostanza ormonica detta « iodotirina » che ha funzioni molteplici su tutto l'organismo.

Tra l'altro essa può eccitare il nervo acceleratore del sistema simpatico

provocando in tal modo una tachicardia con un senso di palpitazione. Perchè il nostro organismo, quasi a mantenere una più squisita sensibilità, è abitualmente in equilibrio tra due sistemi che agiscono su di esso energicamente ed in antagonismo, il sistema legale ed il simpatico che ne orientano le funzioni vegetative. Se il tono di un sistema prevale, le corrispondenti funzioni vengono ad accentuarsi e poichè il nervo acceleratore di Cyon è simpaticotropo, ogni sostanza elettiva ed ogni eccitamento del simpatico viene a provocare una palpitazione con tachicardia.

Ecco perchè il cuore registra infallibilmente ogni nostra emozione come un apparecchio Morse situato nell'ufficio telegrafico di uno sperduto villaggio con il suo ticchettio iscrive sulla carta le buone e le cattive notizie che giungono



dalla metropoli. I pali del telegrafo che corrono per la campagna, meraviglia degli sguardi infantili e poggiolo dei passeri intirizziti sull'aba, sono sostituiti nel nostro corpo dal sottile nervo acceleratore che partito dal midollo allungato nell'interno del cranio scende affiancandosi ai nervi toracici, ai cordoni simpatici della succlavia per giungere fino al plesso cardiaco e di là alle fibre muscolari del cuore.

In tal guisa sembra che i centri superiori intellettuali quasi comunichino al sentimento le alterne vicende della vita quotidiana ed ogni emozione è fedelmente trasmessa al cuore che esulta e trepida con noi.

Naturalmente nei soggetti sani il turbamento dei battiti è contenuto in limiti abbastanza modesti; molto maggiore esso risulta quando è sostenuto da una costituzione emotiva, di solito simpaticotropa, od è l'espressione sintomatica o riflessa di un'altra affezione locale o generale.

A questo gruppo vanno ascritte le palpitazioni da *clorosi*, da *anemia intensa*, da isterismo e da eccessi sessuali. E' pure frequente il cardiopalmo nella tubercolosi polmonare all'inizio, nelle malattie che colpiscono i genitali interni femminili, in qualche caso di *poliposi* nasale e nelle malattie epatiche soprattutto nella *calcolosi*. Vanno pure ricordate le frequenti palpitazioni che si riscontrano nella donna nel periodo della *menopausa* insieme a vampate al volto e sudori profusi.

Sempre sintomatici, ma di origine tossica, sono quei casi di cardiopalmo che sopravvengono nei fumatori inveterati, in coloro che fanno eccessivo uso di alcool, di caffè ed anche di the. Affine a queste *intossicazioni esogene* pos-

sono considerarsi quelle che sopravvengono durante le malattie *settiche* o durante la convalescenza di una *difterite*.

Ma non ostante una elencazione così ricca rimangono ancora numerosi casi di cardiopalmo che non si possono ascrivere nè ad una malattia cardiaca nè ad alcuna delle ultime affezioni ricordate. Ed allora la scienza medica in attesa di ulteriori accertamenti ha costituito il gruppo del *cardiopalmo nervoso idiopatico* cioè della nevrosi cardiaca. Qualcuno potrà dire che questo è un cestino un po' troppo comodo, ma poichè le parole difficili incontrano sempre molto favore anche quando non spiegano, tale termine è passato anche nel vocabolario del profano.

Quello che caratterizza una simile forma è innanzi tutto la perfetta integrità del cuore sia all'esame dell'aia, sia all'ascoltazione dei toni, ed in secondo luogo nel modo col quale si manifesta il disturbo della palpitazione. In questa ipercinesia nervosa che forse meglio si potrebbe chiamare *nevrosi simpatica* il disturbo insorge in modo brusco, violento, accessuale specie dopo preoccupazioni psichiche ed è accompagnato da un corteo sintomatologico eretistico quali il rossore della faccia, il dermografismo, ed i tremori della persona che possono dare uno stato di ansia con agitazione delle membra.

Dopo qualche ora il quadro così impressionante si attenua fino a scomparire, spesso accompagnato da abbondanti minzioni.

Invece il cardiopalmo organico insorge solo lentamente e progressivamente, ma una volta stabilito permane molto a lungo; se ne differenzia anche perchè gli sforzi muscolari l'aggravano sempre, ciò che non avviene nelle nevrosi. Con questi pochi cenni siamo ben lontani dal volere affermare che sia semplice e alla portata di tutti stabilire la causa di un cardiopalmo. E' un problema difficile qualche volta anche al medico. E' bene in ogni modo diffidare sempre delle palpitazioni che possono insorgere nei giovani che hanno sofferto di reumatismo acuto e di quelle che si manifestano nella età matura o nella senescenza.

Nei cardiopalmi *criptogenetici* dei giovani l'esame costituzionale può contribuire a dirimere i dubbi sull'origine del disturbo. Può esistere spesso quello squilibrio del sistema nervoso già accennato ed accompagnato da eretismo della sensibilità generale, sensoriale, psichica con deficiente inibizione motrice e riflessa che si traduce con una reazione sproporzionata alle cause che la provocano. Ai fatti sopra ricordati si possono aggiungere anche fenomeni neuropsicopatici e accessi spasmodici della muscolatura faringea e dell'esofago.

Quando si verificano casi del genere possiamo dire di trovarci di fronte ad una vera *nevrastenia cardiaca* per la quale gli ammalati non riescono a dormire o si svegliano dal sonno. Naturalmente questa diagnosi non la può porre che il medico il quale abbia riscontrato mancante ogni alterazione cardiaca in contrasto con la ricca descrizione subbietiva e con il senso di sfinimento lamentato dal malato. In ogni caso è l'iperestesia cardiovascolare come già supponevano Cardarelli e Panzini, a base di questa palpitazione cui deve aggiungersi una facile eccitabilità del miocardio ed un disturbo del tono simpatico.

*
* *

Chi ha avuto la costanza di seguirmi attraverso questa filastrocca dovrà convenire che se il cardiopalmo preoccupa spesso senza un serio fondamento, non sono affatto rari i casi nei quali invece esso rappresenta un sintomo prezioso. Nei giovani può essere espressione di una cardiopatia latente, di squilibrio neurovegetativo o di un'anemia intensa; nelle persone di età al contrario essa deve sempre preoccupare e richiedere un'accurata visita che permetta di identificare la causa organica determinante, di solito miocardite od ipertensione.

Ma al disopra dei fatti patologici che soli occorrono all'esame del medico il cuore resta sempre per l'uomo il simbolo atavico, sebbene un po' ingenuo,

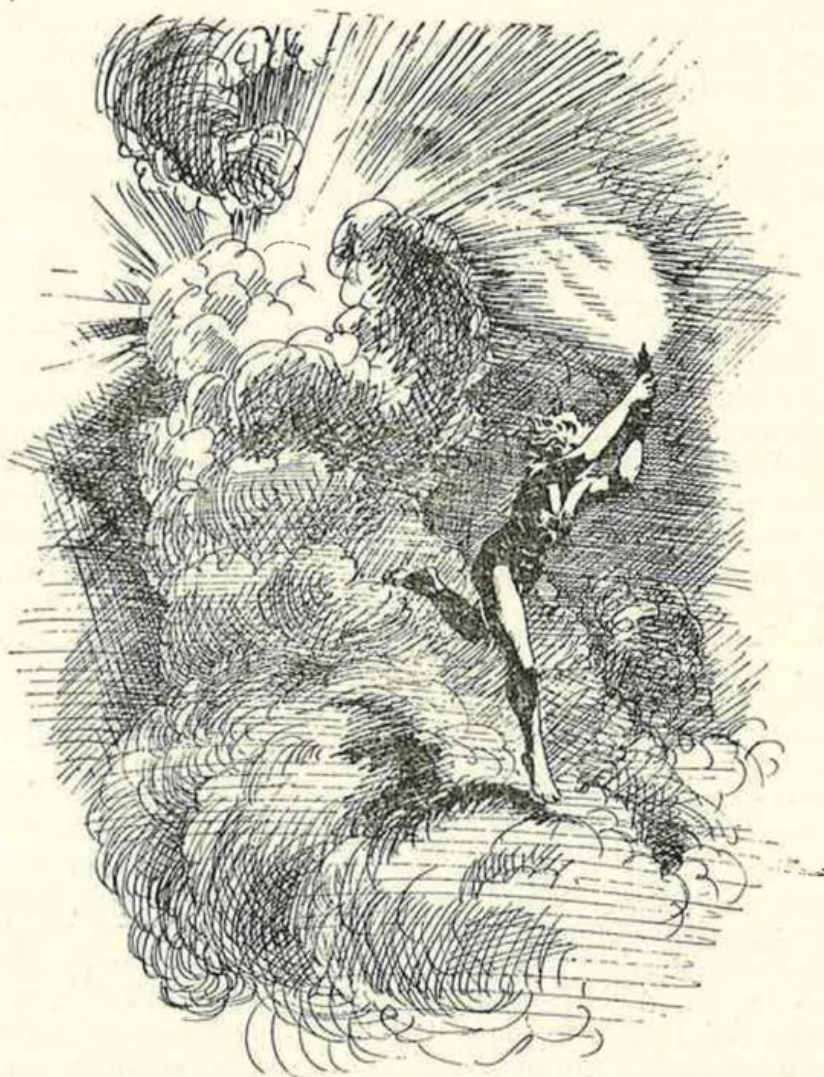
ove egli crede di racchiudere i suoi più intimi affetti. Per uno strano fenomeno di riflessione nervosa che i nostri sentimenti hanno sul cuore, ancora oggi come una volta, crediamo di poter attingere da questo meraviglioso muscolo la torza per le imprese più grandi che invece solo la volontà può darci.

L'illusione è troppo bella perchè debba andare distrutta; lasciamo che questo confidente sia per noi un amico ed un consigliere indivisibile per la vita. Se non fossi un medico, e perciò negato per tutto ciò che non ricade sotto i sensi, sarei tentato di dire come i palpiti di questo mirabile organo rappresentino per noi l'essenza stessa della personalità; egli segna l'inizio e la fine di ciascun uomo. Agli estranei noi potremo nascondere sotto la maschera impenetrabile del volto i veri sentimenti, al cuore no; egli nelle variazioni del ritmo stesso registra tutte le ansie, tutte le gioie, tutti i dolori nei quali ci imbattiamo lungo il viaggio terreno.

Le sue dolorose palpitazioni talvolta potranno essere eliminate dall'opera sagace del medico (perchè sorride signora?); tal'altra dalla carezza amorevole di una persona amata; e qualche altra, quando l'impeto del sentimento non ha sufficiente barriera in breve spazio, crea opere benefiche di redenzione che cancellano quanto di male l'odio ha fatto.

Ecco perchè il cuore resta, oltre che insuperabile motore nel nostro corpo, la fonte inesausta di ogni più grande attività umana. L'intelligenza e la volontà si piegano docili al suo volere poichè nella sua cella è conservata la scintilla stessa che Prometeo rapì all'Olimpo per i mortali ed il suo nome è « Amore ».

Dis. di E. BARDSKY).



CAMMINA DIRITTO

Alza la testa! Porta dietro le spalle!

Camminano curvi coloro che sono avviliti, i vecchi, quelli che non hanno più nulla da sperare. E la vita invece ti può dare molto. Il camminare curvo fa infossare il petto e incurvare la colonna vertebrale. Vuoi proprio ingobbare? Perchè hai preso questa abitudine di andar in giro guardando sempre a terra?

Quelli che guardano ostinatamente in basso lo fanno perchè sperano di trovare qualche moneta sul loro cammino.

Coloro che alzano lo sguardo più facilmente incontrano una stella. Gli schiavi incurvano le spalle come presentando la minaccia di una frusta imaginaria, come i buoi sotto il gioco e sotto il pungolo.

I deficienti morali sentono sopra le spalle la mole di una vita che pesa loro immensamente.

Tu però non sei di questi.

Perchè hai preso questa abitudine che deturpa la tua persona? Hai mai visto qualche trionfatore che cammina incurvato?

Dove sta la mèta? Dove l'ò zenith? In alto o in basso?

Un'attitudine vittoriosa è la più efficace promessa per la vittoria.

Una colonna vertebrale eretta è quasi un sorriso di sfida alle contrarietà. Una persona eretta ispira simpatia, nessuno ha il coraggio di importunarla.

Chi cammina diritto espande bene i propri polmoni, ossigena il sangue e da così prontezza al cervello!

Che t'importa dell'usuraio che si curva verso terra per raccattare un ago! Essere ricco non è trionfare. Molti darebbero i loro milioni per l'elemosina di un po' di salute!

Guardati in uno specchio; esso ti dirà la verità.

Ti sorprendi di trovarti curvo? Persevera nel camminare diritto e guardati di nuovo allo specchio finchè apparirai più giovane di dieci anni.

(Da *Viva Cien Anos*, 1937, n. 3).

RASSEGNA DI ARTICOLI D'IGIENE

Viva Cien Anos, N. 3, Dicembre 1936 — Buenos Ayres.

J. M. SANCHEZ, *L'elettricità del mare.*

L'A. dopo aver stabilito la netta differenza tra il clima della riva del mare, carico di elettricità, e quello della zona che dista dal bordo di almeno 500 metri parla dei gravi danni che i tubercolotici con lesioni enolutive possono subire esponendosi ai rudi effluvi della spiaggia, e sconsiglia anche i deboli, i non abituati ed i nervosi ad esporvisi senza quello che egli chiama avvicinamento progressivo al mare.

C. A. GUTIÉRREZ, *Fa male bagnarsi dopo mangiato?*

Secondo l'A. specialmente le persone non abituate devono lasciar passare almeno tre ore dopo il pasto, gli altri possono abbreviare l'intervallo che però non conviene non sia mai inferiore a due ore. Anche tra coloro che si vantano abituati, si verificano incidenti a volte mortali. L'A. dà inoltre consigli sulla durata, sull'ora migliore e sul modo di fare il bagno.

P. LABIGNETTE, *Climi eccitanti e climi sedativi.*

L'A. dopo aver passato in rassegna le varie specie di climi, di montagna, di pianura e di mare e le relative indicazioni conclude consigliando di richiedere sempre il parere al proprio medico per la scelta della villeggiatura.

F. RIVERA, *Il sole radiatore perfetto.*

Il sole è un radiatore perfetto e inimitabile, i suoi benefici effetti, sono da lungo tempo conosciuti; l'uomo, peraltro, solo tra tutti gli animali, si è sposato dalle sue condizioni naturali di vita, si copre di vesti e vive in case chiuse, perciò tutto quello che lo riporta sia pure temporaneamente alle condizioni naturali, rappresenta indiscutibilmente un gran beneficio.

R. SALCEDO, *Come abbronzarsi.*

Molti si chiedono perchè malgrado i loro sforzi non riescono prendere quella tinta bronzea, omogenea che tanto ammirano negli altri. Questo dipende dalla mancanza di una esatta conoscenza della maniera efficace di prendere il bagno di sole. L'A. detta i mezzi da seguire per trarre i massimi benefici dai raggi del sole.

F. CONDE JOHN, *Mare e malattie delle orecchie, naso e gola.*

L'A. descrive le più comuni malattie del naso, delle orecchie e della gola specifica in quale di esse la cura marina, abbia efficacia ed in quali non sia da aspettarsi alcun effetto ed in quali infine sia da temere un effetto dannoso.

A. Mò, *Nevrastenia.*

L'A. tratta il problema della nevrastenia e ne descrive i sintomi, le cause di tale sindrome andrebbero ricercate nelle intossicazioni, nelle infezioni e nelle alterazioni delle ghiandole a secrezione interna. La cura migliore della nevrastenia è quella di allontanare tutte le preoccupazioni.

I. ROMANO, *Il sole, festa della casa.*

In questo breve articolo l'A. ci parla dei grandi vantaggi che presentano le abitazioni da lasciare enterare liberamente il sole.

J. GOLFRAUER, *Il delitto di Maria Chapelle.*

L'A. descrive un certo numero di avvelenamenti da arsenico, delittuosi, fortuiti e professionali, ne descrive i disturbi clinici, le alterazioni anatomico patologiche, ne consiglia la terapia.

L. C. FERRUSI, *Il trattamento tiroideo aumenta l'intelligenza?*

L'A. descrive le varie forme cliniche di insufficienza tiroidea ed afferma che tutte, ma specialmente le forme leggere, si avvantaggiano della cura con preparati tiroidei.

M. BIRCHER-BENNER, *Ingerire troppa albumina è come porre carbone bagnato sul fuoco.*

L'A. che già in articoli precedenti si è occupato della questione alimentare si occupa qui degli alimenti come energia, con particolare riguardo alla albumina, della quale raccomanda di non fare abuso poichè essa sovraccarica gli organi di lavoro.

A. GUZMÁN, *La salvezza dei denti non dipende solo dall'igiene della bocca.*

Le malattie dei denti sono molto spesso dovute ad alimentazione irrazionale, priva di sali mineralizzanti ed alcalinizzanti, e da acidosi generale che pur senza presentare altri sintomi si manifesta con la carie dentaria.

C. ETCHEBARNE, *Le affezioni della palpebre.*

L'A. descrive le varie infermità che affliggono le palpebre, dalle « borse » al cancro e ne descrive la cura appropriata.

E. RUIZ CASAL, *Come si lubrificano le nostre 300 articolazioni.*

L'A. enumera e descrive le varie articolazioni il cui sistema di lubrificazione è perfetto come in nessuna macchina costruita dall'ingegno umano.

M. CASTILLO, *Reumatismo.*

L'A. si occupa dei disturbi della circolazione della pelle con le cause capaci di portare al reumatismo. Secondo l'A., che è uno specialista in materia, la pelle è il « vero specchio della vita » e le sue alterazioni possono postare un gran numero di malattie.

H. PFAUDE, *Sii snella!*

Consigli alle donne per mantenere ed acquistare la snellezza del corpo.

— N. 4, Gennaio 1937.

J. A. BOZZOLA, *La febbre da fieno.*

In questo articolo l'A. passa in rivista i vari fattori che contribuiscono allo sviluppo di tale

sindrome ed afferma che molti dei cosiddetti raffreddori da sole od estivi non sono altro che manifestazioni attenuate della febbre da fieno.

A. GARMENDIA, *Calore!*

Spesso inconvenienti di poca entità sono capaci, se non se ne tiene conto, di creare notevoli disturbi, così per tutti i piccoli accessori dei forti calori estivi: che vanno dalle noiose mosche alla perdita dell'appetito. L'A. dà una serie di consigli per sopportare meglio tutti questi piccoli inconvenienti.

M. CASTILLO, *Il reumatismo e la casa.*

Avendo parlato di tutti gli inconvenienti che vengono da una casa mal costruita e mal disposta, con particolare riguardo al reumatismo l'A. dà una serie di consigli sulle condizioni a cui una abitazione igienica deve rispondere.

B. BOSIO, *La sifilide.*

L'A. descrive prima i vari mezzi di infezione, passa poi ad esaminare i vantaggi che si avrebbero da un'ampia propaganda specie dei mezzi di preservazione e tratta infine della sifilide come malattia sociale specie in riguardo del matrimonio e della prole.

R. E. CARRATALÀ, *La professione può far ammalare la pelle.*

Descritte le varie dermatosi in riguardo alle varie professioni l'A. dà consigli igienici per preservarsi.

MAX BIRCHER-BENNER, *Il migliore alimento.*

L'A. assicura che i vegetali per la quantità di energia che racchiudono costituiscono il migliore alimento.

L. C. PERRUSI, *È possibile aumentare la statura?*

In tale articolo l'A. pone in rilievo l'importanza fondamentale che ha nell'organismo l'ipofisi, e come questa piccolissima ghiandola sia in rapporto con lo sviluppo longitudinale dello scheletro.

E. RUIZ CASAL, *La circolazione del sangue.*

L'A. fa la storia della scoperta della circolazione e passa quindi a descrivere il sistema circolatorio.

— N. 5, Febbraio 1937.

MARIO ALZUA, *Tutti possono sposarsi?*

IGNAZIO PUIG, *Pressione arteriosa e pressione atmosferica.*

DAVID ORLANDO, *Dislocazione del braccio.*

JOSE A. BOZZOLA, *Cause inaspettate che provocano l'asma.*

LEONARDO C. PERRUSI, *Da dove proviene la forza muscolare?*

EDOARDO RUIZ CASAL, *Come si regola la pressione sanguigna.*

MANUEL CASTILLO, *Il reumatismo professionale.*

COSME L. ETCHEVARRNE, *I foruncoli.*

RAMÓN PEREYRA, *Il latte alimento di grande virtù.*

— N. 6, marzo 1937.

MARIO ALZUA, *Come essere più bella.*

L'A. dopo aver affermato che la perdita della bellezza e della freschezza della donna è in gran parte dovuta alla mancanza di attività razionale e di esercizio fisico, in cui vive, si ripropone di scrivere una serie di articoli per consigliare ciò che una donna deve fare per conservarsi sana e bella.

E. RUIZ CASALE, *Respiriamo 26000 volte al giorno.*

L'A. descrive il complesso sistema di muscoli, ossa, arterie ed articolazioni che costituisce nella meravigliosa macchina umana il sistema respiratorio e che col suo perfetto funzionamento impedisce che noi moriamo per asfissia.

PABLO SILVEYRA, *Verrà il giorno in cui potremo alimentarci solo con pillole?*

L'A. avendo passato in rivista varie teorie appoggiandosi soprattutto all'autorevole parere di Bircher-Benner conclude per il no.

RAOUL ORTEGA BELGRANO, *Le analisi dell'urina.*

L'A. dice che, benché l'esame delle urine costituisca una guida sicurissima in molti casi, dello stato del nostro organismo, da esso in moltissimi altri non si può ritrarre alcun giudizio.

ALFREDO MARTINEZ, *Come fare per giungere alla tanto agognata meta.*

Tutti abbiamo la possibilità di giungere e di oltrepassare i cento anni, anzi, secondo il Darwin, qualunque persona curi coscienziosamente il suo organismo ha la possibilità di giungere ai duecento anni, ma è possibile ciò veramente? e se ne avvanterà l'umanità quando il controllo sarà passato ai vecchi? Tale è il quesito posto dall'A.

JOSE A. BOZZOLA, *Curiose rivelazioni sopra l'asma.*

L'A. passa in rivista i vari alimenti, l'igestione dei quali, può, in persone predisposte, scatenare gli attacchi di vera asma.

A. AUSTREGESILLO, *Musicoterapia.*

L'A. tratta degli effetti della musica sull'animo umano.

LEONARDO C. PERRUSI, *Come aumentare l'incanto della femminilità.*

Secondo L'A. la bellezza, l'intelligenza, il carattere della donna, sono in diretta dipendenza del regolare funzionamento dell'ovaia.

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.

Istituto Nazionale delle Assicurazioni — Servizio Sanitario.

VISITE MEDICHE gratuite periodiche per il collaudo della salute, eseguite presso i CENTRI Sanitari e i CONSULTORI dell'I. N. A. durante l'anno 1936.

CENTRI	MESI		TOTALE
	Primo semestre	Secondo semestre	
MESSINA e Consultori	9	78	87
PADOVA e Consultori	14	87	101
TORINO e Consultori	101	243	344
TOTALE	124	408	522

CONSULTAZIONI D'IGIENE presso i Centri Sanitari dell'I. N. A. durante l'anno 1936.

CENTRI	Primo semestre	Secondo semestre	TOTALE
MESSINA inaugurato il 28 aprile 1936	2	27	29
PADOVA inaugurato il 9 maggio 1936	14	67	81
TORINO inaugurato il 18 febbraio 1935	68	141	209
TOTALE	84	235	319

L'esito del concorso per medici della Direzione dell'I. N. A.

Nel Febbraio e Marzo u. s. si sono svolti gli esami del Concorso bandito il 1° Ottobre 1936 per otto posti, al quale hanno partecipato 92 concorrenti.

Diamo la graduatoria dei vincitori e degli idonei ;

1. Dr. Di Nepi Alberto
2. Dr. Manozzi Fernando
3. Dr. Ciatti Pietro
4. Dr. Cirenei Anacleto
5. Dr. Monteverde Emilio
6. Dr. Marotta Gaetano
7. Dr. Di Lillo Pompeo
8. Dr. Brocchieri Giulio
9. Dr. Ricciotti Tommaso
10. Dr. Ferraro Olimpo
11. Dr. Giannone Emanuele
12. Dr. Isabella Eugenio
13. Dr. Papetti Giuseppe
14. Dr. Accarino Vittorio
15. Dr. Sannia Eugenio
16. Dr. Russo Giovanni
17. Dr. Zubiani Giulio
18. Dr. Curione Giuseppe
19. Dr. Caddia Angelino
20. Dr. Paradisi Felice
21. Dr. Ventriglia Carmine
22. Dr. Di Benedetto Vincenzo
23. Dr. Spennati Pompeo
24. Dr. Giordani Emilio
25. Dr. Pellettieri Luigi

Seconda riunione del « Comitato Medico Consultivo ».

Presso la sede del Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati hanno avuto luogo nei giorni 26 e 27 febbraio u. s. le riunioni del Comitato Medico Consultivo.

Per quanto sia la seconda riunione da quando il C. M. C. è stato costituito con felice decisione dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e dalla Federazione Nazionale Fascista Imprese Assicuratrici, sta di fatto che potrebbe dirsi la « prima » per i lavori che sono stati presentati, per gli argomenti discussi ed i voti espressi. Complesso questo di manifestazioni che hanno elevato di colpo il C. M. C. al rango degli organismi tecnici di particolare impor-

tanza. E tutto ciò ha molto ben espresso nelle parole di saluto che sono state rivolte al C. M. C. all'inizio dei suoi lavori, dal Dr. Ottaviani che, in rappresentanza della Federazione Imprese Assicuratrici e del Sindacato Vita, ha voluto sottolineare il valore tecnico-scientifico che è riconosciuto nel campo specifico delle assicurazioni vita, al Comitato stesso.

Come è noto, il C. M. C. ha l'incarico di svolgere due ordini di lavori. L'uno che chiameremo amministrativo concerne l'aggiornamento dei moduli sanitari in uso presso le Imprese, l'aggiornamento degli elenchi dei fiduciari, consulenti, specialisti ecc. L'altro, indubbiamente molto più importante del primo, riveste questioni d'indole tecnico-scientifica.

Per l'evidente interesse che soltanto questo secondo gruppo di lavori riveste, noi non ci occuperemo che di esso.

Gli argomenti di tale natura per i quali erano state predisposte opportune relazioni, furono indicati nell'ultimo numero del passato anno di questa Rivista (pag. 368), e crediamo utile riassumere brevemente le tre relazioni, per la competenza con cui gli argomenti sono stati esposti, svolti e discussi.

Il Prof. Winternitz, Consulente Medico Capo delle Spett. Assicurazioni Generali di Trieste, ha magistralmente trattato del problema della « Ipertensione Arteriosa ».

Ed egli inizia la sua esposizione rilevando assai giustamente e molto opportunamente, che le relazioni da tenersi in sedi come quella del C. M. C. non possono nè devono avere il carattere di quelle che son destinate a riviste scientifiche od a congressi.

Il C. M. C., chiamato a guidare gli enti di assicurazione nell'assunzione di candidati non sempre normali, deve saper dare delle direttive per quanto possibile precise, anche quando le acquisite cognizioni scientifiche non **permetterebbero** che una indicazione **approssimativa**. Nell'assicurazione di rischi tarati, l'**attuazione pratica** sempre precedette la sicura conoscenza scientifica ed anzi fornì il materiale di studio statistico, ma il presupposto tecnico, tratto dalla clinica e dalla patologia, guidò il giudizio verso l'equità sia nei confronti del candidato sia nei confronti dell'assicuratore.

Ispirandosi a questi concetti il Prof. Winternitz affronta l'argomento, asperriamo quanto

altri mai, e presenta tabelle di valori della pressione arteriosa massima e minima e di presumibile sopramortalità, desunte da varie fonti e cioè:

Esperienze di Hunter & Rogers 1921;

Esperienze della Canadian Life Insurance Officer 1930;

Esperienze della Medical Impairment Mortality Ratings 1932;

Esperienze del Consorzio Italiano Rischi Tarati;

ed infine valendosi delle proprie esperienze.

Queste ultime, giova rilevarlo, se confermano in massima i risultati a cui son pervenute altre indagini, si presentano, al confronto, alquanto più miti e non ribadirebbero il principio, generalmente ammesso, della sopramortalità scalare per le classi di età più anziane.

La relazione del Prof. Winternitz, confortata da elementi statistici assai interessanti, si occupa poi del valore da attribuirsi alla pressione arteriosa minima, quando si presenti con cifre superiori alla norma citando sistemi e metodi di apprezzamento praticati in America ed assai discutibili per gli inconvenienti e le incongruenze cui danno luogo.

Il Prof. Winternitz si sofferma, quindi, a considerare l'importanza dei valori delle pressioni differenziali e termina la dotta relazione esaminando parecchi casi di ipertensione arteriosa sottoposti al parere di tutte le organizzazioni europee specializzate in assicurazione di rischi tarati.

Il Dott. Trottarelli, medico capo dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, ha elaborato anch'egli due interessanti relazioni, l'una riguarda le assicurazioni vita « senza visita medica » e l'altra tratta dei concetti fondamentali per l'organizzazione medica nell'assicurazione vita.

La prima d'esse suddivide l'argomento in due campi a seconda che trattasi di rischi normali ovvero di rischi tarati, citando l'esito della indagine, scrupolosamente condotta, non soltanto presso le Compagnie italiane, ma anche all'estero. Da tale relazione si rileva come siano differenti i criteri che le imprese hanno a base delle loro assunzioni « s. v. m. », per esempio, carenze parziali o totali che vanno

da due a 10 anni, capitali garantiti i cui massimi son fra 20.000 e 100.000 e così via.

Particolare interesse ha destato la parte che tratta dell'assicurazione « s. v. m. » di rischi tarati, argomento che sarà dal C. M. C. studiato col massimo impegno allo scopo di rendersi conto se e fino a che punto potrebbe esser raccomandata l'assicurazione vita di rischi tarati, senza la preventiva visita medica.

La seconda relazione riassumeva quella che è l'attuale organizzazione medica periferica dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, esponendo criteri che possono considerarsi, come ebbe a rilevare il Comitato Medico Consultivo, fondamentali per una buona organizzazione medica d'una impresa d'assicurazione vita.

Il C. M. C. discuteva largamente i tre importanti argomenti, giungendo alla formulazione di voti che sono stati trasmessi sia alla Federazione Nazionale Imprese Assicuratrici sia all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

La prossima riunione sarà tenuta alla fine di maggio.

Dott. A. LAMBERTI BOCCO.

Corso celere in medicina del lavoro alla R. Clinica del lavoro di Milano.

Dal 10 al 22 di maggio sarà tenuto presso la Clinica del Lavoro della R. Università di Milano, un Corso celere di aggiornamento in Medicina del Lavoro. Oltre alla patologia ed alla clinica generale e speciale delle malattie del lavoro, verranno illustrate la legislazione assicurativa e particolarmente la nuova legge sull'assicurazione infortuni e malattie professionali entrata in vigore il 1° di aprile, e le norme di igiene del lavoro.

Il Corso ha avuto l'approvazione della Facoltà Medica della R. Università. Le lezioni avranno luogo nel pomeriggio di ogni giorno, ed al termine del Corso verrà rilasciato un certificato di frequenza.

Per informazioni rivolgersi alla Direzione della Clinica del Lavoro della R. Università di Milano, Via S. Barnaba 8.

*Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita***La frequenza dell'angina pectoris:
criteri moderni di diagnosi e prognosi**

Dott. ALBERTO STARNA
della Direzione Generale dell'I.N.A.

Nello studio delle malattie, dal punto di vista statistico e sociale, oggi che si possiedono criteri sicuri e applicazioni costanti per tali ricerche, si rileva che diversi fenomeni in riguardo alla divulgazione ed alla frequenza delle affezioni si sviluppano spesso in modo apparentemente contrastante e ciò perchè molte cause disparate intervengono ed influiscono sui risultati. In linea generale si nota anche dall'esame delle statistiche di mortalità una certa concordanza di andamento tra i vari paesi.

Così vediamo oggigiorno come le malattie infettive abbiano presentato nell'ultimo ventennio un miglioramento molto spiccato, evidentemente in rapporto alle migliorate condizioni igieniche ed ambientali nelle quali vivono le popolazioni attuali rispetto a quelle di qualche decennio fa. Ma altre affezioni dipendenti non tanto dalla pubblica igiene ma dai metodi di vita dell'individuo non tendono affatto a diminuire anzi, per alcune si è stabilito un vero incremento della loro frequenza.

Questo apparente paradosso che sembra in contrasto con il costante aumento della vita media negli ultimi decenni è determinato da diversi fattori. Anzitutto i gruppi di età che costituiscono la popolazione si sono modificati e ne è conseguito un aumento della frequenza delle malattie cardio-vascolari, cioè un aumento in senso assoluto di quelle malattie che sono proprie di gruppi aumentati.

Ecco perchè le malattie dell'apparato cardio-vascolare denunciano presso molte nazioni un notevole aumento; in Italia tale incremento non è stato però generale, esso si è verificato soltanto per alcune speciali affezioni; ad esempio per l'angina pectoris, fenomeno che è riferito come costante presso quasi tutte le nazioni civili.

Non vi è dubbio che la maggiore tendenza a porre tale diagnosi debba essere in parte in rapporto con le più complete cognizioni scientifiche che le nuove generazioni mediche hanno di tale malattia; ma d'altra parte il quadro clinico ben delimitato e caratteristico deve essere l'espressione di un reale incremento della malattia. Non ci sembra probabile che questa diagnosi possa rappresentare una soluzione di ripiego del medico che, in assenza di più completi elementi di una affezione organica cardiaca, si orienterebbe verso questa affezione a tipo funzionale. Bisogna pure tenere presente come questa malattia che colpisce la età media abbia particolare predilezione per le classi abbienti a regime di vita sedentaria ed in individui di salute apparentemente buona.

Certamente il metodo di vita che richiede la moderna attività deve aver contribuito all'aggravarsi di questa malattia la quale più di altre affezioni cardio-vascolari risente del sovraccarico e delle preoccupazioni che assillano la classe media nella tormentata trasformazione economica del dopo guerra.

Nel campo assicurativo ricordo come la Metro Life Insurance già nel maggio 1932 gettava un grido d'allarme allorchè richiamava l'attenzione sulle cardiopatie poichè in quell'anno il 17% dei sinistri erano appunto dovuti a queste malattie. Nella popolazione degli Stati Uniti si calcola che ogni sei decessi uno

debba essere attribuito ad una malattia cardiaca. Le difficoltà poi per gli istituti assicuratori, come lamentava il servizio medico statistico della Life Insurance, sono in special modo evidenti per le malattie coronariche e per l'angina pectoris, affezioni di difficilissima diagnosi obbiettiva alla visita per l'assicurazione.

In Italia le cardiopatie sono state oggetto, da parte dell'I.N.A., di speciale attenzione, tanto che l'anno scorso la Direzione, compresa dell'importanza della questione, ha bandito un concorso per una pubblicazione divulgativa di medicina preventiva sull'argomento stesso.

Sempre a tal proposito ricordo un recente articolo di Cahana il quale richiama l'attenzione sul forte aumento verificatosi in Francia e all'Estero durante gli ultimi trenta anni. In tale periodo la mortalità per le malattie cardiovascolari è salito in Francia da 127 a 150 casi ogni 100.000 abitanti; negli Stati Uniti l'aumento è stato anche più cospicuo passando da 111 a 185. Questa cifra è più elevata di quella del cancro, della tubercolosi e delle malattie respiratorie non tubercolari.

Ma l'allarme per le affezioni cardiovascolari ha trovato anche da noi una eco presso varii studiosi. In Italia tra gli altri un lavoro di Pampana in cui si poneva il problema della mortalità per tali malattie. Questo osservatore ha giustamente rilevato nel 1934 che l'aumento riscontrato non può spiegarsi col semplice incremento della vita media ma come le cardiopatie in genere tendono ad aggravare la loro percentuale. Non crediamo si possa dire ciò per tutte le malattie cardiache ma soltanto per alcune e l'angina di petto è tra di esse. Questa tendenza era evidente dal seguente raffronto circa l'andamento dei decessi per alcune malattie cardiovascolari ricavato dalle statistiche fino al 1928.

Morti in Italia per alcune malattie cardiovascolari
(ogni 1.000.000 di abitanti)

A N N O	1887-89	1899-01	1908-10	1915	1920	1925	1926	1927	1928
Angina pectoris	17	18	26	31	34	44	41	48	54
Malattie delle arterie e gang senile arti	138	230	346	330	216	271	231	185	166
Marasma senile	962	1.402	1.429	1.458	1.353	1.572	1.509	1.294	1.171

Come si vede le malattie senili presentavano in quaranta anni un incremento di appena il 15 % mentre nello stesso periodo l'angina era più che triplicata. Successivamente, come osserveremo appresso, il fenomeno si è fatto ancora più spiccato e merita ormai di essere studiato in modo speciale.

È molto difficile poter dire perchè questa malattia richieda un tributo così grande di vite umane. E' bene rilevare per prima cosa che mentre le malattie cardiache in genere presentano una maggiore mortalità tra le donne (nel 1928 di fronte a 29.669 uomini morti per malattie di cuore si ebbero 39.192 donne; nel 1934 rispetto a 34.539 uomini si ebbero 41.109 decessi di donne) nell'angina pectoris invece gli uomini costituiscono i due terzi dei casi come vedremo meglio in appresso.

Già questi primi elementi cioè il forte incremento negli ultimi anni e la prevalenza presso gli uomini fanno orientare l'indagine circa le cause della nostra malattia nel tipo di vita e nella eccessiva attività condotta soprattutto dagli uomini. Non v'è però dubbio che anche l'ambiente ed il regime di vita contribuiscono allo stabilirsi delle malattie cardiovascolari in genere come dimostra il confronto delle regioni prevalentemente industriali con quelle a tipo agricolo. Ciò risulta chiaramente dal seguente riassunto che ho ricavato dalla Introduzione della Statistica delle Cause di Morte del 1933.

TAVOLA I. — *Mortalità per malattie del cuore in Italia*

(per 100.000 abitanti)

	1900 - 02	1910 - 12	1920 - 22	1930 - 32	1933
Regno	196.8	181.9	178.0	153.7	139.7
Alecuni Compartimenti	Medie Annuali				
Piemonte	210.8	239.2	235.1	215.9	197.1
Liguria	181.5	196.6	201.0	190.0	172.8
Lombardia	196.6	206.5	198.7	170.9	158.9
Puglie	137.2	158.0	152.4	138.7	125.2
Sicilia	107.3	141.5	145.3	122.5	112.4
Sardegna	94.4	130.5	122.0	99.2	97.6

L'esame di questa tabella ci dimostra oltre l'aggrupparsi regionale di queste malattie verso le zone industriali, un altro fenomeno abbastanza confortante; come cioè nell'ultimo trentennio esse non siano in Italia aumentate, al contrario si è verificato un miglioramento relativo del tasso di mortalità che in tutto il Regno è disceso di circa il 20^o/₁₀₀, al contrario di quanto alcune statistiche estere hanno riscontrato.

La differenza di tali risultati crediamo debba dipendere dai diversi metodi di classifica adottati più che da reali variazioni di mortalità. Così talvolta si fa confusione tra malattie cardiache e malattie cardiovascolari; basta pensare che nel 1933 in Italia mentre i casi di morte per malattie del cuore furono complessivamente 62.062 quelli per tutte le malattie dell'apparato circolatorio raggiunsero 76.336. E riteniamo che sarebbe più giusto riferire anche allo stesso apparato cardiovascolare tutti i casi di emorragia e trombosi cerebrale attualmente aggregati alle malattie nervose. Sempre per il 1933 sopra 70.972 denunciati morti in Italia per malattie nervose la più gran parte è dovuta precisamente alla emorragia ed alla trombosi cerebrale le quali raggiunsero complessivamente la cifra ragguardevole di 55.320.

Se quindi tali casi venissero più razionalmente aggruppati nelle malattie cardiovascolari l'importanza di queste risulterebbe in modo impressionante. Pure discutibile è l'attuale classificazione dell'angina che viene considerata quale malattia cardiaca, mentre se, come la maggior parte degli autori sostengono, essa va messa in rapporto ad una lesione della coronaria è evidente che dovrebbe ascriversi tra le malattie vascolari.

Passando ad analizzare un pò più da presso la posizione statistica dell'angina vediamo che essa distaccandosi nettamente dalle altre malattie ha proceduto per proprio conto e negli ultimi anni si è andata sempre più incrementando. E' bene anche ricordare che i rari casi diagnosticati come trombosi della coronaria vengono dalla Statistica Italiana del Regno aggiunti a quelli di angina con la quale formano un'unica voce.

Mettiamo ora a confronto nella seguente tabella l'andamento dei decessi in genere del gruppo vascolare con quello della malattia più affina, almeno secondo una delle ipotesi patogenetiche più accette alla nostra e cioè con l'andamento dell'arteriosclerosi.

TAVOLA II.

A N N I	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934
Malattie del cuore e del pericardio in genere.	65.281	64.875	68.861	71.047	61.823	65.455	15.790	62.063	61.331
Angina pectoris	1.663	1.944	2.211	2.430	2.412	2.641	3.278	3.160	3.169
Arteriosclerosi ed altre malattie delle arterie	8.300	6.584	5.708	5.467	4.692	6.609	11.778 (1)	10.591	13.967

L'esame di questa ci fa rilevare che in un periodo di otto anni e cioè dal 1926 al 1934 l'angina ha visto raddoppiati il numero dei decessi mentre l'arteriosclerosi è aumentata in grado minore cioè del 60%. Le malattie del cuore invece nel loro complesso che comprendono oltre l'angina pectoris e l'infarto del miocardio le endocarditi acute e croniche, le pericarditi, le miocarditi e le altre malattie del cuore sono leggermente diminuite nello stesso periodo. E' per questo che abbiamo voluto prendere in considerazione tale argomento che rappresenta uno dei punti più sensibili nella questione delle cardiopatie in Italia. Non dobbiamo credere che il fenomeno sia limitato a poche nazioni; quasi tutti i paesi del mondo hanno fatto la stessa osservazione. Per dare un indice del fenomeno ci limitiamo a riportare un grafico ricavato da altri pubblicati a cura della Metropolitan Life di New York e che si riferisce a tutta la popolazione degli Stati Uniti. (Vedi grafico I).

Come si vede la possibilità di morire per angina pectoris è aumentata indistintamente per ambo i sessi in modo impressionante. Abbiamo da principio accennato come tale diagnosi non possa esser dovuta ad un criterio approssimativo del medico generico in mancanza di elementi più precisi; in ogni modo più convincente risulterà riferire qualche dato sulla morbilità di uno ospedale specializzato e ciò toglierà gli ultimi dubbi.

In una recentissima relazione eseguita alla fine dell'anno scorso da Lian e Cahana circa il movimento dei malati all'ospedale Tenone in Francia rileviamo le seguenti distribuzioni per le principali malattie sopra il rilevante numero di 13.723 cardiopatici presi in esame. Tolti i 5.052 casi di disturbi funzionali gli altri si dividevano in due gruppi di quasi uguale entità; risultarono infatti 4624 cardiopatie organiche (vizi valvolari, aritmia, insufficienza cardiaca) e 4.074 casi di malattie vasali (aortite, angina, arteriti, ipertensione, ecc.). Nel grafico II che abbiamo composto in base a tali dati si riscontra come l'angina supera di gran lunga qualunque altra affezione sia cardiaca che vascolare. Quanto a pericolosità per la vita del soggetto il confronto con l'insufficienza mitralica che segue a notevole distanza non può naturalmente neanche esser preso in considerazione.

Riconosciuta così l'importanza della questione credo utile ai fini sociali ed assicurativi, che sono inscindibili tra loro, esaminare meglio la cosa e vedere ad esempio come la malattia è stata distribuita in Italia negli ultimi otto anni. Il grafico III costruito sopra i dati desunti dalle Statistiche delle Cause di Morte in Italia ci fa vedere quale sia l'entità dell'aumento in uno spazio di tempo assolutamente breve.

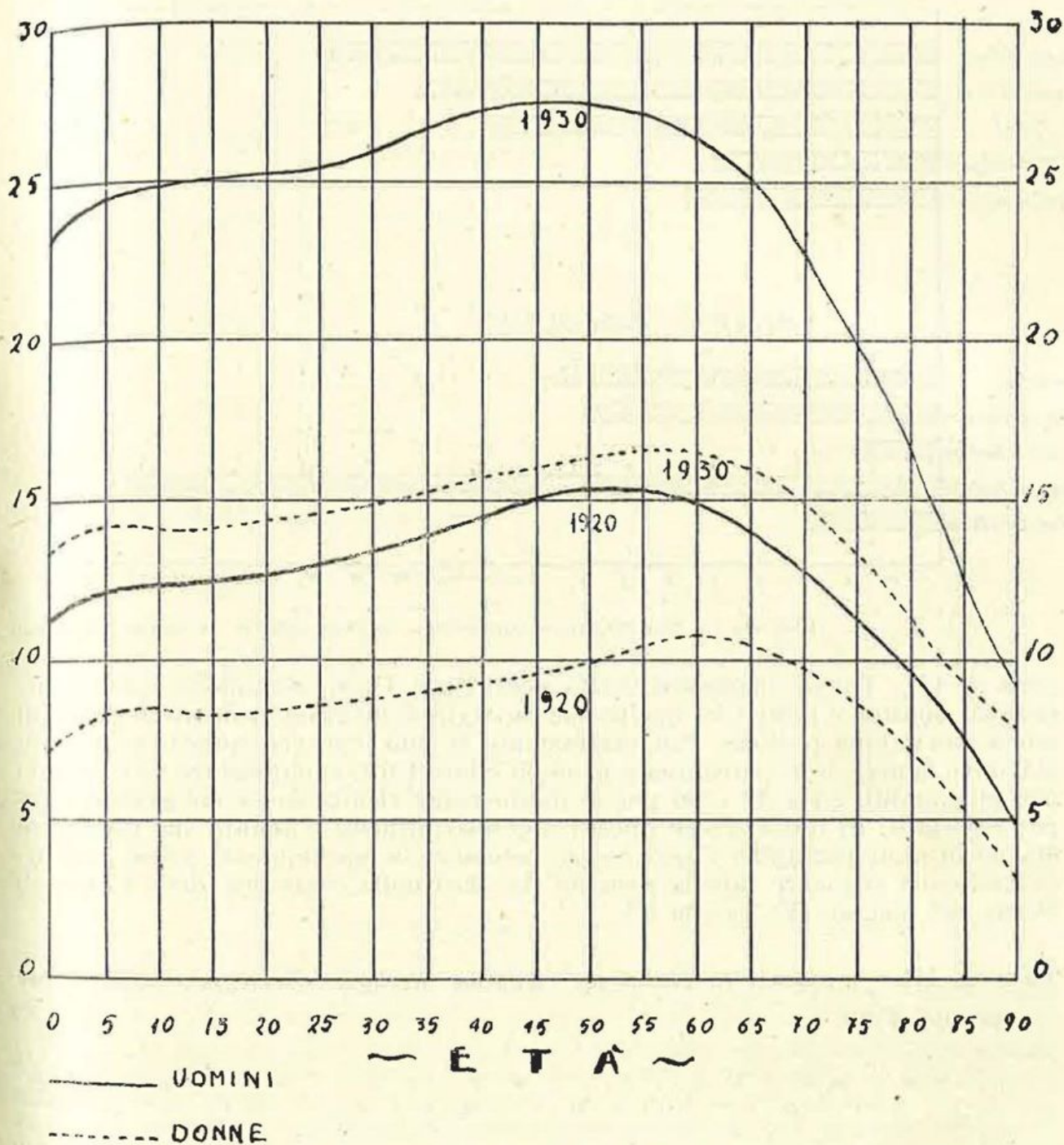
Importanza maggiore ha forse lo studio dei gruppi di età che risultano più colpiti anche per accertare se i numerosi metodi curativi di cui si discute tanto spesso abbia portato un qualche miglioramento sulla vita media di tali malati.

(1) Comprende anche la gangrena, secondo i dati forniti dall'Ufficio Centrale di Statistica.

Probabilità ‰ che ha un individuo di morire per angina pectoris U.S.A.

(Rispetto al totale delle cause di morte)

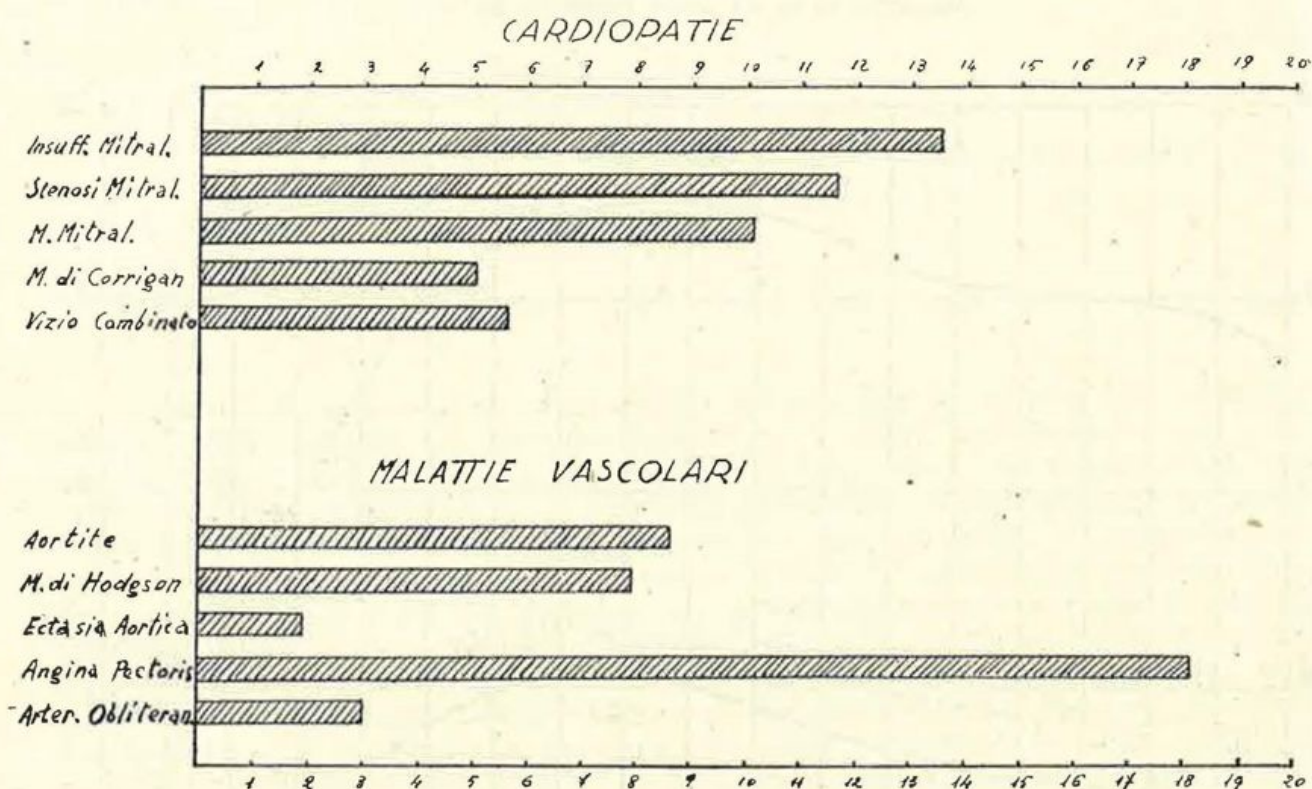
Probabilità ‰

(Riassunto da *Statistical Bulletin*, 1933, IV, 3).

Non v'è dubbio che fino a quaranta anni i decessi per angina siano molto scarsi, è solo nell'età matura che essa si manifesta più spiccatamente, cioè nell'età più lavorativa che corrisponde all'età dell'assicurazione. In tali casi il danno economico dell'Ente assicuratore viene ad aggravare socialmente il danno familiare che consegue a queste perdite.

Si può dire che in Italia i soggetti sotto il quarantesimo anno di età diano un modesto tributo a questa malattia non raggiungendo fino a quell'età che il 7% di tutti i casi; in Francia secondo i dati riferiti da Lian ascenderebbe ap-

Distribuzione % della morbidità per le affezioni cardiache e vascolari.



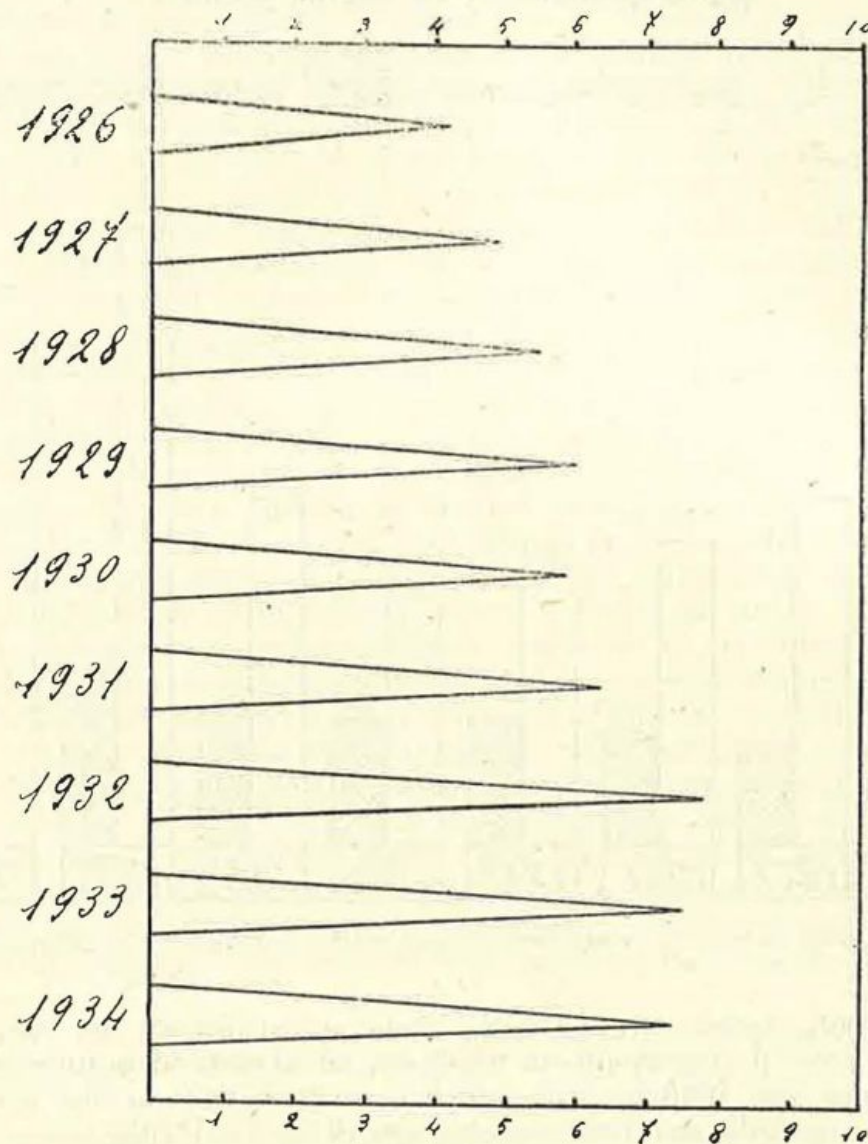
(Ricavato da una Statistica Ospedaliera francese riferita da Legan e Cahane)

pena al 4%. Un po' maggiore risulta negli Stati Uniti, comunque è l'età successiva, matura o presenile, quella che raccoglie il maggior numero dei casi di morte per angina pectoris. Più esattamente si può dire che questo gruppo di età dove la maggiore percentuale è, negli Stati Uniti compreso tra 45 e 55 anni per gli uomini, e tra 50 e 60 per le donne come risulta anche dal grafico I sopra riportato. In Italia invece questo doloroso primato è tenuto dal gruppo di età 60-69 anni per ambo i sessi senza tendenza a spostamenti come può ricavarsi dalla seguente tabella ricavata dai dati della Statistica delle Cause di Morte del Regno. (V. Tavola 3^a).

TAVOLA III. — Decessi in Italia per Angina Pectoris divisi per sesso e per gruppi d'età.

	0 - 29		30 - 39		40 - 49		50 - 59		60 - 69		70 - 79		80		Totale		Totale generale
	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	U.	D.	
1926	13	13	35	23	102	47	250	81	369	168	271	173	69	49	1.109	554	1.663
1927	4	13	46	22	127	52	264	95	467	197	347	179	76	55	1.331	613	1.944
1928	16	9	56	21	131	54	300	115	481	255	381	235	85	72	1.450	761	2.211
1929	13	11	59	22	148	46	356	122	519	228	440	282	96	88	1.631	799	2.430
1930	16	8	78	20	171	56	338	138	533	264	380	232	97	81	1.613	799	2.412
1931	19	12	63	20	189	61	399	133	605	261	434	280	29	50	1.793	848	2.641
1932	21	14	73	20	199	44	439	176	596	370	611	370	129	116	2.163	1.110	3.278
1933	15	11	88	30	218	75	425	149	690	338	551	354	126	90	2.115	1.045	3.160
1934	19	7	88	28	214	58	465	134	663	333	572	355	138	128	2.126	1.043	3.169

Frequenza % dei decessi verificatisi per angina pectoris in Italia negli anni 1924-36.



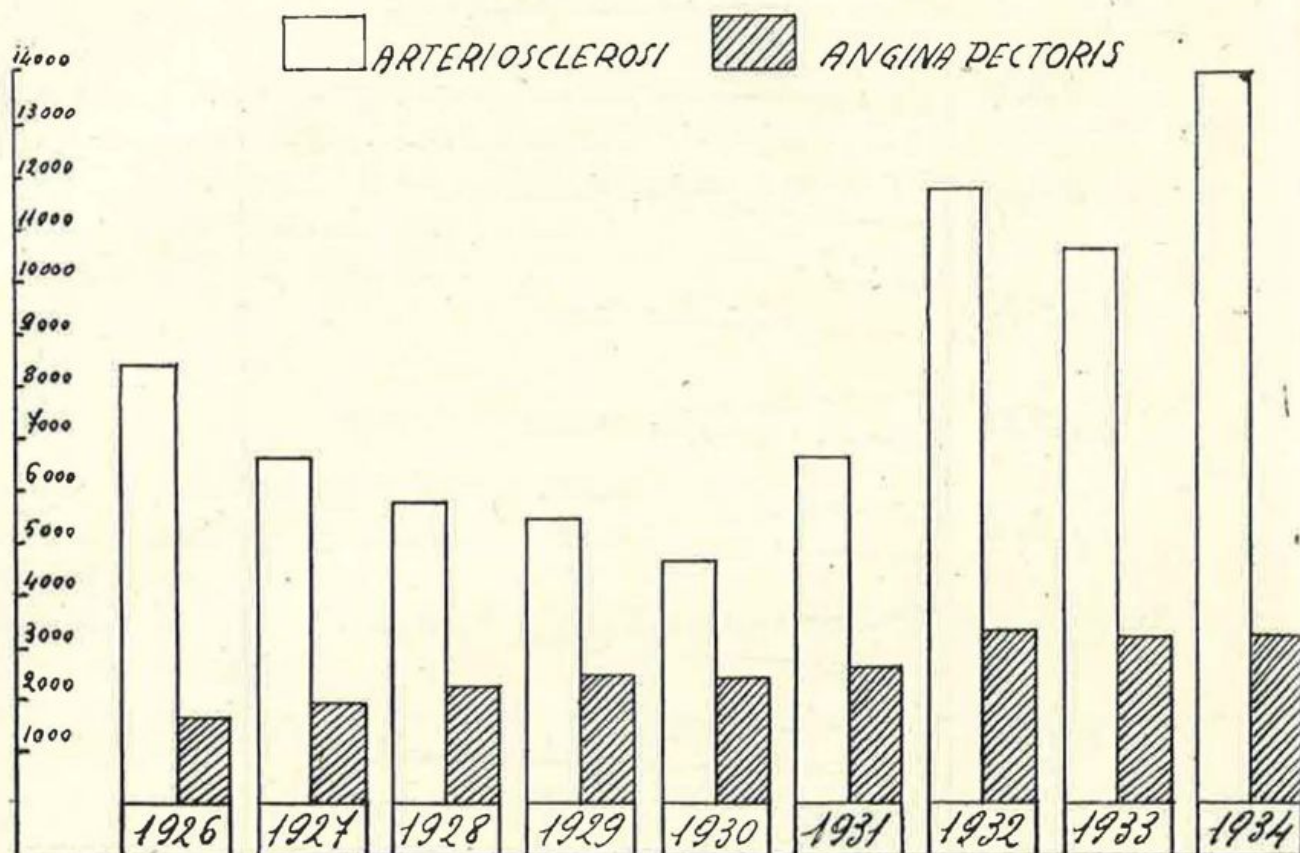
(Ricavato dai volumi di statistica delle Cause di Morte del Regno).

Da quanto abbiamo riferito possiamo dunque concludere l'incremento delle cardiopatie in Italia sia riscontrabile soltanto in alcune affezioni e soprattutto nell'angina. Nessuno spostamento si è verificato nella distribuzione per gruppi d'età della malattia che viene ascritta tra le cardiopatie sebbene più proprio, come abbiamo detto, sarebbe assegnarla tra le affezioni vasali. Nessuno spostamento si è verificato nella distribuzione per gruppi di età dei casi di morte nella nostra malattia.

Mentre fino a dieci anni fa l'interesse per l'angina era prevalentemente scientifico noi riteniamo che oggi essa come la trombosi delle coronarie, entità clinica più recentemente individuata, essa deve preoccupare per la sua diffusione tanto il medico sociale come il medico delle assicurazioni Vita. A tale proposito vediamo che proprio recentemente è stata riconosciuta dalla Metropolitan Life l'importanza delle malattie coronariche e di esse ha riportato uno studio statistico nello « Statistical Bulletin » del novembre 1936.

Da questo risulta che, mentre nel 1930 i casi di morte per lesione della coronaria erano, nelle polizze degli operai della Metro, soltanto del 4,7 ogni 100.000

Frequenza delle morti in Italia nel novennio 1926-34
per arteriosclerosi ed angina pectoris.



(N.B. — Nel 1932 ai casi di arteriosclerosi sono stati riuniti quelli di gangrena).

assicurati; in soli cinque anni si sono quasi quintuplicati ed ha raggiunto la cifra del 22,6. Nè il fenomeno ha tendenza ad arrestarsi a questo limite. Nei primi dieci mesi del 1936 la probabilità è salita a 24,9 in confronto a 22 del corrispondente periodo del 1935 mentre era di 18,5 nel 1934.

Da tali ricerche americane di statistica si ha l'impressione che i disturbi delle arterie coronarie oggi tendano a raggiungere i primi posti tra le malattie vascolari. Il grafico IV ci fa vedere l'incremento parallelo che si è verificato negli ultimi anni per l'angina pectoris e l'arteriosclerosi come cause di morte. Bisogna poi tener presente che essendo molto più nota l'angina pectoris, di cui prevalentemente si parla anche nel campo medico, una parte dei casi di trombosi della coronaria è stata ascritta tra quelli di angina simulando, presso alcune nazioni, un'apparente diminuzione di morte per quest'ultima causa.

Perciò l'angina, che per parere della maggior parte degli studiosi è dovuta ad alterazione delle coronarie, andrà studiata, dal punto di vista statistico, insieme alla trombosi delle coronarie. Vediamo allora che i casi di morte per l'insieme delle due affezioni sono negli S. U. A. raddoppiati in un quinquennio essendo il loro indice passato da 14,1 nel 1930 a 31,8 per 100.000 nel 1935. Dalle stesse indagini della Metro Life Assurance presso i vari portafogli è risultato che queste malattie sono più frequenti nelle Ordinarie anziché nelle Polizze degli operai; infatti nelle prime la probabilità di morire per le affezioni in esame mentre era nel 1930 di 24,5 raggiunse 43 nel 1935, ciò è in rapporto alla prevalenza dell'elemento borghese in questo tipo di assicurazione.

Merita di essere ricordato a tal proposito uno studio del Denny che ha esa-

minato i decessi per cardiopatie in Brookling nell'ultimo trentennio. Da questa statistica si rileva che le denunce per lesione delle coronarie si iniziarono dopo il 1905 con pochi casi raggiunsero nel quinquennio 1930-34 l'alta cifra di 94,6 per salire ancora nel 1935 a 156,6. Variazioni così profonde ci sembra possano in parte riferirsi all'orientamento diagnostico delle nuove generazioni mediche. Infatti nello studio del Denny la mortalità per angina pectoris, da sola, che era salita a 36,4 nel quinquennio 1925-29 è poi ridiscesa nel 1925 a 21,8. Questo fatto si spiega perchè, mentre per qualche decennio i medici degli Stati Uniti si erano orientati di fronte alle sindromi aortalgiche verso la diagnosi di angina; successivamente è stata la trombosi della coronaria che ha maggiormente polarizzato la loro attenzione. Comunque resta il dato di fatto, indipendentemente da una precisazione fisiopatologica, che la meiopragia cardiaca o la aortalgia, costituiscono la causa di decessi ogni anno sempre più rilevanti.

Abbiamo dunque da questi elementi potuto accertare che nel gruppo molto vasto delle affezioni cardiovascolari le cause di morte hanno presentato un notevole aumento per l'angina e per le lesioni coronariche in genere. Certamente l'ausilio dell'elettrocardiogramma, la coltura medica più elevata, hanno in parte fatto abbandonare le diagnosi di miocardite o di insufficienza acuta di cuore come pure parallelamente l'aumento dell'età media alla morte ha fatto rilevare il numero assoluto dei casi ma ciò non spiega tutta l'entità del fenomeno.

Questo merita poi speciale considerazione da parte delle società di assicurazioni per la diffusione che hanno le malattie vascolari presso la classe media e nell'età che accedono maggiormente ai contratti di assicurazioni sulla vita. L'interesse dei medici di assicurazione dovrà perciò rilevare ogni elemento prezioso per la diagnosi di angina che purtroppo è basata sopra dati anamnestici mentre sono incerti gli scarsi dati obbiettivi rilevabili con i mezzi che la medicina oggi possiede. Aggiungasi a ciò il fatto che questi individui si presentano nell'aspetto esterno in condizioni floride perchè di costituzione normale tanto che qualunque esame scrupoloso oltre ad essere negativo potrebbe sembrare una inutile e noiosa pedanteria. E' poi da tener presente che qualche volta sono accusati dagli ammalati vaghi dolori retrosternali che lasciano molto in dubbio se si abbia a che fare con un caso di vera angina o con una di quelle così dette pseudoangine.

Un criterio che dovremo tenere in gran conto nel sospetto di tale affezione è quello delle pregresse malattie infettive a localizzazioni notoriamente miocardiche o valvolari, quali la sifilide od il reumatismo come vedremo appresso. Infine le cardiopatie nel gentilizio rappresentano, sempre nel campo della prognosi a grande distanza come si richiede nella medicina delle Assicurazioni, un fattore d'importanza troppo spesso trascurata. A proposito di questo fatto ricordo che le statistiche dell'I. N. A., che sotto esamineremo, depongono per la importanza delle cardiopatie nel gentilizio per il destino di un individuo che si presenti apparentemente sano all'esame obbiettivo.

*
**

Prima di passare ad esporre gli scarsi fatti clinici obbiettivi dell'angina crediamo utile ricordare per sommi capi il meccanismo patogenetico secondo il parere dei più illustri cardiologi nell'ultimo ventennio, in modo da poterci rendere conto il più possibile circa le cause determinanti questa malattia ancora oscura da tanti lati.

Vediamo così che Mackensie, il fondatore della moderna cardiologia, colui che ha edificato su nuove basi lo studio dello scompenso cardiaco, riconosce una grandissima importanza all'apprezzamento delle sensazioni subiettive del paziente; cosa troppo spesso trascurata e che è fondamentale soprattutto nello studio di tali affezioni. Il Mackensie insiste anzi nell'estendere questo concetto per ottenere una più esatta conoscenza della funzionalità del cuore in genere, e

lamenta che anche i medici d'assicurazione seguendo il metodo invalso presso i medici privati trascurino di rilevare questa sensazione subbiettiva.

Così Mackensie si meraviglia che i moduli speciali di visita per i presunti cardiopatici mentre pongono quesiti sul volume del cuore, sulla frequenza, sui caratteri dei rumori, non vengono richiesti motivi sul criterio che ha portato al prognostico; e per l'assicurando egli osserva che se il questionario è ricco di domande manca di quella che si riferisce alle sensazioni subbiettive avvertite dal soggetto.

L'osservazione comunque non sarebbe esatta per quanto è stato, ad esempio, fatto dal Servizio Sanitario dell'I.N.A., il quale nei moduli di visita dell'apparato cardiovascolare (S. S. n. 13) dà un'importanza notevole alle sensazioni subbiettive alle quali anzi ha dedicato due domande specifiche per l'assicurando. In una di esse infatti è chiesto al soggetto se soffre o ha mai sofferto di cardiopalmo o di affanno, e nell'altra, se ha mai patito di dolori alla regione cardiaca.

Tale addebito che il « mago del cuore » fa ai medici di assicurazione da lui qualificati gli specialisti della prognosi, ci sembra in gran parte infondata in quanto tutta la medicina assicurativa o meglio la sua semeiotica non può che fondarsi per lo più gran parte sugli elementi obbiettivi, fisici, chimici, diretti e funzionali per l'esame di un soggetto. Le difficoltà quindi del medico di assicurazione sono infinitamente maggiori di quelle del clinico non potendo egli fare molto affidamento sopra la collaborazione del soggetto. La deficienza dell'anamnesi da un lato e dall'altro, il compito veramente arduo di dover emettere un giudizio di prognosi lontana riesce nell'angina assai più difficile che in ogni altra malattia. Nelle malattie accessuali senza alterazioni fisioanatomiche facilmente rilevabili, come appunto accade per l'angina, questi ostacoli possono essere superati solo ampliando il campo delle ricerche obbiettive.

Le prove funzionali sulle quali precisamente Mackensie richiama l'attenzione e che la medicina assicurativa tende oggi a diffondere, purtroppo in simili occasioni non ci danno apprezzabili elementi per il giudizio. Limitandoci al nostro argomento ricordo come Mackensie considera il tipico dolore anginoso quale effetto di un meccanismo protettivo messo dalla natura come valvola di sicurezza ed espressione di un esaurimento del muscolo cardiaco. Secondo tale autore il dolore tipico sarebbe dovuto allo stimolo di alcune zone del sistema nervoso centrale evidentemente per azione riflessa cardiaca e paragona tale dolore a quel senso di costrizione che colpisce il giovane sportivo dopo un certo tempo che si è lanciato a tutta corsa per una gara in un campo sportivo.

Mackensie ritiene poi che sia frequente, allorchè si raggiunge e si supera i cinquanta anni un processo degenerativo fibroso miocardico; il cuore in tali condizioni richiede una quantità di sangue tre volte maggiore, ma un simile afflusso viene ostacolato dalla rigidità dei vasi coronari. La conferma di questa patogenesi è invocata dall'A. per la frequente insorgenza dell'attacco anginoso dopo lo strapazzo o dopo una notte insonne, fatti che rappresentano un sovraccarico eccessivo per un cuore malato. L'angina pectoris invece che, insorgere durante il riposo e che i francesi chiamano da decubito, per Mackensie è dovuta ad estremo esaurimento del muscolo cardiaco od esprimerebbe una grave intossicazione del miocardio.

In conclusione per tale A. il quadro clinico della malattia sarebbe imputabile ad una miopragia miocardica, ma potrebbe permettere, secondo l'esperienza del grande cardiologo inglese, il raggiungimento di una tarda età. Secondo il suo parere la sopravvivenza di questi malati potrebbe essere di un decennio e perfino di un ventennio purchè si riducesse adeguatamente l'attività lavorativa e non coesistessero complicanze renale od arteriosclerotiche diffuse.

Per la scuola francese l'angina pectoris è un quadro dell'insufficienza cardiaca sinistra a somiglianza dell'edema e dell'asma cardiaca. Tale triade, il cui unico meccanismo patogenetico è stato dato da François Franc e da Lian è anche ammessa Vaquez. Si deve però osservare come l'inclusione dell'angina in

una sottoclasse dell'insufficienza cardiaca dovrebbe essere limitata all'angina da decubito soltanto, almeno secondo il concetto di Lander Brunton che per primo propose questa catalogazione.

Non crediamo si possa a questo riguardo procedere ad una così radicale separazione quando, per dichiarazione stessa dei cardiologi che l'hanno proposta, si ammette che la forma da sforzo a lungo andare e cioè con l'aggravarsi assume il quadro di quella da decubito. Ciò coincide con quanto afferma Mackensie allorché ritiene esaurito all'estremo un miocardio che giunge a provocare la crisi anginosa durante il riposo.

Nella patogenesi Vaquez oppone alla teoria coronarica, che potremmo dire classica, quella della distensione proposta da Hurthle. Questa teoria parte da una nozione di fisiologia, come cioè sotto lo sforzo l'aorta si dilata per la azione riflessa del nervo di Cyon le cui determinazioni sono intraortiche. Se l'aorta è rigida per l'alterazione della parete non sarà possibile nessuna dilatazione del sistema cardio-aortico ed allora il tentativo di distensione provoca un'eccitamento attraverso i filetti nervosi del plesso cardiaco cui segue l'accesso anginoso. Ciò accadrebbe nell'angina da sforzo, in quella da decubito che, come abbiamo già ricordato, costituisce un quadro dell'insufficienza cardiaca sinistra, la distensione sarebbe a carico non già dell'aorta soprasigmoidea ma del ventricolo sinistro.

Successivamente per opera di inglesi e di americani i progressi della cardiologia hanno permesso una ulteriore differenziazione clinica in questo capitolo così oscuro della patologia. L'accenno alla differenza prognostica tra gli accessi insorti nel lavoro da quelli in riposo trova in Lewis, l'illustre direttore del Dipartimento di Ricerche Cliniche dell'University di Londra, un ulteriore progresso.

Al concetto di Vaquez troppo schematico dal punto di vista anatomico con la teoria della distensione soprasigmoidea o ventricolare, Lewis contrappone una classificazione assolutamente clinica. Rifugge perciò tale A. da un'esposizione anatomica che corrisponda al quadro clinico ma non di meno la divisione tra le due forme, aortalgica e cardialgica, si accentuano, anzi se ne aggiungono delle varietà. Ammesso il fatto fondamentale che ad una malattia corrisponda una serie di disordini funzionali, gli unici riconoscibili durante la vita, mentre la lesione anatomica ci è incerta e difficile; Lewis, abbandonata la tradizione si dedica esclusivamente ad inquadrare i sintomi che vengono all'osservazione del medico e che questi deve curare.

Lewis restringe perciò il termine di angina pectoris alla forma clinica descritta da Heberden cioè all'angina che consegue allo sforzo. Tale opinione del resto deriva dalle osservazioni di autori americani quali Pardée, Gorham, Parkinson, Bedford ed altri. Non ostante l'avviso di alcuni clinici Eppinger in Germania nel 1934 ha confermato l'esistenza di un quadro nosografico dovuto alla trombosi delle coronarie in base agli elementi elettrocardiografici già osservati dai precedenti autori.

La vera angina pectoris che colpisce persone dell'età media ed avanzata, il più spesso ben nutriti e di vita sedentaria, è caratterizzata da attacchi dolorosi brevissimi di pochi minuti che, anche quando si ripetono, non durano più di trenta o quaranta minuti. Si accompagnano ad iperalgia nella regione precordiale che possono persistere a lungo e prevalgono nella parte media e superiore dello sterno. In questi soggetti la pressione non è mai aumentata, lo stesso deve dirsi delle pulsazioni, ed il nitrito d'amile fa scomparire il dolore.

Questo è dovuto ad ischemia relativa di un segmento del miocardio che è deficientemente irrorato, e mentre nel riposo può ancora funzionare discretamente, non può sopperire al maggiore lavoro dello sforzo.

Invece l'insorgenza di dolori anginosi in periodi di riposo, in soggetti di una certa età accompagnati da ipertensione e da dolore che parte dall'epigastrio, che non si aggrava con il movimento, accompagnato da polso piccolo e frequente, deve far sospettare una trombosi della coronaria. Questa, che non

si giova del nitrito d'amile, è accompagnata nei giorni seguenti all'accesso da una febbretta e da una lieve leucocitosi. Talvolta una embolia o la percezione di qualche sfregamento ci confermano l'avvenuto infarto anemico con relativa miomalacia cordis. Gli sfregamenti sono la prova che depositi fibrinosi si sono depositi sulle pareti del pericardio.

I pareri sopra questa forma clinica sono discordi, in una relazione sopra oltre 500 individui affetti da un quadro anginoso Semerau-Siemanowski ha trovato solo il 7,7% di casi d'infarto. In ogni modo in Italia questa forma è ancora in discussione. Un elemento che la caratterizza è il dolore che iniziandosi spesso in modo lieve si fa intenso per portarsi dall'apice dello sterno verso il mucrone. Il dolore si protrae molto più a lungo dell'angina pectoris da sforzo cioè per qualche ora ed è seguito talvolta per intere giornate da uno stato anginoso. L'iniziarsi dell'attacco nel riposo, l'inefficacia del nitrito il prolungamento del dolore sono segni sufficienti, secondo molti autori, per porre la diagnosi di trombosi della coronaria.

Costituisce infine per Lewis una speciale sindrome dell'angina da sforzo quella che si accompagna ad insufficienza aortica ed è di natura abitualmente luetica; in questa prima, che s'inizi l'accesso, si manifesterebbe tachicardia ed ipertensione altissima, il che deporrebbe per l'origine vasomotorio nella patogenesi. E' questa una forma di speciale gravità.

Da quanto abbiamo visto lo stesso Lewis ammette patogenesi multiple dei dolori a tipo anginoso che varierebbe a seconda della forma clinica.

Gallavardin, per ricordare l'opinione di uno dei più noti fra tanti altri cardiologi, è contrario all'ipotesi coronarica. Egli ritiene che i dolori siano dovuti ad un turbamento che colpisce i centri ganglionari e midollari e di là si rifletta alle zone superficiali. Sulle cause determinanti la scossa nervosa centripeta si è molto discusso, perchè lesioni identiche e di uguale gravità, mentre talvolta determinano una sindrome stenocardica tal'altra mancano fatti dolorosi ed esiste una semplice dispnea.

Da questa osservazione Gallavardin inferisce che gli infarti o gli stati ischemici del miocardio non possono causare il dolore anginoso. Pur riconoscendo alle lesioni coronariche stenosanti un elemento predisponente alla sindrome, egli pensa che queste lesioni non siano indispensabili per l'attacco. Ritiene invece che si abbia a che fare con una congestione passiva asfittica delle vene e non con un'ischemia arteriosa; infatti egli avrebbe osservato che una inspirazione profonda all'avvicinarsi dell'eccesso può farlo abortire. Attraverso la circolazione intratoracica questo movimento faciliterebbe il vuotamento delle vene coronariche ingorgate.

In Germania Spirt ha emesso l'ipotesi che la sclerosi vasale possa verificarsi a carico dell'aorta e delle coronarie contemporaneamente; sarebbe allora ostacolata la distensione fisiologica per opera del nervo depressore ed il dolore sarebbe dovuto al tentativo di distensione acuta dei vasi stessi.

Altre ricerche di Lewis hanno potuto escludere che il dolore sia dovuto a crampi muscolari, a spasmo vascolare od alla mancanza di ossigeno. Egli avrebbe potuto accertare che la contrazione muscolare sviluppa la formazione di un fattore abitualmente eliminato con la circolazione e che egli chiama P. Nella trombosi lo stato doloroso sarebbe dovuto alla presenza di questa sostanza che non può essere eliminata ma resterebbe fissata al muscolo, nell'angina da sforzo invece il nitrito d'amile aumenterebbe il circolo vasale determinando la scomparsa del dolore.

In altri casi la patogenesi è da ricercare nei disturbi vasomotori. Abbiamo già ricordato come nei casi di contemporanea insufficienza aortica lo stesso Lewis pensi ad una brusca vasocostrizione dei vasi addominali e coronari, questa, richiedendo uno sforzo superiore alle possibilità del miocardio, determinerebbe l'accesso.

In Italia Scarpa ha recentemente portato un contributo all'ipotesi vasomotoria. Egli studiando in quattro malati la pressione durante l'attacco, sebbene non

abbia notato variazioni della minima e della media e solo eccezionalmente della massima, ha riscontrato però una modificazione nell'indice oscillometrico; ritiene perciò che una scarica angionevrotica con la massima intensità nel territorio delle coronarie contribuirebbe a fianco delle lesioni cardiovascolari all'insorgenza dell'accesso.

Questa teoria neurogena o meglio dei riflessi vegetativi è stata avanzata anche da Wassermann in Germania, da Danielopolu e da Mandelstamm nell'U.R.S.S. Quest'ultimo osserva che le sole lesioni sclerotiche delle coronarie spesso sono mute e non spiegano da sole l'insorgenza dell'accesso; perciò presume che debba coesistere una reazione vascolare invertita, cioè una modificazione dei riflessi del sistema nervoso vegetativo. A questo proposito è bene ricordare che tutto il sistema cardiovascolare è inervato dal vago, la sezione di questo produce una vasodilatazione delle coronarie mentre la sua eccitazione provoca una vasocostrizione. Dagli studi e dalle comunicazioni presentate da Mandelstamm in vari Congressi risulta che la provocazione dei riflessi oculo-cardiaci e carotidei agiscono come depressori della funzione cardiaca e del tono vascolare. A conferma di quest'ipotesi questo autore in oltre venti malati è riuscito, con la compressione della zona carotideica durante l'attacco ad alleviare e poi a far sparire il dolore; anzi propone questa manovra come mezzo di cura sintomatica.

Sulla patogenesi dell'angina come si vede la discussione è ancora aperta e crediamo inutile insistervi ancora. In ogni modo è accertato che esistono almeno due forme di angina che si differenzierebbero per il momento d'insorgenza; quanto alla patogenesi i pareri restano divisi. Come vedremo anche la prognosi è diversa; mentre è discreta nell'angina da sforzo sarebbero mediocre per le forme trombotiche.

*
*
*

Un interesse maggiore riveste per il medico d'assicurazione la conoscenza, in base ad elementi statistici, delle malattie che più facilmente possono considerarsi come elementi etiologici dell'angina. L'utilità di questa cognizione sarebbe grande non solo nell'assicurazione vita ma anche per la pratica quotidiana del medico che, chiamato a diagnosticare nel dubbio tra una angina ed una falsa angina potrebbe trovare conforto in un fattore etiologico per potere ammettere o escludere in modo categorico l'esistenza della malattia. Ma purtroppo anche da questo lato le notizie che possediamo sono incerte e discordi.

La diatesi artritica, come pure il diabete e la gotta, sono stati qualche volta messi in causa come fattori predisponenti; ma non esistono elementi seri che confermino questa possibilità. Lo stesso pensa Vaquez del tifo e dell'influenza; così pure a tale opinione si associa Lewis a proposito del tabagismo tanto discusso ed incolpato. A tal proposito White e Sharber in America hanno nel 1934 allo scopo di dirimere la questione, fatta un'inchiesta sopra 750 individui affetti da angina pectoris mettendo i risultati a confronto con quelli ottenuti dall'esame di altrettanti soggetti sani ugualmente distribuiti per gruppi di età e di sesso. E' così risultato che dei malati il 46,1 % non fumavano affatto mentre solo il 24,4 % fumano in eccesso; nei sani invece risultarono non fumatori il 37,2%, mentre il numero dei fumatori in eccesso raggiunse la cifra del 33,5 %; in tal modo risulterebbe dimostrato che il tabacco non costituisce elemento etiologico della malattia.

Anche l'alcoolismo che qualche medico ha ritenuto possa costituire fatto etiologico dell'angina è stato oggetto della stessa ricerca da parte White e Sharben. Questi A.A. hanno trovato che in confronto all'8,4 % di abitudine alcoliche nei sani; la percentuale scendeva a 1,1 negli anginosi; di questi il 64,4% era estemio cioè in numero superiore ai sani nei quali risultarono astemi il 61,7%. Da tale studio risulta dunque confermato quanto era stato desunto dalla osservazione diretta dei malati in quest'ultimi anni, come cioè né alcool né tabacco possono costituire un fattore causale dell'angina pectoris, anzi sembre-

rebbe, secondo questi AA., che l'alcool può costituire un mezzo di prevenzione o per lo meno di attenuazione delle crisi.

Forse il reumatismo potrebbe, per le lesioni miocardiche che talvolta determina, entrare in discussione; ma è soprattutto la sifilide che con una notevole frequenza può esser causa dell'insorgenza dell'angina. Già Huchard dava una percentuale di luetici nel 20% dei malati, Vaquez praticando sistematicamente la Wassermann ha trovato il 30% degli anginosi positivi; del resto la coesistenza e frequenza della aortite o della insufficienza aortica luetica ne è la conferma. Vediamo che cosa dicono le recenti statistiche a questo riguardo.

Sopra 500 casi visitati ambulatoriamente, Gallavardin trovò il 30% di soggetti luetici; però prendendo in esame 44 casi ricoverati in ospedale e venuti a morte egli ha potuto procedere all'autopsia ed in tal modo la percentuale dei sifilitici è salita al 43%. In tutti i casi di natura luetica coesisteva aortite e la diagnosi etiologica era stata sempre fatta in vita.

Una cifra più bassa ci indica invece Semerau-Siemianowski nella sua relazione presentata al Congresso di Medicina di Poznam nel 1933. Egli, sopra 536 casi, ha trovato la lue nel 26%; ma è interessante rilevare che delle forme aortalgiche il 66% erano sifilitiche; in questo lavoro l'A. si dimostra scettico sul cosiddetto tabagismo.

In un altro lavorostatistico che comprende 600 casi visitati ambulatoriamente Schlesinger di Vienna ha trovato clinicamente la sifilide in 190 soggetti; egli ha messo in rilievo la coesistenza di un meso-arterite in questi malati e quanto sia frequente in essi la forma stenocardica; la lesione aortica per tale A. sarebbe la base anatomica costante di tutti gli accessi anginosi che insorgono prima dei cinquant'anni.

Non v'è dubbio però che il numero preponderante delle angine debbono attribuirsi ad un fattore etiologico ignoto cui anatomicamente spesso corrisponde una cardiosclerosi; si tratta cioè di un processo arteriosclerotico localizzato alle coronarie con lesioni miocardiche secondarie. Ricorda a tal proposito che Mandelstamm della Clinica medica di Leningrado mette in rilievo questo fatto. Sopra un totale di 304 malati, dei quali 59 donne, egli ha potuto stabilire la seguente distribuzione etiologica:

Cardiosclerosi	264
Aotite sifilitica	24
Miocarditi	3
Lesioni valvolari.	4
Afezioni nervose funzionali	9

Da questa statistica risulta dunque che la cardiosclerosi raggiunge l'alta cifra dell'87% dei casi mentre la sifilide non rappresenterebbe che l'8%. Mandelstamm ha poi trovato che in 204 casi vi era ipertensione poichè la pressione superava i 150 mm. e negli altri 120 casi la pressione era nei limiti normali.

Il fattore ereditario ha indiscutibilmente una grande importanza; impressionante è il caso di una famiglia riferito da Vaquez, in essa il padre e due figli erano morti di angina ed un terzo figlio era in cura dall'A. perchè soffriva di attacchi a ripetizione. Anche molti altri studiosi si son trovati concordi nel riscontrare una tendenza familiare a questa malattia e vi hanno richiamato l'attenzione; talvolta un gruppo etnico è prediletto come accade per gli israeliti che proporzionalmente danno un numero di decessi per angina triplo in confronto alle altre popolazione.

Anche nei sinistrati dell'I. N. A., di cui successivamente riportiamo alcune tabelle, è stata riscontrata una certa predisposizione negli assicurati i cui genitori erano morti di cardiopatia. Infatti nei sinistri delle Ordinarie con visita medica sopra un totale di 446 casi di angina la cardiopatia in senso lato esisteva nel gentilizio di 74 soggetti, vi era cioè un labilità cardiopatica familiare nel 16% degli anginosi.

Nel portafoglio delle cessioni legali dell'I. N. A. pur risultando un pò minore queste ereditarietà si è riscontrata nell'11 % dei casi. Questa percentuale è relativamente modesta quando si confronta con l'ereditarietà vascolare descritte da Semerai Siemianowski il quale nell'infarto del miocardio, cioè ad un dipresso nella forma che risponde all'angina da decubito, ha trovato che raggiungeva il 48 %.

Riepilogando possiamo dunque affermare che i fattori etiologici dell'angina sono molteplici e si confondono molto spesso con quelli ignoti dell'arteriosclerosi che costituisce il gruppo più numeroso. Viene poi per importanza la sifilide che comprende il 30-20 % dei casi ma che qualche A. come Mandelstamm fa ascendere ad appena il 10 %; nè molto maggiore risulta nei rifiuti dell'I. N. A. decessa per angina; seguono per frequenza rari casi di endocarditi croniche e di miocarditi.

E' però evidente che allo stato delle attuali conoscenze noi non sappiamo quali infezioni possono far temere una subcessione morbosa di angina tranne la lue, nè possiamo dirimere con il sussidio etiologico il dubbio di fronte ad un accesso così detto pseudo-anginoso. Meritano infine di essere ricordate come malattie riscontrate nell'anamnesi degli anginosi l'albuminuria e l'ipertensione come è stato possibile riscontrare in una modesta ricerca da noi praticata presso gli assicurandi rifiutati dell'I. N. A. dei quali successivamente riferiremo.

*
* *

Quanto alla diagnosi in epoca lontana dell'accesso, essa risulta di grande difficoltà e si basa anche oggi quasi esclusivamente sui dati anamnestici; i sussidi di laboratorio poco possono dire, quelli clinici anche meno. Oggi l'unico dato obbiettivo di notevole utilità per il cardiologo come per il medico di assicurazione, è l'analisi attenta dell'elettrocardiogramma. E' vero che le alterazioni della conduzione, talvolta tipiche, si hanno durante l'attacco; ma anche fuori dell'accesso esse possono persistere o mettere in evidenza alterazioni miocardiche non bene specificate.

Quanto alla interpretazione delle modificazioni elettrocardiografiche ed alla loro frequenza v'è disaccordo; ma ciò non toglie che esse costituiscano uno dei pochi elementi obbiettivi utilissimi sia in clinica sia nel campo dell'assicurazione vita, in quanto sono la prova che una sindrome anginosa in esame ha il suo fondamento in una certa alterazione coronarica. Si può dire che le alterazioni riguardino sia il complesso iniziale come pure soltanto uno dei suoi componenti, talvolta invece è stata riscontrata una deviazione della linea isoelettrica nel tratto intermedio, più frequenti infine sono le anomalie di forma dell'onda terminale. Tali complessi hanno confermato, a quanto osserva Calabresi, che la sindrome anginosa si accompagna a lesioni miocardiche di origine arteriosa e quindi dopo tali ricerche la teoria coronarica ha mantenuto immutata la sua grande importanza.

Nel complesso iniziale, secondo l'opinione di Pardee, Pezzi e Papp è specie frequente l'accentuazione di Q in III derivazione. Questa, per essere tipica, dovrebbe presentarsi maggiore di un quarto dell'altezza di qualunque altra deflessione, dovrebbe mancare della S, come pure non vi si devono riscontrare deviazioni a destra dell'asse. Tale complesso di modificazioni descritte da Pardee, da cui l'appellativo di Q₃ di Pardee, e che nei sani si riscontra appena nel 0,7 %, pur non avendo il valore patognomonico di infarto miocardico è espressione costante di uno stato miocardico morboso.

Durante il periodo di calma, come ricorda anche Van Bucher, molti anginosi presentano all'ecgramma degli uncini anormali in Q R S e la durata del complesso auricolare è allungata; ma tali fatti sono meno probativi per l'esistenza di lesioni anatomiche. In circa trenta casi studiati durante il riposo questo autore avrebbe trovato in oltre il 50 % dei casi riferiti, degli uncini anor-

mali che insieme all'allungamento del complesso Q R S devono far sospettare una grave lesione organica del miocardio.

Ugualmente non sono rare le modificazioni del tratto S T che in condizioni patologiche può presentarsi obliquo verso l'alto o verso il basso, generalmente si accompagna anche a modificazioni dell'onda T. Questa, che i tedeschi chiamano onda vitale, rappresenterebbe il migliore indice della vascolarizzazione cardiaca. Ed è per tale ragione che i cardiologi hanno richiamato la loro attenzione, nella semeiotica elettrocardiografica della trombosi, sopra l'alterazione del tratto S-T e soprattutto nella deformazione di quest'ultima.

Allo stabilirsi di una trombosi coronarica si nota da prima l'onda a cupola nella quale il tratto intermedio si stacca dal complesso iniziale prima che questo raggiunga lo zero e con andamento cupoliforme si confonde con la onda T. Successivamente però, dopo qualche settimana, questo arco si abbassa di molto fino a ridursi dopo uno, due mesi in una elevazione piana e la T si fa negativa ed acuminata. E' questa l'alterazione che costituisce l'onda T coronarica di Pardee sulla cui importanza fu richiamata l'attenzione tempo addietro da Sultano in un lavoro sull'elettrocardiografia.

Sopra 50 casi di sclerosi coronarica Pardee avrebbe trovato modificazioni significative elettrocardiografiche in 34 soggetti cioè nel 65 %; in uno studio di Nathanson che si riferisce a 60 anginosi tale percentuale scende a 50 %; Purtroppo però neanche questa cifra è costante e, come si vede nella metà dei casi clinici, non si presentano affatto alterazioni elettrocardiografiche. Recentemente Langeron ha riferito circa 11 casi da lui studiati e nei quali è stata praticata l'autopsia; in 6 di essi era stato praticato l'elettrocardiogramma ed in nessuno aveva riscontrato la onda T coronarica. L'americano White riferendo sopra 200 casi di trombosi coronarica si limita a dire che la presenza di un'onda T a tipo coronario non era rara nei casi gravi con breve sopravvivenza.

Uno studio veramente notevole di elettrocardiografia negli anginosi ha praticato Kahn il quale dopo l'esame di 330 sofferenti ha concluso che la diagnosi rimane basata sopra gli elementi clinici, pur dovendosi fare attenzione a tutte le modificazioni dell'ecgramma specialmente a quelle dell'onda T. Nei suddetti casi egli ha trovato che in 137 malati e cioè nel 41 % non si rilevavano alterazioni dell'ecgramma. Anche diversi casi gravi, nei quali si ebbe la morte durante una crisi, e cioè nel 30 % dei casi, presentavano un tracciato normale. Simile a questa è la percentuale riferita di White e Bland i quali sopra 500 casi di angina trovarono negativo per ogni alterazione sia l'ecgramma che l'esame clinico e i dati della pressione nella percentuale del 20 %.

Dawidowicz di Varsavia ha proposto anche lo studio della IV derivazione negli anginosi; in base a 78 casi personali egli conclude che essa ci permetterebbe di svelare alterazioni che nelle ordinarie derivazioni classiche non sono invece riscontrabili.

In complesso dunque le modificazioni elettrocardiografiche non sono costanti nei casi di trombosi e di angina. V'è poi la possibilità, come in un caso descritto da Diliberto in Italia, che l'onda coronarica possa esistere in un quadro clinico d'infarto mentre all'autopsia l'esame del cuore risulti negativo. La deduzione pratica di tali casi è che, non solo questa onda di Pardee sarebbe incostante, ma infida anche per la differenziazione tra una trombosi ed una angina a differenza di quanto ritengono invece molti autori americani ed inglesi.

Sappiamo secondo le norme di patologia che i dolori anginosi insorgono specialmente con lo sforzo a differenza delle algie cardiache d'altra natura che ne sono indipendenti. Gallavardin ha descritto otto casi clinici in cui invece si provocano delle algie cardiache non anginose in seguito allo sforzo. Lo stesso A. però crede che si possa quasi sempre procedere alla diagnosi differenziale tra le algie cardiache semplici e quelle anginose in base ad i seguenti criterii. I dolori cardiaci non anginosi colpiscono i giovani, l'esame cardiovascolare del soggetto è negativo, l'algia compare anche durante il riposo; inoltre queste forme non darebbero irradiazioni brachiali e la trinitrina naturalmente sarebbe inefficace.

Quanto alla irradiazione del dolore che secondo i testi costituisce un elemento importantissimo per la diagnosi dell'angina, merita di essere ricordato l'esito di un'inchiesta fatta da Cowan nel 1931. Sopra 200 casi esaminati, 95 soggetti accusavano il dolore retrosternale senza irradiazione, 36 soggetti soltanto avevano le classiche irradiazioni al braccio sinistro, 2 a quello destro e ad entrambi 24. L'A. osservò poi 19 casi con irradiazioni al collo, 8 verso il dorso, 5 alla regione interscapolare ed infine in 11 il dolore era epigastrico. Come si vede l'atipicità dell'irradiazione è molto più frequente di quanto non si creda rendendo in tal modo notevolmente ardua la diagnosi del medico.

Alcuni studiosi hanno anche proposto per la diagnosi dell'angina fuori dell'accesso la ricerca di speciali zone iperalgiche. Così Schmidt riteneva patognomonico il dolore che si provocava con la pressione a livello della spina della quinta vertebra dorsale che sarebbe l'esteriorizzazione dello stimolo nervoso del plesso cardio aortico.

L'esame del dolore alla pressione è ben lontano dell'esser risolto; però si deve tener presente che l'esame di soggetti che hanno solo da poche ore superato un accesso presentano vaste zone iperestesiche; da ciò la varietà di determinazioni a seconda gli autori. Così Szour di Varsavia avrebbe riscontrato spiccata dolenzia nel III spazio intercostale sinistro a due dita dallo sterno, talvolta egli avrebbe trovato una iperalgia simmetrica anche a destra.

Mandelstamm ha proposto di comprimere il seno carotideo nel collo, tale fatto non si accompagna ad iperlagia ma servirebbe a far passare l'accesso e quindi avrebbe funzione diagnostica e curativa. In complesso però su queste zone, che con meravigliosa semplicità ci dovrebbero dare la diagnosi dell'angina, non possiamo fare eccessivo affidamento pur non escludendo che in singoli casi il fenomeno risponda a verità e possa essere utile.

La difficoltà di riscontrare anche un solo elemento obiettivo utile alla diagnosi è ricordata da Moulinier che ha descritto casi gravi e mortali di angina senza alcun dato radiologico nè l'aumento della pressione nè sifilide dell'anamnesi. Chabè ha riferito alla Soc. Medico-Chirurgica di Bordeaux che sopra 10 casi gravi occorsigli ben 7 non presentavano niente di obiettivo e ritiene perciò inutile se non illusoria la divisione delle angine in vere e false; per tale autore si dovrebbe ammettere la diagnosi di sindromi anginoidi che possono, qualunque sia il loro meccanismo, portare a morte inaspettatamente.

Senza dilungarci ancora sopra l'arduo argomento della diagnosi che ha moltissima importanza dal punto di vista clinico, medico-legale e nella medicina delle assicurazioni vita, dobbiamo convenire che le attuali conoscenze fisiopatologiche non sono in grado senza l'anamnesi od al di fuori dell'accesso di avanzare la diagnosi di angina pectoris con i soli dati obiettivi. A tal proposito giustamente concludeva in tal senso in una relazione alla Società di Medicina di Parigi Pruché poco più di un anno fa. Egli dopo aver studiato bene 150 malati dal punto di vista clinico, funzionale, radiologico, ed elettrocardiografico affermava che l'interrogatorio resta l'elemento « principe », non essendovi alcun segno patognomonico e tanto meno costante sia radiologico, sia elettrocardiografico; spesso il segno atteso manca o lo si trova in altre malattie. I migliori dati sono, come Pruché osserva, espressi dal valore funzionale miocardico e dall'elemento anamnestico.

Dobbiamo convenire che questi criteri per la diagnosi dell'angina pectoris sono oggi giorno i migliori e, se verranno ulteriori conferme, anche l'elettrocardiogramma dovrà esser tenuto presente dal medico di assicurazione il quale esamina il malato sempre lontano dagli accessi dolorifici.

* * *

Un problema non meno arduo è quello di stabilire quanto lungo sia il tempo di sopravvivenza dei malati di angina dopo l'apparire del primo attacco. Questa malattia è nota anche al gran pubblico e per le sofferenze cui s'accompagna viene considerata sempre gravissima. L'assicurazione è sempre interdetta

a questi malati ed i rischi tarati non l'hanno accettati che eccezionalmente nelle proprie liste, cioè quando si trattava di forme spurie. E' giusto ciò?

Trovo una attenuazione in Hecher consulente clinico della Muenchener Rueck Versicherungen-gesellschaft. Egli ammette a beneficiare della polizza i soggetti portatori di angina su base puramente nervosa o determinati da nicotismo, ciò naturalmente dopo scrupolosi esami complementari ed indagini anamnestiche. Crediamo però che sarebbe non arduo differenziare, come abbiamo visto sopra, i casi di sindromi anginoidi da nicotismo ed ugualmente quelli puramente nervosi cioè funzionali. Ma anche quest'ultima forma, sebbene più raramente di quelle che si accompagnano a lesioni miocardiche potrebbe condurre ad un esito fatale, anche perchè la qualifica di funzionale è difficilissima a dimostrarsi in questi malati e talvolta anche l'autopsia può esser muta.

I risultati statistici e le opinioni dei cardiologi sono molto diverse e contraddittorie a proposito della sopravvivenza degli anginosi. Mentre alcuni autori prevedono una vita di pochi anni altri invece dell'autorità di Mackenzie e di Lewis parlano di possibile sopravvivenza di 10-15 anni. A proposito dell'autore della teoria circolatoria nella fibrillazione, ricordiamo la sua affermazione circa la media della vita dei malati di angina da sforzo che non sarebbe molto inferiore a quella dei sani. Egli ha recentemente stabilito anzi uno schema di sopravvivenza per le cardiopatie, da esso rileviamo i criteri che questo cardiologo propone per la prognosi dell'angina:

- 1° Angina da sforzo iniziale: 10 anni di vita;
- 2° angina da sforzo di brevissima durata con o senza trombosi progressiva: 3 anni di vita;
- 3° angina non modificabile col riposo: 1 o 2 anni di vita
- 4° trombosi coronarica recente ed angina nel periodo di stato: pericolo imminente.

Un importante studio statistico sulla sopravvivenza di questi malati è quello eseguito dagli americani White e Bloud negli Stati Uniti che hanno preso in esame ben 500 casi di angina e 200 di trombosi coronarica. Nei primi che vennero seguiti in un periodo di tempo di poco inferiore a 5 anni essi hanno potuto seguire fino al decesso ben 213 soggetti. La media di sopravvivenza di questi sarebbe stata superiore ai quattro anni. Quanto alla causa specifica di morte solo il 18% era riferibile ad altra malattia intercorrente mentre l'82% era dovuta alla malattia di cuore. La sifilide, rende per opinione di questi autori, notevolmente grave la prognosi, alla stessa guisa dell'oscuramento dei toni e dei segni di insufficienza cardiaca. Abbiamo a tal proposito già ricordato come Lewis distingua con il termine di forma grave spasmodica l'angina di natura luetica.

La trombosi coronarica per White e Bloud può, passato il periodo acuto e formatasi la cicatrice dell'infarto, permettere una buona sopravvivenza; dei 200 casi presi in esame, e che erano stati seguiti per circa due anni e mezzo al momento della pubblicazione della inchiesta ne erano decessi 101. In questi soggetti la durata media di sopravvivenza era stata di un anno e mezzo dopo l'avvenuta trombosi. White e Bloud pensano che l'angor non possa avere un evidente valore prognostico, come pure ritengono non debba influire in questo senso il valore della pressione. Questi osservatori non attribuiscono all'elettrocardiogramma alcun valore prognostico nè per la trombosi nè per l'angina.

Crosetti in un recente articolo ricorda che la trombosi presenta il massimo pericolo mortale per un'eventuale fibrillazione o per una rottura ventricolare nelle primissime settimane. Il tempo di sopravvivenza media, secondo gli Americani, non sarebbe superiore ai 4 anni; sebbene siano stati riferiti casi rarissimi di trombosi con sopravvivenza di 7-10 anni. In una statistica di Conner e Holt riferita da Crosetti, il 75% di questi malati che avevano superato il primo accesso vivevano dopo un anno, ma dopo due anni i sopravvissuti scenderebbero a 56% e dopo 5 essi si ridurrebbero al 21%.

Sono anche interessanti le conclusioni della relazione di Semerau Siemia-

nowski al Congresso di Medicina di Poznam nel 1933. Questo studioso pensa che la prognosi, non ostante le complesse indagini moderne, sia oscura e delicata e che per essa si debba tenere in gran conto l'ereditarietà cardio-vascolare. Tale osservatore nella sua classificazione distingue le forme di angor organico in croniche ed acuto ed in un terzo gruppo di natura funzionale. Agli angor cronici ascrive le forme di coronalgia col 52,7 % dei casi, di aortalgia coll'11,5 % e di miocardite col 6,8 % complessivamente il 71 % dei malati cioè oltre i due terzi delle angine. A differenza degli americani Semerau ascrive all'infarto solo il 7,7 % dei malati e tra questi prevalgono fortemente gli uomini con i 9 decimi dei decessi. Invece, negli angor funzionali, che comprendono il rimanente 21,5 % della statistica prevalgono le donne e in essi l'A. ascrive oltre la varietà nervosa riflessa anche quella isterica da stati anemici e da cardiopatie.

La classificazione di Gallavardin, in base a 44 casi corredati dal reperto di autopsia ha invece un criterio prevalentemente anatomo patologico. In tale lavoro l'A. distingue le angine di petto in due classi delle quali la più numerosa che comprende il 60 % dei casi si accompagna a lesioni coronariche evidenti sifilitiche e di arterite stenose. Le sindromi anginose senza lesioni coronarie invece comprenderebbero sottogruppi che si accompagnano a stati dispnoici od a vizi cardiaci, ad aortite, a nefriti croniche ed infine altre sono di natura incerta.

In un altro studio di Eppinger e Levine del 1934 che si riferisce a 141 casi mortali seguiti fin dall'inizio della malattia gli osservatori hanno fatto le seguenti constatazioni. L'inizio del quadro clinico si è avuto a 56 anni negli uomini e a 58 nelle donne, queste costituivano solo il 20 % dei casi; la durata media della malattia è stata di quattro anni raggiungendo il massimo di sei, ne deriva perciò l'età media alla morte degli uomini a 60 anni e delle donne a 62. La pressione si è dimostrata un po' più alta negli uomini, l'ipertensione ha in complesso condotto a morte più precocemente. Secondo tali AA. non vi sarebbe differenza tra angina da sforzo a quella da decubito. L'eredità cardiovascolare è stata dagli stessi ricercatori riscontrata con notevole frequenza.

Meritano infine di essere riferiti alcuni dati di Dublin che ha eseguito indagini a New York nel 1936 circa i disturbi dell'arterie coronarie. Un discreto numero di persone muore al primo attacco, altre volte invece pur esistendo disturbi delle coronarie la sopravvivenza è di vari anni.

Così in una serie di 259 casi seguiti da Conner e Holt, 142 morirono prima dell'indagine e 117 sopravvissero. Di questi dopo un anno dal primo attacco 88 erano in buona salute; alla fine del secondo anno lo erano in 65 cioè il 56 % dei sopravvissuti, ed infine dopo cinque anni dalla prima crisi erano ancora in ottimo stato di salute 25 individui cioè soltanto il 21 %.

In un'altra serie di 370 malati riferita da Wilius della Clinica Mayo il 54,5 % erano morti prima dell'inchiesta e degli altri il 77 % visse oltre un anno. Di questi raggiunse e superò i due anni il 67 % dei malati ed infine vivevano ancora al quinto anno il 28 %. Quanto alle capacità lavorative nell'inchiesta risulta che il 43 % erano in buona salute e potevano esplicare qualunque attività, il 23 %, l'avevano ridotta notevolmente ed infine il 34 % erano inabili al lavoro proficuo perchè soggetti molto spesso ad attacchi.

Come abbiamo visto in questa rapida rassegna la sopravvivenza, non ostante alcuni casi relativamente benigni non è lunga e possiamo ritenere che essa oscilli in media tra i 2 ed i 3 anni. La prognosi è quindi nell'angina nettamente grave e giustifica la severità con cui sono considerati dalle Compagnie di assicurazione questi malati. C'è, è vero, la possibilità che si tratti di una così detta pseudo-angina ma tale ipotesi dimostrerebbe eventualmente un errore diagnostico od una sua incertezza non costituendo questa forma una chiara entità nosografica essendo basata su dati negativi; ma costituirebbe di fatto un rischio incerto ed assolutamente aleatorio.

Giustamente Potain affermava che non esistono false malattie ma solo false diagnosi ugualmente noi in una questione ancora incerta e discussa come

quella delle pseudo-angine non potremmo con tranquillità ascrivere a tali forme dei casi clinici di natura il più spesso sospetti per vera angina. Lamenta Vaquez che troppo spesso, in mancanza di segni così detti specifici vengono considerati come colpiti da attacchi gottosi e isterici dei malati soggetti ad improvvisi accessi dolorosi che si dimostrano poi, con una morte improvvisa, essere invece dei veri anginosi.

Neanche quando l'individuo si presenta al medico apparentemente sano e l'accesso è stato unico insorgendo improvvisamente senza sforzo così pure risulta negativo l'esame radiologico, neanche allora, secondo Vaquez, dobbiamo preoccuparci se la sindrome anginosa non sia stata abbastanza tipica; anche in questi casi egli ritiene che si debba formulare la diagnosi di angina pectoris da decubito. Del resto la cosa non deve meravigliare quando si ricordi come durante l'attacco di angina giuocano riflessi vagali in gran parte ignoti nella loro essenza. L'incertezza etiologica è anche dimostrata dalla stessa ricca statistica già riferita da Semerau-Semianowski che ascrive il 21 % degli angor a forme funzionali prevalenti soprattutto nelle donne con la forma nevrotica.

I successi riportati nel trattamento dell'angina con la tiroidectomia ha fatto avanzare l'ipotesi di un altro meccanismo patogenetico della malattia. L'asportazione della tiroide sarebbe utile non tanto per il rallentamento che determina nel metabolismo basale quanto perchè verrebbe ad essere eliminato un ormone di natura ignota agente direttamente sul cuore o che influenzerebbe la produzione della simpatica di Cannon. In tal modo secondo l'opinione di Cutler e Levine si ridurrebbe il bisogno della circolazione cardiaca la quale diverrebbe in tale modo sufficiente per il lavoro del miocardio.

Dobbiamo ritenere che attualmente qualunque ipotesi patogenerica dell'angina presenta punti deboli ad una critica: ci siamo perciò qui limitati a constatare il fatto statistico dell'incremento della mortalità per questa malattia ed i mezzi che attualmente abbiamo per la diagnosi e la prognosi.

*
* * *

Anche nei dati ricavati dalle statistiche dei decessi dell'I.N.A. si rileva questo fenomeno, di esso per brevità riportiamo soltanto cifre che riguardano i maschi e di due soli portafogli che si accompagnano con visita medica all'ingresso.

TAB. IV. — *Sinistri per Angina Pectoris tra gli assicurati dell'I.N.A.*
(Decennio 1926-1935)

PORTAFOGLIO	ANNI										Totali
	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	
Ordinarie con visita medica	23	23	23	45	46	55	47	45	68	61	446
Cessione legali	6	8	16	19	30	26	28	45	43	33	254
Totale sinistri per angina pectoris	29	31	39	64	76	81	75	90	111	104	700
Totale sinistri per tutte le cause	1381	1632	1902	2228	2130	2440	2597	2682	2521	2512	22.025
% dell'angina sui totali del sinistri	2.15	1.90	2.05	2.87	3.57	3.32	2.89	3.36	4.40	4.14	3.18

Da questa ricerca risulta che, mentre nel 1926 tale causa di morte non aveva dato che 29 sinistri all'istituto, nel 1935 era più che triplicata avendo

raggiunto 104 casi. Nella Tab. IV è possibile seguire questo incremento non solo in cifra assoluta ma anche percentuale; questa in appena un decennio è salita da 2,00 % nel biennio 1926-27 a 4,27 % nel 1934-35.

Se poi passiamo ad analizzare l'età alla morte degli assicurati come risulta nelle tabelle V e VI vediamo che il maggior numero dei sinistri si è verificato nel decennio 50-60 anni d'età e 45-55 per i rispettivi portafogli delle Ordinarie con visita medica e delle Cessioni legali.

TAB. V. — *Disposizione per gruppi di età all'ingresso ed alla morte nei sinistri per angina pectoris.*
(Ordinarie con visita medica)

Gruppi di età all'ingresso	Gruppi di età alla morte											Totale	
	1-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64		65 oltre
1 - 14													
15 - 19													
20 - 24			1		1	3							5
25 - 29				2	5	6	6	2					21
30 - 34					5	10	16	12	10	1			54
35 - 39						9	19	17	15	12	2		74
40 - 44							10	24	26	25	16		101
45 - 49								19	22	16	17	8	82
50 - 54									12	30	16	8	66
55 - 59										8	15	12	35
60 - 64												6	6
65 oltre												2	2
<i>Totali . . .</i>			1	2	11	28	51	74	85	92	66	36	446

Ricordiamo quanto già abbiamo sopra accennato, come cioè nel gentilizio degli assicurati morti per angina non sia rara una cardiopatia. Nei decessi in esame essa esisteva in 103 casi sopra un totale di 700 soggetti.

TAB. VI. — *Disposizione per gruppi di età all'ingresso ed alla morte nei sinistri per angina pectoris.*
(Cessioni legali)

Gruppi di età all'ingresso	Gruppi di età alla morte											Totale	
	1-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64		65 oltre
1 - 14													
15 - 19													
20 - 24					1								1
25 - 29				2	4	5	4	3					18
30 - 34					3	12	5	7	1				28
35 - 39						6	17	11	7				41
40 - 44							14	13	10	5	4		46
45 - 49								14	21	10	7	2	54
50 - 54									10	8	14	3	35
55 - 59										8	11	6	25
60 - 64											3	2	5
65 oltre												1	1
<i>Totali . . .</i>				2	8	23	40	48	49	31	39	14	254

Nella seguente tabella VII abbiamo riassunto i dati somatici di questi assicurati, ove si riscontra che prevalgono gli individui normali, o con sovrappeso lieve, che comprende da solo il 35 % degli individui in esame.

TAB. VII. — *Assicurati deceduti per Angina Pectoris nel decennio 1926-35 - Soli uomini*

	Ordinarie con visita medica	Cessioni legali
<i>Anamnesi personale</i>		
Sifilide	7	—
Reumatismo	6	5
Altre malattie	433	249
<i>Tipi di costituzione</i>		
Normale	173	47
Sottopeso lieve	27	11
» medio	13	2
» notevole A	3	4
» » B	—	4
» » C	—	1
Sovrappeso lieve	154	44
» medio	39	14
» notevole	4	—
Non specificato	33	127

Riferiamo poi nella ultima tabella VIII la distribuzione per gruppi professionali dei sinistri stessi. A questo proposito dobbiamo però tener presente che per ragioni economiche e sociali le assicurazioni sulla vita hanno la maggiore diffusione proprio nelle stesse classi medio borghesi che sono più colpite da questa malattia. Infatti troviamo le cifre più alte nelle categorie degli industriali e commercianti, in quella degli ufficiali e degli impiegati e tra professionisti. In tal modo verrà a risultare un indice di mortalità nell'angina negli assicurati molto più alta che presso la popolazione civile.

TAB. VIII. — *Distribuzione per professioni.*

(I.N.A. decennio 1926-35).

PROFESSIONI	Agricoltori d'ogni genere	Industriali commercianti	Venditori in genere, rappresentanti	Operai addetti a mestieri pericolosi	Personale F. F. S. S. e servizi di trasporto	Personale di fatica e servizio	Personale subalterno dello Stato ed altri Enti pubblici	Aeronautica esercito corpi armati	Ufficiali, impiegati pubblici e privati, pensionati e diplomatici	Professionisti liberi culto, artisti	Proprietari e benestanti	Condizioni non professionali	Totali
Ordinarie con visita medica.	11	81	36	19	5	2	5	10	133	133	25	6	446
Cessioni legali.	3	73	31	3	4	3	—	5	52	56	20	5	254
<i>Totali</i>	14	164	67	22	9	5	5	12	185	169	45	11	700

Tra questa ultima, in base ai dati riportati dalla Statistica delle Cause di Morte del Regno ad esempio per il 1934 per gli individui d'ambo i sessi oltre i 25 anni, l'indice è appena del 0,844 %. Invece nei sinistri dell'I.N.A. per il decennio in esame l'angina pectoris ha determinato il 3,18 % di sinistri nelle assicurazioni ordinarie con visita medica; assai vicino è l'indice che si ottiene nel portafoglio delle cessioni legali ove tali sinistri raggiungono il 3,17 %.

Lo spoglio di queste schede ci ha permesso di ricercare anche quanti fossero i casi di sifilide e di reumatismo denunciati da questi assicurati, li riportiamo nella tabella VII. E' evidente però che le denunce per la sifilide sono state incomplete; perchè la lue deve esistere in una percentuale maggiore a quella riscontrata nel portafoglio delle Ordinarie ove non raggiunge il 2 %. Vecchi pregiudizi devono indurre sopra questa reticenza sebbene casi di sifilide ignorata non siano rari. Quanto alle Cessioni legali, che si riferiscono ad assicurati di Compagnie private, i risultati non sono più confortevoli, ma per la verità dobbiamo aggiungere che i dati comunicatici erano incompleti.

Non si può però escludere che in qualche raro caso la diagnosi di angina pectoris nel certificato rilasciato dal medico allorchè il contratto è stato di breve antidurata, rappresenti una diagnosi di compiacenza fatta a richiesta del beneficiario che ha l'interesse di nascondere qualche malattia cronica di vecchia data. Tale evenienza è però eccezionale, basta dare uno sguardo alle tabelle V e VI per convincersene.

Così mentre l'ingresso in assicurazione di questi soggetti nelle Ordinarie raggiunge il maggiore incremento nel decennio di età compreso tra i 40 e i 49 anni, la mortalità massima si ha nel decennio seguente cioè tra i 50 e i 59 anni. Tale sopravvivenza media di 10 anni è superiore alle prospettive più rosee nella prognosi della angina clinicamente accertata. Possiamo perciò ritenere che la alta percentuale di questa causa di morte tra gli assicurati debba attribuirsi alla predilezione di tale malattia per le classi medie, che danno un alto coefficiente di assicurati.

E' pure da tener presente che il contratto di assicurazione è abitualmente praticato nella forma mista che riguarda per la più gran parte soggetti nel periodo di età compresa tra i 40 e i 65 anni che è anche la più pericolosa per l'angina. Si può dunque concludere che nonostante la differenza colla popolazione civile non esiste un evidente processo antiselettivo per questa malattia facilmente occultabile.

Abbiamo successivamente voluto estendere le ricerche del Reparto Statistico Sanitario dell'I.N.A. ad un gruppo di assicurandi nel quale nessun interesse avesse potuto influenzarne i risultati. Abbiamo perciò preso in esame alcuni soggetti che già furono rifiutati dall'I.N.A. e che successivamente sono venuti a morte per angina pectoris allo scopo di esaminare il quadro clinico che presentavano all'atto della loro proposta per l'assicurazione.

Ciò ci sembra utile perchè mentre sarebbe difficile attendersi la dichiarazione delle sofferenze anginose, noi potremo così vedere quali rischi tarati hanno maggiore probabilità di complicarsi con una vera angina.

Per ragioni di opportunità mi limito a riferire i seguenti casi che riguardano assicurandi rifiutati nel quinquennio 1928-1932.

1. — G. Giuseppe di anni 59, cassiere. Gentilizio: Padre morto di vizio organico cardiaco, 3 fratelli morti per broncopolmonite influenzale in varie età. Anamnesi: influenza durata 10 giorni, varie volte blenorragia, rifiutato da altre Compagnie per ipertensione.

E. O.: Altezza 1,60, peso 70 kg.; tremori alle mani, pressione massima 175, segni di arteriosclerosi spiccata.

Rifiutato per arteriosclerosi ed ipertensione nel 1928.

Deceduto per angina pectoris il 21 maggio 1935.

2. — L. Michele di anni 54, sarto. Gentilizio: Padre luetico, fratello morto a 52 anni per cardiopatia.

Anamnesi: broncopolmonite nel 1919, coliche appendicolari nel 1908.

E. O.: Altezza 1,77, peso 70 kg.; fremito sistolico alla punta, alla ascoltazione 1° tono accompagnato e seguito da un soffio rude; qualche rantolo alle basi polmonari.

Rifiutato per insufficienza mitralica e bronchite cronica nel 1930.

Deceduto per angina pectoris il 18 maggio 1932.

3. — B. Leonardo di anni 50, farmacista. Gentilizio: Padre morto a 39 anni per emorragia cerebrale, madre a 47 di paralisi cardiaca.

Anamnesi: negativa.

E. O.: Altezza 1,65, peso 73 kg.; tachicardia (120-130) con aritmie, aumento di volume nel ventricolo sinistro, 1° tono alla punta accentuato come pure il 2° alla base; pressione massima 170, albuminuria 1^o/₁₀₀.

Rifiutato per ipertensione ed albuminuria nel 1929.

Deceduto per angina pectoris il 6 giugno 1935.

4. — B. Franco di anni 44, veterinario. Gentilizio: Padre morto a 47 anni di polmonite, una sorella di tbc. a 40.

Anamnesi: glicosuria nello scorso anno.

E. O.: Altezza 1,77, peso 88 kg.; pressione massima 175, min. 106; albuminuria e glicosuria.

Rifiutato nel 1932 per albuminuria, glicosuria ed ipertensione.

Deceduto il 3 febbraio 1936 per angina pectoris.

5. — C. Francesco di anni 59 ingegnere. Gentilizio: Padre morto a 74 anni di ictus, una sorella e un fratello di bronchite acuta.

Anamnesi: Blenorragia.

E. O.: Altezza 1,68, peso 81 kg.; polso teso, ipertrofia ventricolo sinistro, 2° aortico vibrato; albuminuria; cilindruria.

Rifiutato per nefrite cronica ed arteriosclerosi nel 1929.

Deceduto per angina pectoris il 6 gennaio 1931.

6. — R. Giuseppe di anni 60, sacerdote. Gentilizio: Padre morto di nefrite cronica a 60 anni, madre di cirrosi a 65.

Anamnesi: intervento chirurgico al ginocchio sinistro da trauma.

E. O.: Altezza 1,68, peso 104 kg.; ipertensione.

Rifiutato per sovrappeso ed ipertensione nel 1930.

Deceduto per angina pectoris il 19 dicembre 1935.

7. — M. Giuseppe di anni 51, giornalista. Gentilizio: Padre morto a 66 anni per malattia imprecisata, madre di enterocolite cronica.

Anamnesi: blenorragia a 18, sifilide a 26 curata irregolarmente con mercurio; Wasserman qualche anno fa debolmente positiva.

E. O.: Altezza 1,80, peso 78 kg.; secondo tono aortico rinforzato, riflessi rotulei un po' deboli.

Rifiutato per sifilide nel 1930.

Deceduto per angina pectoris il 29 giugno 1934.

Dall'esame di questi casi si può subito rilevare quanto raramente la sifilide si trovi nell'anamnesi di un candidato all'angina pectoris; infatti solo in un caso la sifilide era certa. Dobbiamo però ritenere che in realtà la sifilide possa in qualche caso sfuggire, non tanto perchè taciuta ma perchè si tratta di lue ignorata e quindi più pericolosa non essendo curata. Ciò nonostante, anche per quanto le statistiche riferite avanti ci dicono, siamo di opinione che questo fattore etiologico abbia un'importanza notevolmente inferiore di quanto si supponeva 20 anni fa, quando molti autori giungevano a fare dell'angina una specie di malattia metasifilitica.

Nei nostri rifiutati, come abbiamo visto, prevale invece l'albuminuria e l'ipertensione; in due soggetti i due sintomi coesistevano ed in due vi era anche cilindria. In altri due casi l'ipertensione era accompagnata ad arteriosclerosi (caso I) od a sovrappeso (caso VI).

Non v'è dubbio che l'ipertensione aggrava la prognosi ma certamente non è l'elemento determinante ed è ugualmente sicuro che sottopone il miocardio ad uno sforzo eccessivo dannoso per la funzione dell'organo stesso. Probabilmente la ipertensione in tali casi è l'espressione di una arteriosclerosi generalizzata e quindi diffusa alle coronarie.

Sebbene i pochi casi surriferiti non autorizzino deduzioni generali possiamo ritenere che l'angina si manifesti spesso in persone non luetiche, ma che presentano lesioni reno-vascolo cardiaco. Se è relativamente agevole trovare un nesso tra le lesioni vasali e cardiache con l'angina, più difficile è spiegare il rapporto con le forme renali. Sebbene nelle forme di sclerosi renale l'ipertensione, l'ipertrofia cardiaca ed il senso subbiettivo di oppressione retrosternale non siano rari (Volhard) tuttavia non esiste alcun nesso etiologico o di successione morbosa tra le due malattie. Una ricerca praticata su vasto materiale statistico potrebbe risolvere il problema.

Merita anche qualche rilievo, nei nostri casi, l'esame del gentilizio specie nei primi tre. In due esisteva una cardiopatia, in un altro una ereditaria; nel caso terzo la tara ereditaria era duplice: cardiaca dalla madre e vascolare dal padre. L'importanza dell'ereditarietà per malattie cardio-vascolari è indiscutibile, i nostri casi concordano su questo punto.

*
* *

Come abbiamo visto le difficoltà per la diagnosi dell'angina pectoris sono veramente grandi, ugualmente dobbiamo dire della prognosi e della cura che resta sempre molto ardua. I molteplici tentativi sia medici che chirurgici consigliati ed attuati per alleviare le sofferenze di questi malati hanno dato risultati scarsi, contraddittori ed i benefici ottenuti sono troppo spesso illusori.

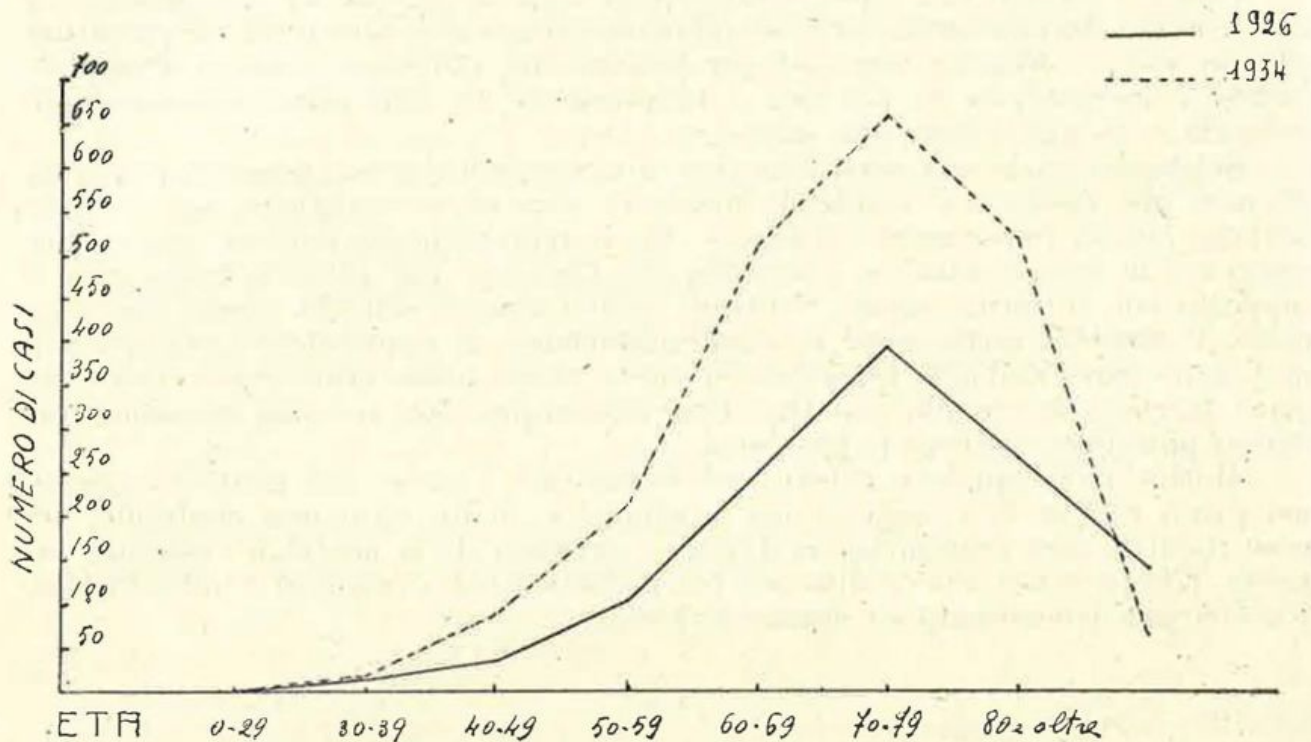
Senza soffermarci a lungo su questo argomento ricordiamo come tra gli interventi chirurgici siano stati consigliati specialmente la gangliectomia bilaterale od unilaterale, la simpaticectomia soprastellare e l'exeresi del ganglio cervicale superiore. Quanto ai risultati prossimi Lérique e Fontaine riferivano, in seguito alle suddette operazioni, miglioramento delle sofferenze variabili dal 54 all'83%. Cutler e Levine riscontrerebbero dopo gli interventi sul simpatico buoni risultati nel 48,5% degli operati, la percentuale poi salirebbe a 53 in seguito all'operazione di Ionnescu che consiste in una simpaticectomia totale cervico-toracica.

White per la semplice alcoolizzazione del simpatico avrebbe osservato il 47,8% di buoni risultati ed il 30,4% di risultati discreti. Attualmente sembra incontrare un favore crescente la tiroidectomia. Trattamenti più modesti ma non meno efficaci avrebbe ottenuto recentemente (1936) Meyer con la d'arsonvalizzazione.

Non v'è dubbio però che la cura medica con l'uso della trinitrina ormai classico, raccolga ancora i maggiori consensi: ricordiamo in proposito quanto riferiva alla Società Reale di Medicina Grighton-Brenwell nel 1935. Sono invece tentativi che meritano ulteriori ricerche e controlli le inalazioni di gas carbonico, le iniezioni dello stesso gas sotto cute, le endovenose di iodio.

Ma uno sguardo al Grafico V nel quale sono riportati per gruppi di età il numero assoluto dei casi di morte tra gli uomini per angina pectoris verificatisi in Italia nel 1928 e nel 1934 dimostra come dopo otto anni i metodi di cura moderni non abbiano influito sull'andamento della malattia la quale si è mantenuta invariata per i gruppi di età giovanile ed aumentata fortemente nell'età media e senile.

Distribuzione per gruppi di età dei decessi per angina pectoris
nel Regno (solo uomini, 1926 e 1934).



E' vero che i quozienti specifici di mortalità potrebbero attenuare in parte la differenza riscontrata per le variazioni avvenute in un ottennio nella composizione dei gruppi d'età; ma resta evidente ugualmente un incremento della mortalità per questa malattia. Dallo stesso grafico si può ricavare un'altra constatazione non lieta e cioè la mancanza di uno spostamento a destra del punto più alto delle ordinate che si mantiene allo stesso punto dopo otto anni e ciò ci può far presumere che non esista un prolungamento dell'età media alla morte degli anginosi. Del resto le statistiche estere non sono più incoraggianti, l'andamento del fenomeno dovuto in parte al tipo della vita moderna ed in parte all'aumento dell'età media non è facilmente modificabile con le varie cure proposte i cui effetti sono ancora problematici. Gli enti di assicurazione vita se una volta potevano non riconoscere l'importanza della questione, oggi con l'incremento della malattia devono premunirsi contro eventuali speculatori della previdenza altrui con esami medici scrupolosi arricchiti dalle più moderne indagini radiologiche ed elettrocardiografiche.

Dal punto di vista curativo e per gli effetti sociali migliori risultati si potrebbero forse ottenere facendo adottare norme preventive specialmente nei figli dei cardiopatici e nelle persone che presentano segni di un'arteriosclerosi generalizzata. Nei soggetti già colpiti da un primo attacco ammonitore si devono evitare tutti i fattori occasionali di nuove crisi. Già qualche anno fa due AA. americani, Greene e Burton, in base ad una larga esperienza consigliarono un tenore di vita rispondente a tale scopo.

Così non solo si debbono evitare gli sforzi fisici eccessivi, le preoccupazioni e le applicazioni mentali troppo lunghe, ma, come consigliano questi autori, anziché sottoporsi a continue somministrazioni di nitriti che danno un equilibrio instabile raccomandano il cambiamento del tenore di vita. Ugualmente dovranno essere evitate le malattie acute infettive, gli accessi sessuali e quelli alimentari; l'ipertensione andrà combattuta con idoneo regime dietetico ed ipotensivo. In complesso, è soprattutto un sistema di vita morigerato quello

che a somiglianza e per tante altre affezioni viene consigliato contro il ripetersi dell'angina o nei soggetti predisposti.

E' appunto a tale fine che l'I.N.A., prima in Italia con l'istituzione dei centri sanitari, ha rivolto speciali cure al settore della medicina preventiva ancora troppo trascurato non solo dal pubblico ma qualche volta anche dal medico. La misurazione della pressione, l'elettrocardiogramma, la teleradiografia del torace che l'I.N.A. concede gratuitamente ai propri assicurati costituiscono un valido ausilio per la prevenzione e la diagnosi precoce dell'angina.

Se tali norme venissero applicate con un po' di rigore dai malati che troppo spesso preferiscono la cura del sintomo dolorifico in un vaso dilatatore temporaneo o si abbandonano ad un inutile sconforto, si avrebbero risultati migliori e molti anni di vita sarebbero guadagnati per uomini che sono ancora in piena attività lavorativa. Forse la medicina preventiva potrà ottenere tali risultati in prossimo domani.

RIASSUNTO. — Le cardiopatie hanno avuto nell'ultimo trentennio un notevole incremento presso tutti i paesi; in Italia il fenomeno è quasi esclusivamente limitato all'angina pectoris, come dimostra lo studio della mortalità nel Regno. Tale questione non è solo di medicina sociale ma anche di medicina assicurativa soprattutto per la difficoltà dell'accertamento diagnostico e per la prevalenza di questa malattia nelle classi di media agiatezza.

Ricordate le principali teorie patogenetiche e le classificazioni proposte dai più noti cardiologi, l'A. passa ad esporre i presunti fattori etiologici secondo le più recenti ricerche, ponendo in rilievo quanto siano incerti e come accanto a casi certamente da lui la maggior parte debbano ascrivere a forme primitive di cardiosclerosi.

Quanto alla diagnosi nell'assicurazione vita, l'A. rileva come in base alle ricerche anglo-americane l'elettrocardiografia rappresenti oggi un valido ausilio anche per la diagnosi differenziale con la trombosi coronaria. In base a dati statistici sono esaminati gli altri sintomi extracessuali che non sono mai patognomici, vengono poi espone le cognizioni attuali sulla sopravvivenza media di questi malati.

Successivamente dall'A. sono esposti i risultati delle ricerche statistiche sanitarie dell'I.N.A. su questa malattia, che si riscontra con notevole frequenza, tanto da superare il 3% del totale dei decessi e viene richiamata l'attenzione sull'importanza dell'ereditarietà nelle cardiopatie. L'incremento della malattia è dimostrato dal fatto che la percentuale dell'angina sui totali dei sinistri è passata in un decennio da 2,15% alla cospicua cifra di 4,14% accrescendosi parallelamente a quanto si verifica nella popolazione del Regno.

Son pure riferiti alcuni casi nei quali, essendo stata rifiutata l'assicurazione per gravi tare, la morte si ebbe per sopravvenuta angina, era stata riscontrata con frequenza in questi soggetti ipertensione ed albuminuria. Infine, accennati gli scarsi risultati terapeutici l'A. auspica un miglior successo al trattamento preventivo di questa dolorosa malattia.

BIBLIOGRAFIA.

- CALABRESI, *Elettrocardiografia Clinica*. — Ed. Cappelli, Bologna 1935.
 COTTON, *Discussione sul trattamento dell'angina p.*, in *Arch. Mal. Coeur*, 1936, pag. 753.
 COWAN, *A proposito dell'angina p.*, in *Brit. Med. Jour.*, 1931, pag. 879.
 CROSETTI, *Infarto del miocardio*, in *Gazzetta Medica Italiana*, 1937, N. 2.
 CUTLER e LEVINE, *Il dolore anginoso ed il suo trattamento chirurgico*, in *Presse Méd.*, 1934, n. 46, pag. 936.
 DAWIDOWICZ, *Il valore della IV derivazione dell'ecg. nella diagnosi dell'angina p.*, in *Arch. Mal. Coeur*, 1936, pag. 752.
 DILIBERTO, *Angina p. infarto miocardico*, in *Cuore e Circolazione*, 1934, pag. 505.
 EPPINGER e LEVINE, *Angina p., alcune considerazioni cliniche e prognostiche*, in *Arch. Mal. Coeur*, 1936, pag. 754.
 GALLAVARDIN, *L'angina p. e le sue lesioni*, in *Jornal de Med. de Lyon*, 1932, n. 305.

- GALLAVARDIN, *Algie cardiache da sforzo*, in *Lyon Médical*, 1933, e rif. in *Arch. Mal.*, 1935, pag. 683.
- GRAVIER, *A proposito di angina p. da coronarite*. — Comun. alla Soc. Med. et de sc. di Lyon il 5 maggio 1935, in *Presse Méd.*, 1935, n. 45.
- KAHN, *Elettrocardiogramma nell'angina p.*, in *Annals of Intern. Med.*, 1931, n. 6.
- LERICHE e FONTAIN, *Risultati attuali del trattamento chir. dell'angina p.*, in *Jour. de chir.*, 1931, n. 12.
- LEWIS, *Le malattie di cuore*. — Ed. Pozzi, 1935, Roma.
- LIAN e CAHANA, *La frequenza crescente della morbosità e mortalità per le affezioni cardiovascolari*, in *Presse Méd.*, 1936, n. 52.
- MACKENZIE, *Principi di diagnosi e cura delle malattie di cuore*. — Soc. Ed. Lombarda, Milano 1917.
- MANDELSTAMM, *Riflessi cardiaci vegetativi nell'angina p. e loro valore diagnostico*, in *Arch. Mal. Coeur*, 1932, pagg. 539-549.
- MAURIAE e BROUSTET, *La patogenesi del dolore nell'angina p.*, in *Paris Médical*, 1931, n. 46.
- MOREL e GODRAT, *L'elettrocardiogramma nello stato anginoso*. — Comun. Soc. Med. Chir. di Tolosa, 10 maggio 1934, in *Presse Médical*, n. 78, 1934, pagg. 1178.
- PAMPANA, *Il problema sociale delle cardiopatie*, in *Annali d'Igiene*, 1934, n. 10.
- PRUCHE, *Le angine di p. in clinica*. — Comun. alla Soc. Med. Paris del 10 ottobre 1935, in *Presse Médical*, 1935, n. 86, pag. 1678.
- SCARPA, *Disquilibrio angionevrotico nell'angina p. e sindrome di diatesi vasomotrice*, in *Giornale Veneto di Sc. Med.*, 1936, n. 1.
- SCHLERINGER, *L'angina p. sifilitica*, in *Riforma Medica*, 1930, n. 11.
- SPIRT, *Sul meccanismo degli attacchi di angina p.*, in *Cuore e Circolazione*, 1932, pag. 168.
Statical Bulletin della Metropolitan Life Insurances, New York, Vol. dal 1920 al 1936.
- SULTANO, *Alterazioni elettrocardiografiche nelle malattie di cuore e dei vasi*, in *L'Assistenza Sanitaria*, 1934, n. 5.
- SZONZ, *Del valore diagnostico nell'angina p. della reazione dolorifica alla compressione di punti del torace*, in *Arch. Mal. Coeur*, 1935, pagg. 641, 50.
- VAN BUCHEM, *Le alterazioni dell'ec. nell'angina p. e nella trombosi coronarica*. — Rif. in *Arch. Mal. Coeur.*, 1934.
- VAQUEZ, *Malattie del Cuore*. — Torino, U.T.E.T., 1929.
- WHITE e BLAUD, *Studio prognostico di 500 casi di angina p. e di 200 casi di trombosi coronarica*, in *The Amer. Hert Jour.*, 1931, VII, 1 ottobre.
- WHITE e SHARBER, *Tabacco, alcool e angina p.*, in *Arch. Ma. Coeur*, 1935, pag. 680.
- SEMERAU-SIEMIANOWKI, *La clinica dell'angina p.* — Rel. al Congr. Medico di Poznam 1933, rif. in *Cuore e Circolazione*, 1934, pag. 259.
Statistica delle Cause di Morte del Regno, Roma, anni 1926-1934.

Considerazioni mediche sul rischio di volo nell'assicurazione vita

Dott. STEFANO GALLORO

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

Nel volgere di pochi anni l'aviazione da noi ha raggiunto un notevolissimo sviluppo sicchè oggi l'Italia a buon diritto figura tra le Nazioni che possono vantare un'attrezzatura aeronautica di primo ordine.

I viaggi aerei, che in un passato non molto lontano costituivano una possibilità limitata a pochi contingenti del nostro esercito e ad un esiguo numero di appassionati sportivi, rappresentano una evenienza tutt'altro che rara nella vita moderna dei popoli civili.

Il desiderio di viaggiare coi mezzi più rapidi è ormai vivamente sentito da tutte le classi sociali e spesso è sostenuto da impellenti necessità più che da un semplice diporto come comunemente si crede.

È superfluo qui elencare ed esaltare gli enormi vantaggi resi dall'aviazione specie durante la guerra; sono cognizioni ormai a tutti note che sarebbe addirittura ozioso ripetere quando si ha vivo ancora il sentimento di gratitudine e di ammirazione per i servizi resi dal nostro corpo aeronautico nella recente conquista dell'Impero.

Per i fini cui tende il nostro lavoro vanno esaminati invece i possibili rischi aeronautici in rapporto all'assicurazione vita, argomento di una certa importanza per quanto nuovo dal punto di vista di una trattazione medica.

Non abbiamo certo la pretesa di affrontare in pieno questo problema per il quale sono necessari lunghi studi suffragati da dati statistici e da cognizioni d'indole tecnica molteplici, noi intendiamo solamente portare un modesto contributo sull'argomento tratteggiandone alcuni aspetti ai fini di prospettare delle possibilità da tenersi presenti in una ulteriore indagine analitica più accurata.

Agli effetti della medicina assicurativa, secondo il nostro modo di vedere, il rischio aeronautico non va limitato soltanto alla eventualità del sinistro, cioè all'accidente di volo, che può costituire nella maggioranza dei casi un infortunio mortale, ma va esteso anche alle ripercussioni che le molteplici condizioni insite al volo stesso possono indurre nell'organismo di chi viaggia.

Dobbiamo subito aggiungere che questi ultimi inconvenienti sono delle vere eccezioni fra i piloti, i quali oggi vengono selezionati con criteri scientifici che ne garantiscono la necessaria resistenza fisica.

Non altrettanto può dirsi di coloro che come semplici passeggeri intraprendono dei viaggi aerei abbastanza lunghi senza alcun collaudo del proprio organismo.

Vero è che i disagi organici inerenti al volo si verificano d'ordinario nelle traversate ad alta quota, la quale nelle avio linee civili è raggiunta soltanto quando debbono sorpassarsi regioni montuose.

Per la configurazione del nostro Paese questa eventualità è da tener presente nei viaggi aerei che ci collegano con le regioni nordiche, poichè l'apparecchio deve elevarsi a quote considerevoli per sorpassare l'alta barriera alpina.

Per una adeguata interpretazione del rischio aeronautico, a prescindere dall'incidente di volo, è necessario vagliare la possibilità di quelle turbe organiche che nel loro complesso costituiscono un capitolo di patologia che va sotto il nome generico di Male degli aviatori, capitolo che riassumiamo nelle sue

linee generali perchè forma il substrato su cui s'impiantano le nostre considerazioni.

Lo studio di questo argomento, dato il movimento scientifico resosi particolarmente intenso in questi ultimi anni, ha una letteratura abbastanza vasta che interessa le diverse branche della medicina.

L'Italia può vantare di essere stata all'avanguardia in questo campo, poichè le prime acquisizioni scientifiche si possono far risalire alle antiche ricerche di Angelo Mosso.

La nozione generica che esistono delle perturbazioni e delle malattie in rapporto all'aumentata o diminuita pressione atmosferica non è certo nuova ed essa anche oggi rappresenta il fattore essenziale su cui convergono le indagini degli studiosi moderni.

Per quanto l'organismo umano sia dotato di una facile adattabilità ai cambiamenti di pressione barica, pure le brusche variazioni di essa non possono considerarsi indifferenti.

Più di tutti l'apparato cardiovascolare, quello respiratorio ed il sistema nervoso risentono queste oscillazioni.

Da molti autori si è data grande importanza allo studio della pressione arteriosa e le opinioni al riguardo sono concordi nel ritenere che il volo provoca un aumento progressivo della pressione massima durante l'ascesa ed una diminuzione nella discesa.

Per quanto riguarda la pressione minima invece i pareri non sono ugualmente unanimi.

Vi ha difatti chi, come Anastasiu, sostiene di avere osservato un progressivo abbassamento della tensione arteriosa minima durante l'ascensione con un notevole innalzamento di essa durante la discesa e chi asserisce invece perfettamente l'opposto. Tra questi il Prof. Cruchet riferisce che egli ha potuto constatare un identico comportamento della pressione massima e minima nel senso che entrambe aumentano con l'ascesa e si abbassano nella discesa.

Una interessante ricerca è quella del dott. Giorgian, medico dell'Aeronautica rumena, il quale ha eseguito delle esperienze presso l'aerodromo militare di Bucarest su dodici piloti mediante l'oscillometro del Pachon.

Queste indagini sono state condotte su individui di differente resistenza organica e a quota variabile dai 200 ai 5200 m.

Dai risultati ottenuti si traggono le seguenti conclusioni:

La pressione arteriosa massima si eleva durante il volo, mentre la minima si abbassa, ma questo abbassamento è minore in confronto all'elevazione subita dalla pressione massima e questa differenza tra i due valori estremi si accentua maggiormente a misura che il volo si compie a maggiore altezza.

Durante il volo rettilineo alla stessa quota, tanto il valore massimo che minimo della pressione arteriosa non subiscono variazioni di sorta.

Nella discesa si nota che mentre la pressione arteriosa massima va diminuendo quella minima invece aumenta.

All'atterraggio sia la pressione massima che la minima possono presentare dei valori leggermente superiori od inferiori a quelli riscontrati prima del volo, ma essi ritornano al normale dopo un paio di ore al massimo.

Secondo D'Arcourt Got e A. Elices y Gasset l'ipertensione che si osserva nei principianti non si spiega con la discesa di pressione barometrica che esiste nello strato di aria in cui si naviga ed a quota bassa, poichè tale fenomeno non si riscontra nell'istruttore che accompagna l'allievo, come avverrebbe se si trattasse di una legge generale più che di una semplice reazione di carattere individuale.

Questi autori escludono perciò che nei voli normali la depressione barica possa comunque influire sulla pressione arteriosa, la quale si eleva invece allorchè si raggiungono i 3000 metri come è stato constatato nelle esperienze eseguite nella camera d'aria.

Queste condizioni di esperimento di esecuzioni teoriche con la nota campana.

pneumatica, come giustamente fa osservare il Ferry, non sono affatto sovrapponibili a quelle risultanti dal volo in aeroplano.

Con questo sistema si viene ad esaminare un fattore, che pur essendo il più essenziale, non è l'unico: bisogna tener debito conto che riflessi diversi, tensione nervosa e muscolare, anche in soggetti bene allenati, possono costituire elementi importanti di carattere individuale che mancano nei rilievi sperimentali.

Le modificazioni della pressione arteriosa tanto nel suo valore massimo che minimo, a dire di molti autori, non offrono alcuna difficoltà d'interpretazione quando si consideri il maggior lavoro cui è sottoposto il cuore per la anossia esistente durante il volo di una certa quota. D'altra parte è da tutti ammesso che nel determinismo hanno un valore affatto trascurabile quel complesso di correlazioni nervose a quegli stati di disestesia neurovegetativa con prevalenza simpatica.

Difatti è cognizione ormai nota che le depressioni atmosferiche non sono nell'identico modo risentite dai vari soggetti, alcuni dei quali sono dotati di una spiccata sensibilità, mentre altri non reagiscono affatto.

Per ciò che riguarda l'attività cardiaca oltre allo studio sull'aumentata frequenza del polso e sulle non rare sensazioni di oppressione precordiale con palpitazioni e senso di angoscia, sono state esaminate le modificazioni dei diametri cardiaci e del volume del cuore mercè l'indagine roentgenologica.

Queste ricerche del prof. Reviglio sono state comunicate al I Congresso Internazionale di Medicina dello Sport tenutosi a Torino nel settembre del 1933.

L'A. in un gruppo di 18 piloti militari a distanza di tempo variabile da uno a tre anni, ha potuto osservare in 16 di essi delle variazioni a carico dei principali diametri cardiaci.

L'aumento interessava più frequentemente il diametro longitudinale, mentre quello mediano d'altra parte presentava le variazioni più cospicue specie a carico del segmento sinistro.

Il volume calcolato del cuore risultò aumentato sicuramente in 10 piloti e segnatamente in quelli che avevano eseguito frequenti e rapide esercitazioni faticose, ripetute ascese ad alta quota ovvero voli ad alta velocità e nei soggetti con sviluppo cardiaco relativamente deficiente.

Da queste esperienze l'A. è indotto a concludere che il volo in aeroplano se è praticato gradatamente e con moderazione non provoca che lievi variazioni dei diametri e del volume del cuore, vale a dire una semplice ipertrofia, ma che invece nelle esercitazioni con rapide e ripetute ascese ad alta quota o con voli di una certa velocità può, causare, specie nei soggetti con labilità di sviluppo dell'apparato cardiovascolare, un apprezzabile aumento dei diametri principali dell'immagine cardiaca.

Anche sulla crisi sanguigna è stata rivolta l'indagine da parte di vari studiosi allo scopo di rivelarne possibili deviazioni dalla norma in rapporto alle molteplici condizioni verificantisi durante il volo.

Il Dott. Acqua ha voluto indagare se la quantità dello zucchero nel sangue sia suscettibile a modificarsi in seguito a voli fino a 4500 m. di altezza.

Questo A., intuendone la necessità, ha fatto eseguire i prelevamenti di sangue durante il volo mediante un dispositivo con tutto l'occorrente preparato a bordo; altri prelevamenti venivano effettuati prima della partenza.

Il Dott. Acqua sulla base delle proprie esperienze è indotto a ritenere che non si può parlare di sensibili e costanti modificazioni dei valori glicemici anche a quote di una certa altezza.

Solo in un caso la variazione del tasso glicemico è stata cospicua essendosi verificato un notevole aumento di glucosio nel sangue che si è mantenuto invariato durante tutta la permanenza in quota.

Questo fenomeno viene dall'A. spiegato ammettendo uno stato emotivo subcosciente che verosimilmente si sarà determinato nel pilota per le pessime condizioni atmosferiche incontrate durante il volo.

L'A. d'altra parte ritiene che bisogna essere abbastanza cauti prima di affermare che il ricambio dei carboidrati non venga per nulla modificato dalla rarefazione dell'aria e dalle basse temperature delle alte quote.

Numerose ricerche eseguite nell'Istituto del prof. Herlitzka sul Monte Rosa mettono in evidenza che col soggiorno ad una quota di 3000 metri si hanno profonde variazioni nel ricambio degli zuccheri nel senso di un aumento del glucosio ematico come ha osservato il capitano medico dott. Ferraloro.

Può molto probabilmente trattarsi in questo caso di una acclimatazione all'alta quota. Da ciò emerge il concetto di un differente comportamento degli organismi a grandi altezze, quando esse vengano raggiunte con mezzi rapidi come l'aeroplano o quando viceversa il soggiorno si protrae per un lungo tempo.

La questione di una eritrocitosi da aria rarefatta è stato oggetto di ricerca da parte del ten. colonnello Marulli, il quale ha studiato l'iperglobulia che si osserva ad alte quote.

Ciò va interpretato come un meccanismo compensatorio di fronte alla diminuita pressione barometrica, la quale porta con sé una deficienza di ossigeno, sicchè l'organismo per mantenerne una sufficiente riserva sopperisce con un aumento di corpuscoli rossi che sono i veicoli di questo gas nei vari tessuti.

Questa eritrocitosi che nei lunghi soggiorni in alta montagna si verifica mercè una iperattività del midollo osseo non riconosce lo stesso meccanismo nelle diminuzioni rapide di pressione come avviene durante il volo. In questo caso non si tratta di una neoformazione di corpuscoli rossi, poichè ne mancherebbe anche il tempo necessario, ma piuttosto di una mobilitazione di corpuscoli già formati nei depositi esistenti nell'organismo.

L'opinione che questi corpuscoli rossi provenissero da una contrazione splenica non è condivisa dal Marulli, il quale sperimentalmente mercè animali splenectomizzati od avvelenati da benzolo, ha dimostrato che l'eritrocitosi deriva da una immissione in circolo di globuli preformati nel luogo di origine, nel midollo delle ossa. Egli sostiene che nelle depressioni barometriche debba ammettersi un'origine midollare e che la milza intervenga solo per una funzione regolatrice. Si tratterebbe in altri termini non di una eritrocitosi vera, ma di una forma relativa secondo la distinzione di Hirschfeld, in cui l'aumento dei globuli rossi non è dovuto ad iperattività del midollo osseo, ma ad un alterato rapporto tra il numero dei globuli rossi ed il volume del plasma in un determinato distretto circolatorio, attribuito da alcuni ad un ispessimento del sangue per maggiore evaporazione di acqua e da altri, tra cui Lapique, Jolly, Foà ecc., ad uno spostamento dei globuli dai vasi centrali a quelli dei territori periferici.

Ulteriori ricerche avrebbero d'altra parte messo in luce che questa iperglobulia si riscontra anche nel sangue dei vasi centrali e perfino del cuore.

Da Barcroft, Scheunert, Binet, Viole ed altri si ritiene che la milza, organo dotato di potere contrattile, spremerebbe in circolo dei corpuscoli rossi in essa immagazzinati come riserva ogni qualvolta se ne verificasse la necessità da parte dell'organismo per un maggior numero di vettori di ossigeno ai tessuti. Questa condizione si determinerebbe appunto per una diminuita pressione barica cui è esposto il soggetto durante il volo.

La velocità di sedimentazione degli eritrociti in rapporto alla ipobarometria ed alle basse temperature è stata esaminata dal Cap. Medico Scala, il quale sperimentalmente ha potuto osservare un'accelerazione del fenomeno a misura che la quota di volo si eleva senza però raggiungere i limiti di una sedimentazione patologica.

Questo fatto viene interpretato come una semplice reazione dell'organismo e non è certo espressione di un processo flogistico data la brevità del tempo in cui si viene a determinare.

Il comportamento della riserva alcalina nelle diminuite pressioni bariche fu oggetto di studio da parte del compianto Prof. Galeotti che per il primo ne

dimostrò una sensibile diminuzione, elemento questo che ancora oggi costituisce uno dei dati fondamentali nella genesi del male delle altitudini.

Per quanto concerne l'attività respiratoria studi relativamente recenti mettono in luce che i fenomeni meccanici di essa sono di poco influenzati dalla diminuzione della pressione atmosferica a medie altezze e che un aumento degli atti respiratori si verifica solo per quote elevate per supplire così alla deficienza di ossigeno nell'aria inspirata.

Con una serie di ricerche il Maggiore Talenti ha potuto dimostrare che per effetto di una depressione barometrica si verifica un certo grado di congestione nei polmoni, dimostrabile dall'alta temperatura osservata nell'aria espirata.

Lo stesso Autore con la collaborazione di Margaria e Reviglio ha studiato il grado di resistenza dell'organismo di fronte alla depressione barica, allorchè sia diminuita la superficie respiratoria, dimostrando che mentre per le piccole riduzioni la resistenza risulta diminuita in modo quasi incalcolabile, non così avviene quando sia ridotta una parte considerevole della superficie respiratoria. Studiando difatti il comportamento del pneumotorace in aria rarefatta si è constatato che la depressione barometrica determina un aumento di volume del pneumotorace stesso, un aumento della pressione endopleurica e conseguente maggior spostamento dei visceri mediastinici.

L'entità di queste variazioni è, secondo gli autori, in rapporto col grado di depressione raggiunta la quale anche con un modico pneumotorace, è tale da ridurre notevolmente la resistenza.

In base a questi risultati gli Autori sono d'avviso che agl'individui portatori di pneumotorace debba senz'altro proibirsi il trasporto per via aerea anche a modiche quote.

A questo proposito Rabino riferisce il caso di una paziente con pneumotorace terapeutico la quale durante un viaggio turistico da Venezia a Pavia fu colta da cardiopalmo, dispnea, senso di soffocazione, presentando cianosi, turbe circolatorie varie, lipotimia, sudorazione profusa. Questi disturbi raggiunsero il massimo d'intensità alla quota più elevata raggiunta che fu di 2000 metri, ma essi erano già manifesti a 1000 metri che rappresentano una quota normale di volo.

L'A. nega che si fosse trattato di disturbi d'ordine puramente psichico, poichè il soggetto già precedentemente aveva compiuto altri voli senza risentirne verun nocimento. Tutto ciò era dovuto invece al pneumotorace completo, il cui rifornimento era stato praticato quattro giorni prima del volo causando un modico spostamento del mediastino.

Mantonx, Baron e Lowys sulla base di alcune loro esperienze credono di potere affermare che i pneumotoraci recenti sono assolutamente indifferenti ai cambiamenti di altezza anche se rapidi e considerevoli, mentre quelli antichi si mostrano sensibili, ma in grado abbastanza lieve.

Studi sperimentali di Ferrari-Lelli e Accorinti concludono che per il soggiorno in aria rarefatta si possono riscontrare congestioni delle prime vie aeree, congestioni dei polmoni con note di enfisema marginale, emorragie per diapedesi e rare emorragie per rexin, edema perivasale, lieve reazione istiocitaria, abbondante desquamazione endoteliale nell'interno degli alveoli, modificazioni che si rinvengono più accentuate col progredire della rarefazione dell'aria.

L'esplorazione del sistema nervoso nelle sue molteplici e complesse funzioni ha formato e forma tutt'ora un problema di grande interesse tra le indagini applicate all'aeronautica.

Sono abbastanza noti gli studi svariatisimi sulla emotività, la quale nella gran maggioranza dei casi costituisce il substrato su cui s'impiantano forme neurotiche di vario genere.

Indubbiamente non esiste una professione che espone l'individuo a reazioni emotive brusche come quella dell'aviatore.

Secondo Cannon e Maranon l'emozione ha un aspetto neuromorale: ogni

atto emotivo si traduce in una eccitazione dei nervi della vita vegetativa e conseguentemente in alterazioni umorali per l'azione esercitata sulle ghiandole a secrezione interna specie sulla tiroide e sulle ghiandole surrenali.

Questo meccanismo può essere invocato a spiegare quegli stati di tachicardia e d'ipertensione transitoria non affatto rari nei soggetti non ancora bene allenati.

Fra le reazioni emotive più frequenti figurano anche il brivido, il tremito studiato da Camus e Binet, la tachipnea al pari di un'astenia talora abbastanza marcata o di una semplice sensazione di stanchezza, crisi di ansietà, cefalea, vertigine e disturbi visivi senza lesioni nè dei mezzi di rifrazione nè del fondo oculare, spesso accompagnati da digestioni penose, irritabilità nervosa e che costituiscono nell'insieme quel complesso sindromico conosciuto col nome di male degli aviatori.

La possibilità che una causa occasionale emotiva possa avere la sua importanza nella etiologia di alcune forme itteriche è stata anche ammessa per spiegare la presenza di questo sintoma in alcuni soggetti dopo il volo.

Per l'ittero emotivo, sebbene la sua patogenesi non sia ancora accertata in modo definitivo, il Pende ammette che il processo dipenda da una immissione in circolo di eritrociti con resistenza osmotica minore della normale e perciò soggetti a facile distruzione.

Nè furono trascurati gli studi in rapporto alla costituzione sia dal punto di vista morfologico con la classificazione dei vari tipi, come da quello funzionale in rapporto ai criteri endocrinologici, all'equilibrio acido-barico ed al temperamento psichico.

Ugualmente noti sono gli studi fatti sui disturbi auricolari e sulle alterazioni dell'apparato visivo che hanno costituito uno dei campi più fruttuosi nelle ricerche di fisiopatologia applicata all'aviazione.

Fra noi degne di speciale rilievo sono le ricerche di Santamaria, Talenti, Casella, Accorinti, Galeoni, Ballo, Mangiacapra ed altri.

Circa la patogenesi del Mal degli Aviatori D'Arcourt Got e A. Elices condividendo l'opinione del Ferry, affermano un meccanismo d'ipofunzione surrenale sotto l'influenza di una diminuita pressione atmosferica.

La diminuita quantità d'ossigeno che si osserva a grandi altezze si ripercuote d'altra parte sulla circolazione del sangue, la quale subisce un discreto rallentamento che si fa maggiormente risentire nel fegato e nei reni che sono ghiandole provviste di una ricca rete vasale.

Tenendo conto che la filtrazione dei reni in condizioni normali è più copiosa se la circolazione è più attiva ne consegue che quando essa è ostacolata si determina una ritenzione di sostanze chimiche non completamente ossidate che rappresentano dei prodotti tossici per l'organismo. Si manifestano quindi disturbi vari come cefalea, senso di martellamento alle tempie, stanchezza agli occhi, ronzio alle orecchie, vampe di calore per il corpo, alternate spesse volte da sensazioni di freddo, tendenza alle vertigini ed in alcuni casi accenno al vomito.

Questi fenomeni sembrano avere la loro origine nello spostamento di tensione del liquido cefalo rachidiano in conseguenza dell'innalzamento della pressione sanguigna intracranica e contemporaneamente al maggiore afflusso al cervello di sostanze tossiche formatesi nell'organismo durante il volo.

Dalla rapida rassegna fatta emerge il concetto che l'organismo durante il volo non è del tutto indifferente alle condizioni che si vengono a determinare a seconda delle quote raggiunte.

Le variazioni osservate a carico dei vari organi ed apparati non sono tali però da costituire delle vere entità morbose: il male degli aviatori nel suo classico nosografismo è una evenienza tutt'altro che frequente oggi.

Il perfezionamento tecnico raggiunto e la rigorosa selezione dei piloti coi moderni criteri scientifici e coi mezzi d'indagine delicati fanno sì che negli aviatori le turbe descritte nel passato rappresentino delle vere rarità.

Tuttavia non crediamo superfluo tener presente, come abbiamo di già accennato, la possibilità che questi disturbi possano qualche volta verificarsi nei passeggeri i quali non posseggono certo nè l'allenamento nè una provata resistenza fisica pei voli di una certa importanza.

Chè anzi con l'estendersi dei benefici dell'assicurazione vita anche a soggetti che presentano anomalie ed affezioni in atto questo problema può essere di un certo interesse nel campo della medicina assicurativa.

Coi criteri oggi vigenti difatti possono essere accettati in assicurazione come rischi tarati individui affetti da postumi di tubercolosi polmonare, da bronchite cronica, da asma bronchiale, anche con enfisema polmonare purchè non vi siano disturbi cardiaci.

Tra le malattie dell'apparato circolatorio possono essere accettati come rischi tarati i vizi valvolari sempre che siano perfettamente compensati e così pure l'ipertensione arteriosa essenziale o sintomatica quando non oltrepassi una certa misura.

Anche l'ulcera gastrica, l'appendicite, la calcolosi epatica, quando sia trascorso un conveniente periodo di tempo dall'ultima manifestazione della malattia, possono costituire altrettanti rischi tarati ammessi in assicurazione.

Ugualmente accettati come rischi tarati sono alcuni albuminurici, glicosurici, nefrolitiasici ed alcune malattie dipendenti da disfunzione delle ghiandole a secrezione interna.

Può in questi casi il rischio aeronautico considerarsi alla stessa stregua di quello cui è esposto l'individuo che intraprende un viaggio aereo in perfetto equilibrio organico?

In altri termini il volo che nei soggetti normali è pressochè innocuo poichè esso induce solo e raramente dei lievi fenomeni di carattere transitorio, può ritenersi tale in chi presenta una diminuita resistenza per una qualsiasi meiotragia organica?

Senza voler qui analizzare le molteplici circostanze che possano formare il substrato per un maggiore risentimento dei disturbi causati dal volo, diremo soltanto che in base agli studi clinici e sperimentali su accennati la deviazione dalla norma di qualsiasi organo od apparato viene ad accentuarsi per le condizioni che si vanno creando durante il volo.

I tubercolotici con lesioni sclerotiche del polmone che, come è stato detto sono accettati come rischi tarati in un'assicurazione, possono con facilità andare incontro a delle congestioni polmonari dannose, poichè possono riattivare dei processi latenti.

I portatori di pneumotorace, per la diminuita superficie respiratoria e per lo spostamento degli organi mediastinici, i bronchitici, gli enfisematici, per la ridotta ventilazione, risentono maggiormente l'influenza della depressione atmosferica che può, accentuando i loro disturbi, renderli anche più suscettibili alle varie forme intercorrenti.

Ugualmente non privo d'inconvenienti è ritenuto il volo per gl'individui con tare del sistema nervoso, con pressione arteriosa elevata e con vizi cardiaci anche di lieve entità e perfettamente compensati, poichè a prescindere dalle condizioni bariche, fattori emotivi molteplici possono aggravarne lo stato.

Il rallentamento circolatorio che sovente si verifica a carico del rene e del fegato per la diminuita pressione atmosferica, come è stato da vari autori osservato, va tenuto presente per poter spiegare possibili risentimenti negli albuminurici e nei sofferenti epatici, come del pari non va trascurata la possibilità che una iperglicemia, più di origine emotiva che da ipobarometria, possa aggravare lo stato di un diabetico.

Le varie circostanze che abbiamo voluto brevemente accennare non sono le sole che possono prospettarsi nel campo assicurativo allorchè si valuti un rischio in rapporto al volo.

Queste nostre considerazioni non sono che un accenno a studi che riteniamo importanti e che ci piacerebbe fossero compiuti.

Rapporto tra la medicina del lavoro e l'assicurazione vita

Dott. STEFANO GALLORO

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

Lo studio delle Malattie da Lavoro è certo di grande utilità nel campo della medicina assicurativa sia per poter bene stabilire il rischio all'atto dell'assunzione dell'assicurato che per valutarne equamente il grado d'inabilità al momento della liquidazione.

Questo concetto fondamentale è stato illustrato recentemente in seno al XII Congresso di Medicina del Lavoro di Napoli dal Prof. Romanelli, il quale già precedentemente al Congresso di Torino del 1934 aveva su questo argomento richiamato l'attenzione degli studiosi.

La Comunicazione del Romanelli fatta al Congresso di Napoli col titolo di « Proposte di ricerche nel campo della Medicina del Lavoro » traccia un nuovo e vasto programma di utilissime indagini.

Non v'ha difatti chi non veda la grande utilità pratica che ne derivi da un attento e paziente studio che tenda a dimostrare, come propone il Prof. Romanelli, di quanto la vita umana venga abbreviata a causa dei diversi lavori nei quali l'attività umana si esplica e quale sia la frequenza e quali le cause delle invalidità specie di quelle permanenti.

La risposta concreta a questi problemi d'interesse sociale è, come dice l'autore, tutt'altro che facile, ma è necessario appunto perchè molto complessa iniziare subito delle ricerche sistematiche nelle varie Cliniche del Lavoro, perchè solo attraverso ad una vasta raccolta statistica si possono avere dei dati attendibili.

Questo studio quindi non può prescindere dalla esatta conoscenza dei vari elementi che nel loro insieme costituiscono il Lavoro nelle sue più svariate forme.

L'organismo umano durante qualsiasi esplicazione di un'attività lavorativa soggiace ad influenze particolari inerenti alla quantità, alla posizione, all'ambiente ed alla qualità del lavoro medesimo.

Per quanto riguarda la quantità il lavoro può essere eccessivo o perchè troppo intenso, o perchè troppo protratto, o perchè molto rapido, comunque esso può dar luogo non solo alle comuni forme di stanchezza, ma anche a degli stati di vero affaticamento acuto, che, non reintegrato da congrui periodi di riposo, conduce fatalmente all'affaticamento cronico e perfino allo strapazzo fisico.

Questi stati di superlavoro si ripercuotono principalmente sull'apparato cardiovascolare, donde tutt'altro che rara la dilatazione acuta del cuore con notevoli segni di scompenso, l'angina da sforzo e le alterazioni valvolari, specie di quelle aortiche per l'improvviso aumento di pressione sanguigna durante uno sforzo violento, il quale, d'altra parte, può causare la rottura di vasi precedentemente alterati da altre affezioni, specialmente arteriosclerotiche e sifilitiche.

La rottura di aneurismi, l'emorragie cerebrali, gli stravasi interni non sono delle evenienze tanto rare.

L'ipertrofia cardiaca, l'arteriosclerosi precoce, l'enfisema polmonare sono sovente un triste appannaggio della fatica.

Sebbene ancora molto controversa la patogenesi dell'ernia da sforzo pure non si può recisamente negare che questo abbia una certa importanza nel suo determinismo.

Per la posizione assunta dall'operaio durante il lavoro si verificano le varie deviazioni della colonna vertebrale con le conseguenti compressioni e sposta-

menti dei visceri toracici e addominali con disturbi notevoli della meccanica cardiaca e respiratoria.

L'ambiente di lavoro coi suoi molteplici coefficienti di luce, aria, temperatura, umidità, pressione ecc. si ripercuote più o meno sensibilmente sull'organismo del lavoratore.

Sia l'eccesso che la deficienza di luce hanno delle conseguenze dannose.

A prescindere dalle alterazioni dell'apparato visivo, una carenza di luce, disturbando le funzioni degli organi ematopoietici, predispone all'anemia, al debilitamento generale dell'organismo che può diventare così terreno adatto per l'insediarsi ed evolversi di forme specifiche.

Tutti questi stati sono tutt'altro che rari ad osservarsi nei lavoratori delle miniere, delle cave sotterranee e delle costruzioni del sottosuolo.

La temperatura dell'ambiente può riuscire dannosa non solo in rapporto al suo grado di elevazione e di diminuzione, ma anche per i bruschi mutamenti di essa.

L'alta temperatura ambientale oltre a disordini di frequenza può determinare alterazioni del ritmo cardiaco con diminuzione apprezzabile della capacità dinamica.

Secondo Gaskell l'aumentata frequenza del polso è verosimilmente dovuta ad azione esercitata direttamente sul centro di Keith e Flack, mentre Herlitzka sostiene che la tachicardia è in particolare rapporto alle condizioni speciali del cuore e che non è in rapporto costante alla temperatura, variando da individuo ad individuo e perfino nello stesso soggetto.

Anche la pressione sanguigna per il soggiorno in ambiente con alta temperatura va soggetta a degli spostamenti, poichè in genere aumenta in primo tempo per poi abbassarsi al disotto della norma.

Uno dei danni maggiori dovuti all'alta temperatura è il colpo di calore che si verifica quando si accoppia un alto grado di umidità con scarsa o addirittura mancante ventilazione ed è molto facilitato dalla fatica muscolare e dall'alcoolismo.

Richet sospetta per la patogenesi una manifestazione anafilattica, mentre il Pende ritiene che in proposito occorrono ulteriori ricerche prendendo in esame i fattori costituzionali individuali e di ordine neuroendocrino nella regolazione dell'equilibrio termico dell'organismo.

Secondo Gangi gl'individui con insufficienza paratiroidea, surrenale e con preponderanza vagale e diatesi colloidoclasica sono quelli maggiormente esposti al colpo di calore.

Per il colpo di sole s'incriminano invece i raggi ultravioletti più che quelli calorifici, ma ciò contrasta col fatto che questa sindrome non si ha mai in alta montagna ove sono abbondanti i raggi attinici, ma ove, d'altra parte, bisogna tener presente, esiste una sufficiente ventilazione che mitiga di molto l'azione del calore sull'organismo.

Il repentino cambiamento di temperatura ed il passaggio da un ambiente sovrariscaldato in un altro freddo predispone alle manifestazioni reumatiche, alle congestioni interne, alle lesioni renali ecc.

Per azione del freddo oltre alle alterazioni dell'albero respiratorio sono da considerare le possibili congestioni degli organi interni conseguenti all'ischemia periferica e le nefriti per vasocostrizione dei vasi renali.

Inoltre numerose ricerche sperimentali di Maragliano, Galeotti, De Sandro hanno accertato che per azione del freddo l'organismo è più suscettibile allo sviluppo delle malattie infettive.

L'emoglobinuria parossistica riconosce nel suo determinismo oltre ad una tara luetica un'azione termica.

L'umidità dell'ambiente predispone alle forme reumatiche, nevralgiche e respiratorie: i lavoratori delle risaie, dei campi, delle filande danno a queste affezioni un contributo abbastanza notevole.

Il Ferrannini richiama l'attenzione sul reumatismo vertebrale dei contadini esposti maggiormente all'azione dell'umidità.

Sebbene l'organismo umano presenti una facile adattabilità ai mutamenti di pressione barica pure i bruschi cambiamenti di questa determinano delle sindromi talora molto imponenti.

Per la diminuita pressione atmosferica si ha nell'aria una diminuita quantità percentuale di ossigeno sicchè l'individuo è obbligato ad aumentare il numero degli atti respiratori per sopperire così a tale deficienza.

Pel disquilibrio tra pressione interna dell'organismo e quella esterna ambientale abbassata il sangue tende ad affluire alla periferia con conseguenti manifestazioni emorragiche del naso, delle gengive, dei polmoni e talvolta con rottura della membrana del timpano e notevoli disturbi dell'apparato uditivo.

A questi molteplici inconvenienti possono essere esposti gli alpinisti, le vedette, gli avieri ecc. quando raggiungono quote elevate con una certa rapidità che non consente un graduale equilibrio.

Per l'aumentata pressione atmosferica, che si verifica sia in località al di sotto del livello del mare che in ambienti ad aria compressa, si ha il mal dei palombari o dei cassoni che può manifestarsi tanto al momento in cui l'individuo vien fuori che poco tempo dopo l'emersione o l'uscita dai cassoni.

La forma fulminante conduce a morte immediata con sintomi di enfisema generale, emorragie dall'orecchio, dall'occhio, dal naso, dal faringe, dal laringe e dalle cute e se l'esito non è istantaneo si può osservare una sindrome di mielite con paralisi a forma monoplegica e paraplegica con notevoli disturbi della vista e dell'udito.

A spiegarne la patogenesi si deve tener presente che il coefficiente di assorbimento dei vari tessuti per l'azoto contenuto nell'aria è pressochè uguale a quello che possiede il plasma sanguigno e che soltanto il tessuto adiposo ne possederebbe uno cinque volte maggiore.

Durante la permanenza in ambiente con alta pressione atmosferica si scioglie nel sangue e nei liquidi dei vari tessuti una rilevante quantità di azoto, il quale viene poi eliminato esclusivamente attraverso le vie respiratorie allorchè il passaggio dall'alta pressione alla pressione normale avviene in modo graduale, ma se al contrario questo passaggio è brusco, il gas disciolto si rende libero in gran copia e non potendo essere eliminato spumeggia sotto forma di bollicine. Queste possono per tanto facilmente penetrare nei piccoli vasi capillari che ostruiti interrompono la normale irrorazione di organi molto delicati.

Questi emboli gassosi quando si localizzano nei capillari dei centri nervosi, nel cuore o nei polmoni sono la causa vera della paralisi e degli accessi di profonda lipotimia che caratterizzano il mal dei palombari.

La particolare disposizione anatomica d'irrorazione della porzione dorso lombare del midollo spinale, provvista di una ricca rete venosa, spiegherebbe perchè in questa sezione si accumulano più facilmente le bollicine di gas con conseguenti rotture dei vasi ed emorragie intramidollari, donde le paralisi più frequentemente localizzate agli arti inferiori.

Più interessanti sono le malattie dovute a materiale di lavoro; esse costituiscono la maggior parte delle tecnopatie, di quelle affezioni cioè che riconoscono nel lavoro la causa specifica del loro determinismo.

Sono abbastanza noti gli studi sulle pneumoconiosi, forme causate dalla inalazione, fissazione ed assorbimento di polveri industriali nei polmoni.

Queste alterazioni si verificano quando le polveri inalate per un lungo periodo di tempo riescono a sorpassare i comuni meccanismi di difesa raggiungendo gli alveoli e quindi il tessuto interstiziale. Si ha così una iperplasia connettivale reattiva seguita da una fase di retrazione fibrosa. Questo processo sclerotico non solo riduce la superficie alveolare e quindi lo scambio gassoso, ma disturbando la normale irrorazione polmonare, si riflette sul cuore, specie sulla sua sezione destra, con un superlavoro, donde ipertrofia e talora sfiancamento del ventricolo destro.

Col progredire della malattia compaiono l'enfisema polmonare, le bronchiti croniche, le forme asmatiche creando così un terreno adatto allo sviluppo di forme specifiche tubercolari.

Tra le polveri industriali la silice ha un'azione sclerogena molto spiccata; essa dà luogo a due tipi di silicosi: quella pura e quella complicata d'agenti infettivi tra i quali primeggia il bacillo tubercolare.

Il sovrapporsi di una infezione tubercolare in un processo silicotico ne aggrava sensibilmente il decorso e le così dette silico-tubercolosi che ne risultano sono caratterizzate da segni di polmonite interstiziale, degenerazione, caseosa e caverne.

Se non si tien conto della speciale professione, esercitata per lungo tempo in ambiente con discreto sviluppo di queste polveri, la diagnosi di pneumocinosi può essere confusa con quella di forme specifiche tubercolari anche all'esame radiologico.

D'altra parte, secondo Thiele, nelle silicosi non si può mai in modo assoluto escludere l'associazione della tubercolosi, anche in assenza del bacillo di Koch nello sputo.

Ma il materiale da lavoro oltre a queste forme polmonari è causa di numerose intossicazioni professionali, le quali appunto hanno richiamato l'attenzione non solo dei medici ma anche dei legislatori.

La legge italiana del 13 maggio 1929 per le assicurazioni contro le malattie professionali, entrata in vigore il 1° gennaio 1934, comprende fino a questo momento sei malattie: cinque intossicazioni ed una affezione parassitaria. Le intossicazioni riguardano il piombo, il mercurio, il fosforo, il solfuro di carbonio ed il benzolo: l'affezione parassitaria: l'anchilostomiasi.

Il periodo massimo d'indennizzabilità di ciascuna di queste malattie dalla cessazione del lavoro è di un anno per gli operai addetti alle lavorazioni col piombo, col mercurio, col solfuro di carbonio e col benzolo; due anni per quelli che adoperano fosforo bianco e sei mesi per i minatori e fornaciai di laterizi esposti all'anchilostomiasi.

Le manifestazioni delle malattie professionali indennizzabili sono contemplate in un'apposita tabella nella quale figurano:

1° Per l'intossicazione da piombo: l'anemia, l'arteriosclerosi, le cardiopatie, la colica, la nefrite, le paralisi, le mialgie, artralgie, gotta, encefalopatia di origine saturnina.

2° Per l'intossicazione da mercurio: l'anemia, la stomatite, la gastro-enterite, i tremori, le paralisi, le psicosi di natura mercuriale.

3° Per l'intossicazione da fosforo: le turbe dell'apparato digerente, l'anemia, la necrosi fosforica del mascellare e le altre affezioni fosforiche delle ossa in genere.

4° Per l'intossicazione da solfuro di carbonio: l'anemia, le psicosi, le nevriti, le paralisi da solfocarbonismo.

5° Per l'intossicazione da benzolo: l'anemia, l'emorragie cutanee, delle mucose e parenchimatose e le diverse forme di nevriti da benzolo e suoi omologhi e derivati.

6° Infine per l'anchilostomiasi: l'anemia, le turbe gastro-intestinali legate a questa forma morbosa.

Il regolamento per l'esecuzione di questa legge, approvato nell'ottobre del 1933, stabilisce tra l'altro che sono soggetti all'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali anche quegli operai occupati nello stesso luogo di lavoro in lavorazioni connesse e complementari e quelle anzidette purchè siano comunque esposti a pericoli d'intossicazione.

In questo primo biennio di applicazione della legge sulle assicurazioni delle malattie professionali (1° luglio 1934-30 giugno 1936) sono stati denunciati 919 casi, di cui 37 mortali, su di un totale di 120.000 assicurati.

Sono stati definiti 688 casi, dei quali 307 indennizzati, quasi tutti con indennità temporanea e 4 soltanto con indennità permanente; i rimanenti 381

casi, che costituiscono più del 50% sono stati dichiarati non indennizzabili perchè trattavasi di malattie comuni non professionali.

Tenendo conto delle sole forme sicuramente accertate ed indennizzate risulta essersi verificati 237 casi (77%) d'intossicazione da piombo, 40 (13%) di anchilostomiasi, 21 (7%) di solfocarbonismo, 5 (2%) d'idrargirismo, 4 (1%) di benzolismo, mentre non si è avuto alcun caso d'intossicazione da fosforo.

Per intossicazione da piombo su 638 casi denunciati sono stati definiti 531, di cui 235 indennizzati con indennità temporanea, 2 con indennizzo permanente e 294 casi non indennizzabili.

Nelle manifestazioni morbose del saturnismo figurano 196 casi di colica da piombo, 18 di anemia, seguono in ordine decrescente ed in proporzioni piuttosto esigue l'arteriosclerosi, la nefrite, le paralisi, la gotta.

Il maggior numero di saturnini (70%) si è riscontrato nell'industria poligrafica, il 10% nei lavori di pittura, il 5% nei lavori di smalto, il 5% nella fabbricazione di oggetti di piombo, il 3% nella fabbricazione e riparazioni di accumulatori ed il rimanente in industrie varie in cui veniva impiegato il piombo o le sue leghe.

Per intossicazione da mercurio si sono avute 18 denunce con 5 casi d'indennizzo temporaneo.

Tra le forme accertate figurano i tremori, le psicosi e la stomatite con gastro enterite da idrargirismo, manifestazioni morbose riscontrate negli operai impiegati nella industria dei cappelli.

Un solo caso di fosforismo è stato denunciato presso una fabbrica di micce per mine, ma non è stato ancora accertato.

Questa forma d'intossicazione è rarissima e pressochè scomparsa in seguito ai provvedimenti adottati dalla convenzione internazionale che sostituisce l'impiego di fosforo bianco con quello rosso non velenoso o con surrogati, specie nella fabbricazione dei fiammiferi, ove i casi di fosforismo e segnatamente la necrosi del mascellare si verificavano con una certa frequenza.

Per intossicazione da solfuro di carbonio si sono avute 92 denunce e dei 67 casi definiti, di cui uno mortale, 19 hanno avuto l'indennizzo temporaneo e 2 quello permanente.

Nelle forme di solfocarbonismo indennizzato si sono osservate le psicosi, le nevriti e l'anemia.

Il massimo numero di questa intossicazione spetta a lavoratori nella produzione della viscosa e pochi ad operai addetti all'estrazione dell'olio dalle sanse di olive.

Per intossicazione da benzolo e derivati sono stati definiti 13 casi su 22 denunciati, si sono verificati 2 casi mortali e 4 indennizzi temporanei, questi ultimi per anemia osservata in operai dell'industria degli impermeabili.

Per anchilostomiasi sono stati denunciati 72 casi e dei 64 definiti, 40 hanno percepito l'indennità temporanea: 37 per anemia e 3 per turbe gastro-intestinali.

Il maggior numero di anchilostomiasi si è osservato tra i lavoratori delle miniere di zolfo della Sicilia e pochi casi soltanto tra i fornaciai di laterizi.

Tra gli operai assicurati, che raggiungono un totale di 121.820, le malattie professionali già indennizzate figurano con la seguente percentuale: Piombo 0,40%, Solfuro di carbonio 0,26%, Mercurio 0,25%, Benzolo 0,05%, Anchilostomiasi 0,40%, nulla per il Fosforo.

Da un esame sommario sulle cifre qui riportate si rileva che le sei malattie soggette ad assicurazione obbligatoria colpiscono un numero di lavoratori che se non è rilevante non è d'altra parte affatto trascurabile.

Vero è che le migliorate condizioni igieniche ed il perfezionamento tecnico delle varie industrie hanno di molto ridotte i casi d'intossicazione professionale e delle malattie da lavoro in genere: l'encefalopatie, le paralisi, la gotta saturnina, il fosforismo, la necrosi del mascellare, l'idrargirismo nella sua forma imponente sono oggi delle evenienze abbastanza rare. Ma, d'altra parte, bisogna tener presente che il sempre maggiore sviluppo ed il sorgere di nuove indu-

strie non solo allarga il campo alle possibilità delle già note intossicazioni, ma ne crea delle altre.

Infatti, come giustamente fa osservare Castellino, se alcune delle nuove sostanze utilizzate possono essere ritenute innocue, altre non lo sono affatto; e quelle stesse che nei normali precedenti cicli lavorativi si dimostravano praticamente prive di aggressività, possono ora divenire nocive per effetto di speciali manipolazioni dipendenti da nuovi processi di elaborazione.

Molte altre malattie professionali restano ancora senza alcuna tutela legislativa, ma in conformità di quanto è disposto nella **Carta del Lavoro** anche esse presto saranno incluse come avviamento all'assicurazione generale contro tutte le varie forme morbose.

Scomparirà così quell'ingiustificato ed annoso dualismo tra infortunio e malattia professionale ai fini dell'indennizzo, il quale dev'essere adottato a risarcire ogni inabilità sia essa dovuta ad un evento imprevisto e clamoroso come l'infortunio che subdolo come è il caso della malattia professionale.

Chè anzi mentre l'infortunio talora si limita ad una inabilità permanente parziale, la malattia da lavoro determina sovente quella totale e permanente.

Noi consideriamo la malattia professionale come la somma di tanti piccoli e silenziosi infortuni che minano l'organismo del lavoratore e possono finire con l'infortunio più clamoroso: la morte.

Le malattie professionali, a differenza degli infortuni, non si limitano soltanto al danno del singolo, ma spesso si ripercuotono sulla prole creando degli stati di meiopragia atti a predisporre e ad aggravare malattie comuni.

Da qui l'alta importanza sociale della medicina preventiva che, con opportune norme di profilassi e col controllo periodico della salute dei lavoratori, non solo recherà a questi benessere fisico, ma, riducendo le forze improduttive, apporterà un vantaggio economico alla nazione.

Ugualmente importante è l'applicazione della medicina preventiva e della medicina del lavoro nel campo delle assicurazioni.

Al fini assicurativi le varie professioni sono da prendere in ponderato esame a seconda dei rischi ai quali esse espongono il lavoratore.

Se giustamente la possibilità di viaggi aerei, marittimi, automobilismo ecc. è presa in considerazione nella valutazione dei rischi, pur rappresentando delle eventualità, a maggior ragione deve tenersi conto di quei rischi che sono ineluttabilmente insiti nella vita lavorativa dell'uomo.

Sicchè lo studio della Medicina del Lavoro può dare un contributo importantissimo nel determinare la durata media della vita umana a seconda delle varie professioni e nello stabilire quale sia la frequenza e quali le cause della invalidità specie permanenti, criteri di somma importanza per la medicina delle assicurazioni su cui il Romanelli ha già richiamato la vigile attenzione degli studiosi.

Sulla diagnosi della nevrosi cardiaca

Dott. GUIDO CASTELLI

Moda e medicina sembrano e dovrebbero effettivamente essere termini in certo modo antitetici, essendo la prima essenzialmente variabile e contingente, la secondo più o meno fissa, seppure variabile nei secoli, come dato di osservazione: perchè in fondo le malattie sono rimaste le stesse. Ma oggi le unità nosologiche sono aumentate di numero solo pei progrediti studi che sviscerando antichi concetti le mettono in luce.

Nei libri più antichi, p. es. in LAENNEC (*Traité de l'auscultation etc.*, 4^a ediz., par Andrel, Bruxelles, 1837) al cap. XXXIX troviamo la trattazione delle malattie nervose del cuore e dei vasi sanguigni, e si potrebbe stendere una lista lunghissima comprendente tutti gli autori di libri di cardiologia con capitoli dedicati a questo studio speciale e di trattati che esclusivamente si occupano delle forme nervose e funzionali del cuore. E sin qui nulla da ridire.

Oggi però, dico oggi per modo di dire, perchè l'uso e l'abuso di questa etichetta diagnostica si può fare risalire agli anni della grande guerra, si sente a destra e sinistra parlare di *nevrosi cardiaca* che è così divenuta una diagnosi comoda oltrechè di moda.

Un forte mangiatore od un dispeptico hanno palpitazioni dopo i pasti: nevrosi cardiaca. Un impenitente bevitore di caffè ha extrasistoli con fatti vasamotosi e vertigini: nevrosi cardiaca. Un aerofagico ha spiccato meteorismo gastro-colico con palpitazioni e senso di oppressione: nevrosi cardiaca. Un individuo, che fuma le sue 20 e più sigarette al giorno, beve vari caffè e vermuttini, ha intermittenze con senso di costrizione alla gola: nevrosi cardiaca. Un giovane con polipi nasali va soggetto a crisi di palpitazioni con extrasistoli e difficoltà di respiro: nevrosi cardiaca. Un altro ha crisi di palpitazioni con irregolarità: nevrosi cardiaca: poco dopo si scopre una teniasi: liberarsi del tenia e guarire dei disturbi cardiaci è tutt'uno. Un altro, non ancora ventenne, teme molto per il suo cuore perchè ha crisi di difficoltà di respiro la sera in letto e di palpitazioni appena cammina un po' più svelto e dopo i pasti: nevrosi cardiaca: questo stesso giovane presenta una ristrettezza o comunque una malformazione del torace: si cura questa con adatta ginnastica, il torace si sviluppa di più e meglio, e tutto rientra nella norma. Una donna verso i 45 anni, che ha avuto contrarietà nella vita familiare si lamenta di difficoltà di portare in fondo il respiro di quando in quando, di palpitazioni e di vampate al capo: nevrosi cardiaca: ma questa stessa donna non ha più mestruî regolari e con la somministrazione di ovaio *per os* o per iniezioni si riesce a toglierle i disturbi. Una persona dimagrita, con facili sudori, va soggetta a palpitazioni: si fa diagnosi di nevrosi cardiaca, ma ricercando attentamente si vede trattarsi invece di un *Basedow* frusto.

La lista è lunga, ma potrebbe ancora continuare. Quale conclusione trarne? una sola: che spesso si applica l'etichetta « *nevrosi cardiaca* » ad un quadro morboso differente. Anche in occasione delle visite di arruolamento delle reclute è frequente la diagnosi di nevrosi cardiaca senza che sia sempre possibile escludere un'altra causa determinante palpitazione. Tutto ciò senza voler muovere neppure un'ombra di appunto critico a nessuno, ma solo per dire che questa diagnosi colpi in certo modo la mente dei medici, come già in passato era avvenuto per la nevrastenia.

Il cuore può presentare sintomi nervosi, ma non tutti i sintomi morbosi che presenta un cuore sano rientrano nel campo della nevrosi cardiaca.

Non si potrà parlare di sintomi nervosi se dallo stomaco sopraffaticato da una digestione laboriosa o disteso per aerofagia. partono stimoli che in via meccanica, per contiguità, disturbano l'azione cardiaca, od in via riflessa arrivano al cuore o stimolando centri secondari si da dare extrasistoli. Più giusto sarà parlare di turbe cardiache d'origine gastrica meccanica o riflessa o di pura origine aerofagica. L'aerofagia è infatti una sindrome nervosa con sintomi cardiaci, ma non è una nevrosi cardiaca.

In un fumatore impenitente si potrà parlare di disturbi tabagici (dalla irregolarità del polso e dalle turbe del ritmo in genere fino alla pseudo-angina di petto) preponderanti od esclusivi a carico del cuore, ma non di nevrosi cardiaca.

Nel caso dell'abuso di caffè si viene ad eccitare con una continuità di stimoli il miocardio ed in particolare il tessuto specifico e si parla di nevrosi cardiaca, il che sarebbe come dire che un individuo ha caratteraccio perchè aggredito in malo modo si vale del suo sacrosanto diritto di ribellarsi.

E tanto meno si potrà parlare di nevrosi cardiaca nel caso di individui portatori di polipi nasali o con certe deviazioni del setto, nei quali i disturbi cardiaci sono riflessi attraverso il n. trigemino.

Nella teniasi si tratterà non di nevrosi cardiaca, ma di stimoli partiti dai plessi intestinali e forse anche di intossicazione pei prodotti del ricambio del tenia.

E nella ristrettezza od in genere nella malformazione del torace in toto od interessante più che altro la metà sinistra, tali da ridurre la loggia cardiaca? ma qui si tratta di una difficoltà azione cardiaca e non di fatti nevrosici.

Così pure nella donna vicina all'età critica od amenorrea per climaterio o per altre cause, si tratta di fenomeni cardio-vascolari d'origine ovarica (pura?) e non di nevrosi del cuore.

Lo stesso dicasi dei disturbi cardiaci nelle forme fruste di Basedow, nelle quali l'origine è da ricercare nella disfunzione tiroidea.

Si dirà, in appoggio alla nevrosi cardiaca, che la cura in tutti questi casi è quella sedativa: questa invece è la migliore come una adiuvante, sintomatica, mentre la sola dalla quale si possono attendere vere guarigioni è quella diretta alla causa del male.

In tutti questi casi insomma — e gli esempi si potrebbero moltiplicare — si tratta di fenomeni indipendenti da lesioni cardiache ed aventi il punto di partenza in condizioni abnormi estranee al cuore, siano esse fatti anatomici o funzionali di altri organi, tossici o d'altra natura: si potrà parlare di disturbi volta a volta funzionali o riflessi quanto alla natura, ma non mai d'origine cardiaca nevrosa.

In tutti questi casi infatti esiste una qualunque causa che fa sentire i suoi effetti sul cuore: si ha insomma una sofferenza cardiaca *secondaria*, mentre d'altra parte ritengo che nel quadro della nevrosi cardiaca si debbano fare rientrare solo fenomeni primitivamente ed essenzialmente cardiaci. Come si distingue un'epilessia genuina, essenziale da un'epilessia jacksoniana, così si deve distinguere una nevrosi cardiaca primitiva dalle sindromi cardiache funzionali, riflesse o secondarie a condizioni anatomiche o funzionali di altri visceri, tossiche o d'altra natura.

Certo che in tal modo il quadro delle nevrosi cardiache rimane molto limitato, ma non credo che sia questa una buona ragione per mantenere uno stato di confusione rimanendo sotto un'unica etichetta sindromi d'origine tanto diversa fra loro.

Del resto, l'importanza di queste considerazioni supera di molto il lato dottrinale della questione: anche astraendo dalle conseguenze terapeutiche derivanti dai vari giudizi diagnostici, lo studio delle cause di quei disturbi cardiaci deve portare ad importanti risultati anche in altri campi: limitandomi ad una osservazione in quello assicurativo, nei referti medici per assicurazioni sulla vita, è da evitare la comoda diagnosi «nevrosi cardiaca» a meno che non sia solidamente motivata. Non va infatti dimenticato che, da un lato, chi è preposto all'accettazione dei rischi ha davanti a sé un semplice foglio di carta e che, d'altro canto quella diagnosi, se non chiaramente motivata, può lasciare adito a dubbi tali da rendere persino inaccettabile un rischio, che, messo nella sua luce, sarebbe stato incondizionatamente buono.

Autoriassunto. — Si deve parlare di nevrosi cardiaca solo quando si possa escludere trattarsi di fenomeni cardiaci riflessi o secondari a condizioni anatomiche o funzionali di altri visceri, a stati tossici etc.

Questa diagnosi va, per quanto possibile, evitata in occasione di visita per assicurazioni vita la quale deve indicare in modo espresso ed indiscusso le condizioni del rischio in esame.

Medicina legale delle Assicurazioni vitaLa clausola di incontestabilità delle polizze dell'I. N. A.
nella giurisprudenza

Dott. FABIO MARSELLA

Medico-capo dell' I. N. A.

A conferma di quanto ebbi a scrivere in questa rubrica nell'ultimo numero dell'« Assistenza Sanitaria » mi piace riportare una recente sentenza della Corte di Appello di Roma circa l'interpretazione da darsi alla clausola d'incontestabilità delle polizze dell'I.N.A.

Riferisco brevemente il caso che ha dato luogo alla vertenza giudiziaria. Nell'ottobre 1931 una donna di 39 anni, maritata con figli, avanzò domanda di assicurazione per L. 50.000, dichiarando di godere ottima salute e di non avere mai avuto alcuna malattia.

Al medico che ebbe l'incarico di visitarla, per conto dell'I.N.A., la donna ripeté la stessa dichiarazione, e, alle varie domande contenute nel questionario medico, rispose negativamente circa precedenti morbosità familiari e personali, dicendo di non avere avuto mai alcun disturbo o sofferenza di sorta, di non aver fatto ricorso all'opera di alcun sanitario, di non aver subito operazioni, di non aver fatto cure e di aver sempre goduto, come al presente, perfetta salute.

Il medico fiduciario riscontrò condizioni generali buone con stato di nutrizione soddisfacente, come si desume dalle misure somatiche rilevate: Altezza metri 1,67 — Peso Kg. 87 — Collo cm. 36 — Torace cm. 100 — Addome cm. 108.

Nulla di speciale fu riscontrato ad un esame superficiale dei vari apparati. Dico superficiale, perchè la donna, ostentando ragioni di pudore, non volle denudarsi ed il medico, date le condizioni generali buone e le notizie anamnestiche del tutto negative, di nulla sospettando, non insistette per fare denudare tutto il petto, limitandosi ad esaminare la parte sinistra del torace per l'osservazione del cuore. Il sanitario in buona fede giudicò il rischio buono e la polizza fu emessa a condizioni normali.

Il 4 agosto 1932 si ebbe la morte dell'assicurata per carcinoma della mammella destra. Nella relazione del medico curante era detto che non era precisabile l'inizio del male, che ebbe un corso rapidissimo con molteplici metastasi ascellari e cutanee e si aggiungeva che l'inferma conosceva bene la natura del suo male, perchè era a cognizione di casi analoghi.

Data la breve antedurata del contratto e la causa di morte, l'I.N.A. fece eseguire una inchiesta sanitaria, dalla quale risultò che la donna nell'aprile 1931 era stata operata di amputazione della mammella destra per carcinoma e che verso la fine di agosto era stata praticata nuova operazione per riproduzione del tumore con metastasi cutanea ed ascellare.

Poichè era stata consigliata una cura radiumterapica, che non era riuscita ad arrestare il fatale progressivo decorso del male.

In questo stato di cose, nell'ottobre 1931, quando la donna, al pari dei suoi familiari, era a perfetta conoscenza dell'importanza e gravità del male che ne minava l'esistenza, fu fatta la pratica assicurativa. Ciò evidentemente fu fatto nella previsione di una fine prossima dell'assicuranda, allo scopo di compiere un atto di previdenza a beneficio dei propri figli e ai danni dell'Istituto assicuratore.

Per raggiungere il suo fine l'assicuranda rese dichiarazioni completamente false sui suoi precedenti sanitari e sul suo stato presente.

Il medico fu ingannato da tali dichiarazioni e dalla constatazione dell'ancor buono stato generale di salute della donna. In ogni modo egli non compì bene il suo dovere perchè sarebbe bastata l'ispezione della regione toracica destra per scoprire il male, che doveva condurre a morte l'inferma dopo pochi mesi.

L'errore e la mancanza del medico peraltro non sono sufficienti a giustificare il comportamento dell'assicurata che seppe ingannare anche il medico. Base del contratto di assicurazione sono le dichiarazioni dell'assicurato e se queste sono rese scientemente in modo difforme dal vero su circostanze essenziali alla valutazione del rischio il contratto è sempre annullabile.

La clausola di incontestabilità contenuta nelle condizioni generali di polizza riguarda le dichiarazioni erronee e le reticenze in buona fede e non le dichiarazioni false, per le quali deve avere tutto il suo valore la disposizione dell'art. 429 del Cod. di Commercio.

Riporto al riguardo, nella sua parte essenziale, di Diritto, la sentenza emessa dalla Corte d'Appello di Roma nella vertenza che ci occupa.

« Assume l'Istituto appellante, con il suo gravame, che la impugnata sentenza abbia errato nel pronunciare la sua condanna al pagamento della somma assicurata per varie ragioni.

Innanzi tutto perchè, la clausola di incontestabilità di cui all'art. 2 del contratto di assicurazione non parla di dichiarazione falsa come ne parla l'art. 429 Cod. Comm. e perciò queste sarebbero sempre contestabili, in secondo luogo perchè le reticenze della defunta risultate fatte in malafede, infine perchè comunque la Buono agì con dolo prima e dopo del contratto stipulato.

Per questi motivi il negozio giuridico sarebbe nullo e la domanda degli eredi si sarebbe dovuta rigettare dal Tribunale.

Osserva la Corte come innanzi la precedente sentenza di questo Collegio nel fermarsi all'esame della prova articolato dall'Istituto e nel disporre quindi il suo espletamento, non abbia inteso affatto di limitare l'accertamento giudiziale alla sola ipotesi di malafede o mendacio.

Con detta sentenza si ritenne rilevante la prova sia per stabilire se le dichiarazioni reticenti fossero state fatte in malafede sia per meglio porre in rilievo tutte le circostanze necessarie ad acclarare la falsità delle dichiarazioni anzidette.

Per quanto la sentenza si diffonde più a trattare la questione della malafede che quella della falsità pur tuttavia in parecchi punti essa parla dell'una e dell'altra.

Infatti la Corte dopo aver ricordato come l'Istituto appellante chiedesse la nullità del contratto e quindi il rigetto della domanda attrice per avere la Buono reso dichiarazioni false e comunque per essere stata reticente su circostanze da essa conosciute, soggiunge.

E in sostegno del detto suo assunto, fa presente l'Istituto che la rete di menzogne intessuta dalla Buono è palese alla semplice esposizione dei fatti: essa malata di cancro, è due volte stata operata, l'ultima volta due mesi prima della stipulazione del contratto e che aveva già subito l'asportazione della mammella destra; dichiarò all'entrata in assicurazione di godere invece ottima salute; alla domanda se e quali malattie avesse subito dall'infanzia, rispose « Nessuna »; alla domanda ancora se avesse subito operazioni chirurgiche e quali, rispose: « No », ad altra domanda se fosse stata ricoverata in case di salute, sanatori, ospedali rispose egualmente: « No »; al medico fiduciario infine, dello Istituto assicuratore, non rivelò la mancanza della mammella.

E soggiunge l'Istituto medesimo che la falsità è evidente e se si pone mente poichè nella proposta di assicurazione l'assicurata ha pure dichiarato di non avere medici, mentre è stata operata da due valenti professionisti, si ha un quadro di menzogna impressionante, menzogna a sufficienza comprovata dalle dichiarazioni rilasciate da due Professori Dott. Gravina e Dott. Brancaccio che ebbero ad operarla.

Dopo di che la Corte ricordava nella sentenza stessa anche l'art. 429 Cod. Comm. e quindi di nuovo faceva accenno sulle dichiarazioni false ed a quelle erronee e reticenti.

E più oltre insisteva in tale concetto, affermando prima di disporre la prova, che il comportamento dell'assicurando, valutato nel complesso, integrato con le due dichiarazioni false e con le sue reticenze, deve essere tale da indurre necessariamente a far ritenere che l'Istituto assicuratore nell'aver dato il suo consenso al contratto sarebbe rimasto effettivamente ingannato dalla malafede dell'assicurando stesso.

Che la dichiarazione falsa o la reticenza debba valutarsi nel complesso comportamento dell'assicurando è logico perchè la falsità o la reticenza debbono essere efficienti e determinanti il contratto.

Anzi proprio per questo passava la Corte ad esaminare la questione se le dichiarazioni false e le reticenze della Buono fossero nella specie di tal natura che l'Istituto assicuratore o non avrebbe dato il suo consenso o l'avrebbe dato a condizioni diverse se avesse conosciuto il vero stato delle cose.

A tale quesito rispondeva questa Corte affermativamente per la indole particolare del contratto di assicurazione sulla vita o il modo come esso è regolato dalla legge e dalla pratica amministrativa.

Dopo di che disponeva la prova per testi, di cui in narrativa :

Pertanto, l'essersi questo Collegio fermato più lungamente e specialmente a determinare cosa si dovesse intendere per malafede ai sensi dell'art. 2 del Contratto e dell'art. 429 Cod. Comm. non escludeva che in sede definitiva il Giudice di merito dovesse dopo l'espletamento della prova vagliare tutte le eccezioni e deduzioni dedotte dalle parti per stabilire se il contratto fosse nullo o meno, per una ragione o per l'altra; se la clausola di incontestabilità della polizza valesse o meno per un motivo piuttosto che per un altro.

Solo una precedente preclusione processuale su un punto giudiziale avrebbe potuto impedire l'esame di esso.

Nella specie, la sentenza interlocutoria invece non solo non precludeva le indagini generali e totali, ma disponeva la inchiesta orale, sia per determinare la malafede (Capi 1-3) sia per determinare meglio la frode (Capo 4°).

Ma comunque, supposto pure che questo Collegio con la precedente sentenza non si fosse occupato nè espressamente, nè implicitamente della eccezione relativa alla frode ciò non avrebbe certo pregiudicato nulla perchè non avendone in tali ipotesi il pronunciato interlocutorio fatto parola restava libero il giudice in sede definitiva di accertamento del merito della domanda giudiziale di riesaminare tutta la controversia ponendo in relazione i documenti acquisiti agli atti di causa con le risultanze della prova orale.

Il Tribunale avrebbe dovuto quindi, non solo indagare, se vi fossero state dichiarazioni reticenti in malafede, ma anche se vi fossero state dichiarazioni false.

Ciò tanto più in quanto l'Istituto tornava ancora ad asserire che la clausola di incontestabilità di cui è in questione non fosse applicabile perchè pattuita solo in previsione di dichiarazioni erronee e reticenti e non di dichiarazioni false, che nella specie invece la Buono avesse fatte dichiarazioni mendaci atte a rendere invalido il consenso di esso Istituto.

*Ora proponendosi questa indagine, il Tribunale avrebbe certo dovuto riconoscere che sia dai documenti già acquisiti alla causa, sia dalla prova testimoniale risultava evidente la falsità delle dichiarazioni della Buono, e siccome l'art. 2 prevedeva la ipotesi di dichiarazioni erronee e reticenti e non quella di dichiarazioni false, ne derivava come ne deriva la nullità del contratto.

La clausola già riportata in narrativa contiene infatti la rinuncia alla contestabilità per il caso di reticenze o di errori che secondo l'art. 429 del C. Comm. costituirebbe motivo di nullità del contratto. Non si allude neppure lontanamente alle ipotesi di dichiarazioni false che pur sono invece prevedute nell'art. 429 del codice sopra ricordato, tale esclusione significa che la incontestabilità è limitata alle due ipotesi suddette e che non vi è compresa quella della falsità.

L'errore, la reticenza, la falsità, facevano sorgere situazioni naturali e giuridiche affini ma non identiche.

Errore è la mancata corrispondenza tra la realtà oggettiva e quella supposta o ritenuta vera da un soggetto; esso involge pure una falsità non voluta sebbene commessa per colpa, negligenza, imperizia o anche da parte del terzo.

La reticenza è invece il silenzio dello interessato su circostanze ignote al contraente, silenzio che può essere dovuto ad indolenza, riserbo, pudicizia e anche dolo.

La falsità è la immutazione del vero fintamente voluta con dolo specifico o generico.

Ora come ebbe ad osservare già la prima sezione di questa Corte in altri precedenti giudicati non può sfuggire la profonda diversità tra 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 specialmente fuorviata la ricerca della verità che nel caso di semplice reticenza rimane solo non secondata.

E' pertanto logico che si distingua nei contratti di assicurazione tra falsità e reticenza o errore.

E d'altra parte nel primo caso l'assicurato esplica una attività positiva diretta ad alterare una situazione di fatto, nel secondo e nel terzo si tratta di irregolarità lievissime quando gli errori o le reticenze non siano addirittura dovuti a cause spiegabili e non imputabili, perchè non dipendenti da una vera e propria colpa.

Pertanto mentre l'assicurato merita indulgenza negli ultimi due casi non la merita nell'ipotesi di falsità e perciò la clausola contrattuale che non rispecchia l'intero contenuto dell'art. 429 del C. Comm. è bene spiegabile.

Nè può dirsi che l'assicuratore nel parlare di dichiarazioni reticenti abbia inteso dire pure dichiarazioni false perchè si può tacere, omettere di dire e di rilevare una circostanza senza alterare affatto la verità; mentre la sovente e voluta immutazione del vero è ciò che caratterizza la falsità.

Non può dirsi neppure che l'accenno alla malafede escludeva la possibilità della impugnativa per la falsità; in quanto dato quell'accenno non vi sarebbe ragione di credere che la reticenza non vi può essere se manchi la malafede, mentre le dichiarazioni false lo sono sempre.

Se ciò fosse vero si verrebbe all'assurdo che l'assicuratore, che avesse ommesso l'accenno alla malafede, rinunciando quindi a tutte le impugnative per il caso di reticenza, avrebbe diritto all'impugnativa per falsità; l'assicuratore invece che avesse circoscritta la rinuncia alla reticenza in buona fede, potrebbe vedere estesa la rinuncia anche ai casi non previsti e cioè alla falsità.

In base a tutte queste considerazioni che ad abundantiam si sono premesse perchè la prova testimoniale disposta specie sul 4° capitolo la presupponeva, deve la Corte esaminare se nel caso in esame vi sia stata la falsità da parte della Buono e quindi se l'Istituto abbia giustamente contestata la polizza di assicurazione.

Per fare questo accertamento il Collegio deve basarsi, sia sulle risultanze documentali, sia sulla prova testimoniale espletata.

Solo escludendo la falsità dovrebbe prendere ad esaminare se le eventuali reticenze siano state commesse in malafede perchè nel caso inverso sarebbe inutile ogni altra indagine che porta con sé alla nullità del contratto per l'altra considerazione.

Ora da questo esame dei documenti prodotti e dalla prova testimoniale espletata il Collegio ha tratto la convinzione che la Buono abbia fatto delle dichiarazioni veramente false.

E invero essa il 20 ottobre 1931, come risulta dal modulo a stampa in atti, disse che godeva ottima salute e il 23 detto mese, come risulta dall'altro modulo a stampa, alla domanda se si sentisse in perfetta salute rispondeva affermativamente soggiungendo di non aver mai praticato cure dietetiche e di non essere stata ricoverata in case di salute (risposte ai N. 5, 6, 8) mentre era stata operata alla mammella destra e mentre sapeva la sua malattia.

Il certificato del prof. Gravina del 12 agosto 1932 lo attesta in modo preciso e sicuro, il Gravina era il medico abituale dell'assicurata e operò la Buono due volte al petto nell'aprile e nell'agosto 1931, ciò è confermato dal certificato del Dr. Brancaccio. Ma la Buono soggiunge pure di non aver mai subito operazioni mentre due mesi prima era stata operata di cancro come si è già detto, e soggiunge che non aveva medico di famiglia, mentre aveva come medico il suddetto Professore Gravina.

Or tutto ciò costituisce menzogna deliberata cosciente e voluta, il tacere all'atto di stipulazione di un contratto un'operazione subita, fosse pure ignorata la causa specifica o lo scopo chirurgico curativo dell'operazione stessa, è già un fatto che di per sé dimostra la falsità pensata e preordinata, perchè chi è in buona fede lealmente confessa qualunque operazione subita, anzi, tanto più avrebbe potuto la Buono essere sincera quanto maggiore era la sua convinzione, di non avere nulla di grave.

Ma che la Buono abbia firmato gli atti suddetti con la coscienza del falso, che essa abbia mentito deliberatamente, è pure confermato dalle deposizioni Ciarlamiello e Settembrini; l'uno l'infermiere della Buono l'altro medico fiduciario dell'Istituto che eseguì la visita di controllo.

Il Ciarlamiello indotto dal Russo, afferma di aver veduto la Buono dopo la visita del fiduciario suddetto e di aver parlato della visita domandandole come mai il medico non avesse veduto le cicatrici della operazione.

Alla quale domanda la Buono non si meraviglia e non fa atto alcuno di sorpresa, nè oppone che la cicatrice non aveva importanza, o che se ne era dimenticata, ma risponde solo, il medico non ha visto niente.

Questa risposta, ben dice l'Istituto, dimostra la coscienza e intenzione della Buono di effettuare una dichiarazione falsa.

Anche la deposizione del Dr. Settembrini conferma che la Buono negò di aver avuto malattie e operazioni, anzi che cosa negò di aver avuto cicatrici di sorta.

Si deve notare come la proposta di assicurazione sia appena un mese e mezzo posteriore alla data dell'ultima operazione (agosto 1931-ottobre 1931) l'atto chirurgico era fresco anche al suo ricordo.

Che la Buono conoscesse la natura del suo male è attestato come si è già detto dal Gravina, il quale spiega la cosa affermando che ciò era dovuto al fatto che la Buono era a conoscenza di casi analoghi.

Pertanto la falsità è provata.

I certificati medici posti in relazione e in rapporto con i risultati delle deposizioni testimoniali e con le dichiarazioni della Buono nella proposta di polizza meritano attendibilità.

Se prima della prova per testi essi potevano non essere considerati esaurienti e decisivi per sé stessi, ora invece valutati in rapporto a tutto il complesso delle risultanze processuali possono ben concorrere a ricostruire la verità.

Resta a stabilire se le dette dichiarazioni false fossero efficienti a determinare il contratto, resta cioè a stabilire se l'Istituto, sapendo il vero stato fisico della Buono avrebbe negata l'assicurazione o se l'avrebbe stipulata a condizioni diverse.

La risposta affermativa è indubbia perchè trattandosi di un carcinoma cioè di un male notoriamente avente conseguenze letali specie trattandosi di un organo delicatissimo come la mammella, l'Istituto si sarebbe esposto a un danno sicuro e immediato.

Certo se il medico avesse rilevato la cicatrice, se ne avesse quindi accertata la causa, avrebbe posto l'Istituto al sicuro, e questi nonostante le dichiarazioni false della contraente avrebbe potuto evitare di stipulare il negozio giuridico.

Ma la rilevabilità di un vizio o di una causa, non è da confondere con la efficienza di essi, un fatto efficiente in sé e per sé e capace di determinare dati effetti, non perde la sua efficacia per il fatto che il comportamento altrui sarebbe stato capace di impedire le conseguenze.

La maggiore oculatezza e diligenza del Dr. Settembrini, la sua minore buona fede, il più attento e accurato accertamento della verità avrebbero potuto eliminare l'atto volontario dell'Istituto, ma ciò non può farsi ricadere sull'assicuratore dal momento che l'azione della Buono era idonea e diretta al fine.

Il fatto del sanitario avrebbe potuto interrompere il rapporto fra la causa efficiente e l'effetto, ma non intervenuta questa interruzione, l'effetto non può non risalire e non imputarsi a chi determinò la causa efficiente.

Il Settembrini era un semplice incaricato dell'Istituto chiamato solo a dare il suo giudizio tecnico, ma spassionato, e non nell'interesse di una delle parti contraenti, anzi era chiamato a fare accertamenti medici oggettivi sui quali doveva poi deliberare l'Istituto con giudizio indipendente e libero. Pertanto l'Istituto ha ben diritto a contestare il contratto in esame perchè le dichiarazioni debitamente accertate in concreto non sono prevedute nell'Art. 2 di esso contratto che consegue si debba rigettare la domanda del Russo in proprio e nel nome con la condanna conseguentemente di lui nelle spese senza scopo di scendere all'esame delle altre eccezioni dell'Istituto come ri» angono assorbiti.

Per questi motivi la Corte, pronunciando sull'appello proposto con atto 6-7 ottobre 1936 dall'Istituto predetto avverso la sentenza 6 giugno 8 luglio 1936 del Tribunale di Roma e in accoglimento di esso rigetta la domanda contro l'Istituto stesso proposta dal Russo Salvatore in proprio e nel nome.

Condanna gli istanti a favore dell'Istituto nelle spese di primo e secondo grado e negli onorari di giudizio e liquida le une in L. 3.646,80 e gli altri in L. 3.500.

Così deciso in Camera di Consiglio della Seconda Sez. Civ. Corte di Appello di Roma composta dai Sigg. Magistrati come in epigrafe indicati che sottoscrivono la presente in uno al Cancelliere di udienza add

Roma, 29 dicembre 1936-XV E. F. ».

Le considerazioni ed argomentazioni dell'Ecc.ma Corte d'Appello di Roma concordano perfettamente con quanto io ebbi ad esporre nella mia pubblicazione fatta nel marzo 1932 su « L'Art. 429 del Cod. Civ. e le condizioni di polizza, circa la contestabilità dell'I.N.A. » (*Rassegna della Previdenza Sociale*, Anno XIX, N. 3, Marzo 1932) e con quanto ebbi a dire, col Prof. Romanelli, sul tema della clausola di incontestabilità delle polizze di assicurazione sulla vita, al II Congresso di Scienza delle Assicurazioni sulla Vita tenutosi a Trieste nel novembre 1932 (*Atti del II Congresso Nazionale di Scienza delle Assicurazioni*, Vol. 2°).

Gli stessi concetti ho espresso ripetutamente in vari articoli pubblicati in questa *Rivista*.

Sono lieto che essi trovino autorevole conferma nella nostra giurisprudenza.

Indagini di Statistica Medica

Il peso in rapporto alla statura in un gruppo di assicurandi veneti di sesso maschile

Dr. FERNANDO VICENTINI

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

In un gruppo di trecento individui maschi nati nella Venezia Veneta ed aspiranti alla assicurazione vita, visitati nel 1936 parte da medici fiduciari, parte da medici della Direzione dell' I. N. A., ho esaminato il *peso somatico* in rapporto alla statura ed ho confrontato i risultati ottenuti con quelli di una vasta indagine eseguita da I. Romanelli e B. Toro sopra il materiale fornito da oltre centomila contratti di assicurati appartenenti a tutte le regioni d'Italia. Chiamerò questi ultimi « assicurati italiani » e « assicurandi veneti » i componenti il gruppo da me studiato.

Ho cominciato col distribuire i trecento individui in classi di stature di cm. 5 ognuna di intervallo. Per non frazionare eccessivamente il materiale non certo abbondante, ho rinunciato a tener conto della età dei componenti il gruppo. Dirò subito però che la maggior parte di essi è in età tra i 30 ed i 45 anni. Rammento inoltre che le stature indicate sono state misurate nella stazione eretta e con le scarpe, come pure i pesi sono quelli degli assicurandi vestiti, ma senza soprabito.

Assicurandi veneti	
Classi di stature	Osservazioni
156 - 160	14
161 - 165	45
166 - 170	100
171 - 175	83
176 - 180	40
181 - 185	15
186 - 190	3
	300

Riporto ora qui appresso la ripartizione percentuale nelle varie classi di statura degli assicurandi veneti e degli assicurati italiani.

Classi di statura	Frequenze percentuali	
	Assicurandi veneti	Assicurati italiani
146 - 150	—	0,33
151 - 155	—	1,97
156 - 160	4,67	8,55
161 - 165	15,00	23,52
166 - 170	33,33	32,93
171 - 175	27,67	21,15
176 - 180	13,34	8,90
181 - 185	5,00	2,16
186 - 190	0,99	0,44
oltre 190	—	0,05
	100,00	100,00

Dalle cifre fin qui riportate risulta che per gli assicurati italiani le stature più frequenti sono quelle delle classi 161-65, 166-70, 171-75 e lo stesso dicasi per gli assicurandi veneti. Però mentre la statura media degli assicurati italiani risultò di cm. 167,98, quella degli assicurandi veneti è di cm. 170,73. Adunque la statura media dei componenti il nostro gruppo è superiore a quella degli assicurati. Ed è anche superiore a quella riscontrata nei coscritti veneti da R. Livi, che risultò di 167,1. Naturalmente per paragonare le cifre della statura degli assicurandi a quelle dei coscritti, è necessario togliere alle prime circa due cm., pari alla altezza del tacco delle scarpe.

Riferisco ora i pesi medi corrispondenti alle varie classi di statura nei trecento individui costituenti il gruppo degli assicurandi veneti.

Statura	Peso medio	Osservazioni
156 - 160	68,00	14
161 - 165	66,96	45
166 - 170	70,73	100
171 - 175	72,39	83
176 - 180	78,68	40
181 - 185	86,40	15
186 - 190	92,00	3

Il peso medio degli appartenenti al gruppo è risultato di Kg. 72,54.

È noto quanta importanza si annette in medicina dell'assicurazione vita al peso somatico, messo in relazione con la statura, come elemento di selezione dei rischi. Il Romanelli ha costruito all'uopo diversi tipi somatici a costituire i quali entrano oltre la statura ed il peso, anche altre misure somatiche e cioè la misura del collo, quella della circonferenza toracica e quella della circonferenza addominale. Mi limito qui a riportare le formule schematiche dei vari tipi, solo considerando i rapporti tra altezza e peso.

Tipo medio : $0,95 A < P \leq 1,10 A$

Tipi con sottopeso : lieve $0,95 A < P \leq 0,95 A$

medio $0,80 A < P \leq 0,90 A$

notevole $0,70 A < P \leq 0,80 A$

Tipi con soprappeso : lieve $1,10 A < P \leq 1,30 A$

medio $1,30 A < P \leq 1,50 A$

notevole $1,50 A < P \leq 1,70 A$

Nelle formule, A sta ad indicare la statura in cm. detratto il metro e P il peso in chilogrammi.

Adoperando queste formule ho classificato i trecento assicurandi veneti maschi, per gruppi di costituzione.

Nella tabella seguente ho riportato le frequenze percentuali corrispondenti ai vari tipi di costituzione nei 300 assicurandi veneti ed a fianco ho posto le cifre analoghe riscontrate da Romanelli e Toro per gli assicurati italiani.

Tipi di costituzione	Frequenze percentuali		
	Assicurandi veneti	Assicurati italiani	
<i>Sottopesi</i>	notevole.	0,33	0,63
	medio	11,67	8,86
	lieve.	12,00	13,10
		24,00	22,59
<i>Tipo medio</i>	51,33	53,38	
<i>Soprappesi</i>	lieve.	22,67	20,84
	medio	2,00	3,03
	notevole.	—	0,16
	24,67	24,03	
	100,00	100,00	

Secondo la classificazione per costituzioni del Romanelli (limitatamente ai rapporti tra peso e statura) il 51,33 % dei componenti il nostro gruppo sono risultati appartenere al tipo medio o normale, il 24,67 % alla categoria dei soprappesi, il 24 % alla categoria dei sottopesi. Se analizziamo la composizione delle due categorie dei soprappesi e dei sottopesi vediamo che i tipi estremi (notevole) sono assenti o quasi, che per quello che riguarda i sopra e sottopesi medi prevalgono di molto i secondi, mentre il contrario avviene per i « lievi ».

Se vogliamo confrontare le cifre degli assicurandi veneti con quelle degli assicurati italiani, dobbiamo prima fare alcune riserve. Anzitutto rammentare che il gruppo dei veneti è costituito da solo 300 individui, mentre gli assicurati italiani del lavoro di Romanelli e Toro erano oltre 100.000; in secondo luogo che nel caso dei veneti si tratta di *assicurandi*, i quali hanno subito solo la autoselezione e quella della produzione, mentre gli « italiani » erano degli assicurati selezionati accuratamente dalla accettazione medica dei Rischi della Direzione dell' I. N. A.

Fatte queste premesse osserviamo che la ripartizione per costituzioni degli assicurandi veneti è molto simile a quella degli assicurati italiani. Infatti negli uni e, negli altri il tipo medio o normale riunisce poco più della metà della popolazione considerata, mentre l'altra metà è rappresentata dai soprappesi e dai sottopesi, in proporzioni all'incirca uguali tra di loro. Notiamo infine che negli assicurandi veneti la cifra dei sottopesi è maggiore a quella degli assicurati italiani, lo stesso dicasi, ma in misura molto minore, per la cifra complessiva dei soprappesi.

Data la esiguità dei componenti il gruppo da me studiato non ritengo poter trarre deduzione alcuna sulla costituzione degli assicurandi veneti, cosa che si potrebbe fare avendo a disposizione un materiale molto più abbondante. Valga la presente modesta nota ad indicare lo schema da seguire in simili ricerche che ritengo feconde di utili risultati nel campo della medicina dell'assicurazione vita, nuova branca che solo recentemente è assorta ad individualità propria, ma che si annuncia ricca d'interessanti studi ed investigazioni.

BIBLIOGRAFIA

- I. ROMANELLI e B. TORO, *Il peso in rapporto alla statura nelle età adulte*, in « L'Assistenza Sanitaria agli Assicurati dell' I. N. A. », 15 aprile 1933.
- I. ROMANELLI, *Saggio di mortalità per cancro tra gli Assicurati*, in *Rivista Ospedaliera*, 1921.
- I. ROMANELLI, *Le cause di morte in rapporto alle misure somatiche*, in *Atti del Primo Congresso Nazionale di Scienza delle Assicurazioni*, 1928.

guita la conoscenza dell'aptene; tratta successivamente dell'importanza della struttura colloidale per la funzione antigene dei lipoidi rilevando successivamente l'importanza di queste nuove acquisizioni per interpretazione della reazione di Wasserman, la quale secondo l'opinione di Sachs accettata dalla maggior parte dei sierologi costituisce una risposta dell'organismo infettato di fronte ad auto-antigeni lipoidei resi liberi dalla compagine cellulare in seguito alla disgregazione determinata dal processo luetico.

Difesa Sociale, N. 1, gennaio 1937-XV — Roma.

ALFREDO NICEFORO, *Cifre della morte e cifre della vita*.

Breve nota sintetica che altra pretesa non ha se non quella di riassumere alcuni risultati dei recenti studi nord-americani sulla lunghezza della vita, le cifre italiane delle recenti Tavole di mortalità dei celibi, dei coniugati e dei vedovi e in cui si accenna al modo di adoperare gli indici biometrici o vitali (vita media, vita probabile, ecc.) nel confronto di popolazioni e di epoche diverse.

MAURIZIO PINCHERLE, *In tema di profilassi nazionale e sociale delle carenze vitaminiche nell'infanzia*.

Ricordati gli elementi energetici e non energetici dell'alimentazione e le loro correlazioni nella profilassi dell'infanzia insiste nel concetto che anche gli elementi accessori vitaminici nelle loro giuste proporzioni qualitative e quantitative hanno una notevole importanza nel campo vitale della profilassi e della bonifica umana voluta dal Regime.

ALESSANDRO PERI, *Bernardino Ramazzini e il suo trattato « De Morbis Artificum »*.

Tratta dell'alterne vicende e dei diversi apprezzamenti dati sul trattato immortale « De Morbis Artificum » del Grande, e l'importanza che esso ha nel farci conoscere le condizioni di miseria materiale e morale in cui si trovavano i lavoratori prima della Rivoluzione Francese. Questa però nel riconoscimento illimitato del diritto cittadino ha trascurato la tutela vera e propria del lavoratore che richiede garanzie d'igiene e di riposo in disaccordo con la libertà assoluta.

FILIPPO NERI, *Città nuove e città rinnovate nell'Italia fascista*.

In base a dati statistici l'A. ricorda l'importanza di una salubre abitazione, elemento profilattico cui tende tutta l'opera legislativa del Regime Fascista nel campo del risanamento edilizio soffermandosi specialmente sulla Legge Mussoliniana della Bonifica integrale che ha dato i più lusinghieri risultati in plaghe già deserte d'Italia ed ora risanate nei vecchi centri urbani, cui la nuova Italia ha aggiunto la fondazione di intere città esuberanti di vita e di giovinezza.

Folla Medica, N. 23, 15 dicembre 1936-XV — Roma.

CASO G., *I traumi nella patogenesi del diabete*.

L'A. riferisce un caso da un investimento automobilistico; dalle prove eseguite e dalla valutazione delle modalità traumatiche ha potuto concludere che il trauma provoca più facilmente una glicosuria extrainsulare anziché un vero diabete pancreatico.

Folla Medica, N. 24, 30 dicembre 1936-XV — Roma.

BARTONE L., *Comportamento del fenomeno d'ostacolo di Donaggio nella vaccinazione jenneriana*.

Viene trovato costantemente positivo, anche quando manca ogni reazione locale o generale fin verso il 20° giorno della vaccinazione; perciò l'A. considera il fenomeno, utile a svelare le intime modificazioni biochimiche che si verificano nell'organismo.

QUARANTA L., *Il benzoato di sodio nella terapia anti-tuberculare*.

Con tale trattamento endovenoso, in 14 malati su 15, l'A. ha notato una diminuzione della quantità dell'espettorato giornaliero ed un miglioramento soggettivo degli infermi, specie per quanto riguardava la tosse e lo stato generale.

Folla Medica, N. 1, gennaio 1937-XV — Napoli.

TARSITANO A., *Rilievi pratici desunti dallo studio comparativo delle curve glicemiche da glucosio, da levulosio, da saccarosio e da sorbite, nei diabetici e negli epatopazienti*.

L'A., dall'esame comparativo delle curve glicemiche da glucosio, da levulosio, da saccarosio e da sorbite, nei diabetici e negli epatopazienti, desume vari rilievi sulla utilizzazione di tali sostanze da parte dei predetti infermi.

CHIARELLO A. G., *Contributo alle anastomosi fra vie biliari e tubo gastroenterico*.

Sperimentalmente nei cani l'A. ha praticato la colecisto-duodenostomia, associandola alla gastroenterostomia, ed ha ottenuto in tutti i casi l'infezione delle vie biliari, che si accompagnava coll'ulcera digiunale allorché era stata praticata anche la seconda operazione.

ANARELLI G. e RIVOLTA C., *Intossicazione professionale da nitrato potassio*.

Gli AA. descrivono un caso di intossicazione professionale di nitrato di potassio in un salumaio presentante la sintomatologia clinica del diabete insipido, mentre la causa era dovuta ad azione diuretica del nitrato di potassio.

Giornale di Medicina Militare, N. 12, dicembre 1936-XV — Roma.

CAROTENUTO P., *Note cliniche e considerazioni sull'andamento delle ferite in guerra, in rapporto al loro trattamento ed alla organizzazione sanitaria odierna*.

L'A. illustra alcuni dei molti casi di ferite in guerra in A. O., li considera alla stregua del primo trattamento e di quelli successivi, ed in rapporto alla odierna organizzazione sanitaria militare, discutendo, in una nota, alcuni concetti esposti sulla stessa rivista da un altro collega.

FRANCHI F., *L'allergia cutanea nell'infezione streptobacillare studiata negli indigeni dell'A.O.I.*

Nei pazienti di razza nera l'infezione streptobacillare provoca l'insorgenza di uno stato allergico simile a quello che si osserva nella razza bianca: nel periodo florido delle manifestazioni, le reazioni cutanee presentano però un particolare

decorso, caratterizzato da fenomeni reattivi inizialmente assai intensi, che regrediscono quindi molto rapidamente, estinguendosi in 3-4 giorni.

DAMIANI F., *Sindrome cardiaca dell'altipiano abissino*.

L'A. ha studiato le manifestazioni dell'insufficienza circolatoria verificatesi in alcuni individui sull'altipiano abissino, esponendone la sintomatologia e cercando di spiegarne le cause.

CIANTINI F., *I germi del gruppo coli-aerogenes nelle acque dell'A.O.I.*

Le reazioni elettive di Poges-Proskauer, quella al rosso metile, la prova di Eijkman e i terreni di Koser e di Simmons, hanno mostrato in complesso una buona sensibilità ed hanno dati risultati concordanti, egualmente alle prove di fermentazione degli idrati di carbonio.

Giornale di Medicina Militare, N. 1, gennaio 1937-XV — Roma.

PALAZZI, *I servizi stomatologici durante le operazioni militari in A. O. (settore Nord)*.

L'A. che è stato ispettore delle Unità stomatologiche dell'Armata in A. O., riferisce l'organizzazione da lui presieduta, che si presenta completa e che ha corrisposto pienamente agli scopi importanti e delicati in una guerra Coloniale. Un grafico e un quadro schematico illustrano il lavoro.

Biochimica e Terapia Sperimentale, N. 12, dicembre 1936-XV — Roma.

UGO SBUTEGA, *Modificazione al metodo di Sohmann e Jen trassik, per il dosaggio del fosfogeno muscolare*.

Si propongono alcune modificazioni al metodo Sohmann e Jendrassik per il dosaggio del fosfogeno muscolare, modificazioni atte ad ovviare ad alcuni inconvenienti propri della tecnica originale.

LUIGI DI PRISCO, *Influenza dell'acetone sulle modificazioni glicemiche da insulina e sul potere glicolitico del sangue in vitro*.

L'A. con ricerche sperimentali su conigli ha studiato il potere ipoglicemizzante dell'insulina nelle iperglicemie alimentari in presenza di uno stato di intossicazione acetonica sperimentale ed ha osservato che la presenza di acetone in circolo rallenta e ritarda il potere ipoglicemizzante dell'insulina. Con ricerche in vitro su sangue di soggetti normali ha osservato che l'insulina riesce pressochè inefficace sulla emoglicolisi, come inefficace risulta l'aggiunta di acetone sull'andamento del processo glicolitico.

DE ALESSI, *La carica batterica generale e la colimetria nell'analisi batteriologica dell'acqua* (Osservazioni e note di tecnica).

Sperimentando un terreno liquido al bleu di metilene semplice e con l'aggiunta di una soluzione fenicocloridrica, l'A. ha composto una formula che riuscì sperimentalmente idonea a rivelare la carica batterica e la presenza del coli nelle acque, con una tecnica che permette di ottenere anche dei dati colimetrici approssimativamente attendibili.

BENELLI, *Contributo alla conoscenza delle nefriti acute di guerra*.

Ha seguito il decorso di queste malattie in A.O. praticando l'azotemia, la pressione arteriosa e la prova xantoproteica periodicamente, ed ha osservato che esse procedono parallelamente al miglioramento o peggioramento dei pazienti; ad eccezione della pressione arteriosa, i cui aumenti si hanno nelle forme croniche.

CARENJ, *Su un caso di osteo-mielite cronica primitiva del femore destro*.

L'A. presenta un caso di osteomielite cronica del femore, e ne discute la diagnosi differenziale ampiamente sia dal punto di vista clinico, che radiologico; ne illustra l'anatomia patologica e l'etiopatogenesi parlando in ultimo della cura sia con i Roentgen che con il vaccino e con l'anatosina stafilococcica.

MASTROJANNI, *Ricerche cliniche sopra un gruppo di casi di alopecia areata* (con considerazioni medico-legali militari).

Descrive quattro casi di alopecia areata grave, espone i risultati di varie ricerche in essi esperite, ricerche indirizzate ad individuare alcuni dei momenti etiopatogenetici e, dai risultati da questi ottenuti, si orienta verso un'origine neuro endocrina delle forme osservate.

Il Baglivi, N. 1, gennaio-febbraio 1937-XV — Firenze.

R. ALESSANDRI, *Di una nuova indicazione della legatura dell'arteria splenica*.

La esperienza dell'A. lo porta a ripetere che raramente si debba impiegare la legatura invece della splenectomia, poichè non presenta generalmente difficoltà, essendo la milza quasi sempre piccola e senza aderenze. Ciò vale tanto per la trombopenia essenziale, quanto nei casi di ittero emolitico, e nelle metrorragie delle bambine prepuberi o puberi.

A. GASBARRINI, *Cirrosi biliare tipo Laemec (alcoolica e luetica)*.

Prendendo le mosse da un caso clinico l'A. ricorda che molto resta da delucidare nel campo delle cirrosi: basti dire che l'ittero è ancora oggi un sintoma non sempre chiaro nel suo significato; il fegato è un organo a funzioni molto complesse ed i fatti morbosi hanno una evoluzione talora difficile nella loro interpretazione.

G. TACCONE, *Malattie esantematiche meno note e più discusse nella loro autonomia*.

L'A., fatto cenno a varie forme esantematiche, recentemente introdotte in medicina, ritiene che allo stato attuale non si possa ammettere l'autonomia della quarta malattia e che si possa invece concludere per l'indipendenza dell'eritema infettivo, della febbre critica preeruttiva, nonché della febbre miliarica, mentre conviene restare in attesa di ulteriori osservazioni, per la malattia di Stroè.

V. BISCEGLIE, *L'azione oncogena degli idrocarburi policiclici: La produzione sperimentale del cancro mercè 1-2 benzopirene*.

La causa ultima dello sviluppo del cancro sa-

rebbe da identificarsi nel prodotto del perverso metabolismo cellulare, che si trasmetterebbe ereditariamente alle successive generazioni; perché si verifichi questo perverso del metabolismo cellulare è necessario l'intervento di alcuni determinanti agenti irritativi: idrocarburi policiclici, prodotti elaborati da alcuni macroparassiti, agenti fisici, ecc.

L'Ospedale Maggiore, N. 1, gennaio 1937-XV — Milano.

A. MAIocchi, *Colecistiti non calciose.*

Ricordate le discinesie della cistifellea secondo le più recenti vedute, l'A. passa ad esaminare i casi da lui operati in Ospedale di forme non calciose, che nel periodo 1929-34 è stato del 16% del totale; successivamente ricorda il quadro clinico di molte colecistiti, ed i metodi terapeutici d'elezione.

A. COSTADONI, *Contributo alla conoscenza della melanoblastomatosi maligna.*

L'A., dopo aver richiamato le più moderne vedute sui melanoblastomi con particolare riguardo ai maligni, riferisce un caso di enorme diffusione metastatica melanoblastomatosi, nel quale il tumore primitivo sfuggì alle più accurate indagini cliniche ed anatomico-patologiche. Formula quindi varie ipotesi sulla possibile sede primitiva del blastoma, vagliando le più probabili.

Rivista Sanitaria Stelliana, N. 1, 1 gennaio 1937-XV — Palermo.

A. NICASTRO, *La diagnosi precoce della lepra.*

In seguito a ricerche accurate l'A. ha rilevato la particolare elettività del blu di metilene di fissarsi su tutte le lesioni leprose anche iniziali e clinicamente poco appariscenti. Ritene di poter includere, come mezzo diagnostico precoce, la colorazione del blu di metilene degli eritemi iniziali eprosi poco o punto infiltrati.

Idem, N. 2, 15 gennaio 1937-XV.

A. BORGHESE, *La reazione perossidasi dei leucociti nel sangue degli splenomegalici.*

L'A. ha concordato nei casi esaminati la tendenza all'associazione della riduzione delle perossidasi con neutropenia. I reperti riportati dalle ricerche potrebbero testimoniare una relativa incapacità del midollo a produrre elementi perfettamente corrispondenti ad eventuali prestazioni ossidative cataboliche da fornire in circolo o negli organi periferici.

Idem, N. 3, 1° febbraio 1937-XV.

V. GRASSELLINO, *Il sistema reticolo-istiocitario del fegato nella sclerosi colostatica sperimentale.*

L'A. ha studiato il modo di comportarsi del sistema reticolo-istiocitario ed ha constatato che, alla neoformazione di tessuto connettivale che si viene a formare negli spazi portali, prende gran parte il reticolo-istiocitario quivi esistente a mezzo di una vivace iperplasia degli istiociti, che sono vicinissimi ai vasi sanguigni, ed anche ai canali biliari.

Idem, 15 febbraio 1937 XV,

A. LAURO, *L'azione della bile di animali diversi, in vivo ed in vitro, sui calcoli umani.*

L'A., ha studiato l'azione litica, sia in vivo che in vitro, della bile di cane e di coniglio sui calcoli biliari umani. Tale azione si è avuta solo nei calcoli biliari introdotti nella cistifellea di cane, mentre è risultata negativa in quelli introdotti nella cistifellea di coniglio. In vitro né la bile di cane, né quella di coniglio ha mostrato azione litica sui calcoli umani.

Rassegna Clinico-Scientifica, N. 2, febbraio 1937-XV — Milano.

LUIGI SPOLVERINI, *La profilassi della broncopneumonia nella prima infanzia (osservazioni clinico-sperimentali).*

In base ai risultati clinici raggiunti con sistematiche ricerche, noi riteniamo di essere autorizzati a concludere in senso favorevole sulla reale ed efficace utilità della vaccino-profilassi contro le affezioni broncopneumonari acute dei bambini durante il loro primo anno di vita, purché essa sia convenientemente e razionalmente praticata.

FEDELE FEDELI, *Lesioni traumatiche del cuore e dei polmoni.*

L'esatta conoscenza delle possibili varietà di lesioni traumatiche cardio-polmonari e dei fenomeni che ne derivano e l'attenta disamina dei sintomi che il traumatizzato presenta (vagliati con sano raziocinio clinico), valgono ad indirizzare la terapia, variabile secondo il caso in esame.

RODOLFO MARGARIA, *Il combustibile di scelta nel lavoro muscolare.*

In ogni tipo di lavoro muscolare, aerobico o non, la possibilità di compiere lavoro è massima quando vengono utilizzati glucidi anziché grassi; per di più, esiste la possibilità che la scissione dei glucidi sia indispensabile in una tappa delle reazioni chimiche collegate col ristoro del muscolo.

NICOLA CARRARO e IZAAK WUGMEISTER, *Cisti solitarie del rene.*

È la descrizione di tre casi clinici con la discussione etiopatogenetica, con ricordi statistici di questa affezione abbastanza rara; i criteri terapeutici dalla puntura alla enucleazione, dalla nefrectomia parziale cuneiforme alla nefrectomia totale, chiudono il lavoro.

Tubercolosi, N. 1, gennaio 1937-XV — Roma.

M. LENZI, *Contributo radiologico alla conoscenza delle formazioni endocavitari polmonari.*

Con la stereoradiografia l'A. ha potuto individuare la natura del corpo endocavitario, dovuta ad organizzazione di un coagulo.

A. CAMPARI, *Risoluzione spontanea di un processo di tubercolosi bilaterale diffuso.*

Descrive un rarissimo caso di tubercolosi bilaterale diffusa con risoluzione spontanea, nel quale, abbandonato il pneumotorace, l'ammalato ha ingerito forti quantità di olio di fegato di merluzzo.

Varie

IL MATRIMONIO E LA LONGEVITÀ

Il rischio di morte è inegualmente distribuito tra i celibi, i coniugati e i vedovi, tanto per gli uomini quanto per le donne. Differisce nelle varie età, a seconda dello stato civile. A prova di ciò, nel *Bollettino statistico* dello Metro Life sono riportati i dati nel numero dell'aprile 1936, presi da statistiche Canadesi. Una tabella che riporta cifre ricavate dallo Stato di New York, esclusa la New York City, riferisce separatamente il corso della morte tra celibi, sposati e vedovi, tanto maschi che femmine, per ogni età, dai 29 ai 75 anni, riportandosi alla mortalità del 1929-1931.

Un solo principio viene in conseguenza ad essere confermato: l'uomo sposato è in condizione favorevole rispetto al vedovo ed al celibe. La differenza è notevole. Infatti nel gruppo di età fra i 30 e i 40 anni, la mortalità degli sposati è meno della metà di quella dei celibi. Tra le donne i vantaggi delle sposate sono meno evidenti. L'andamento della morte, per gli uomini nelle età tra i 30 e i 65 anni è migliore del solo 10% rispetto a quello delle nubili, e per le giovani mogli di età da 20 a 24 anni, i rischi del parto alzano la mortalità un poco al disopra di quella delle nubili. Questi rischi mostrano anche i loro effetti in un altro modo.

Generalmente parlando, gli uomini muoiono più delle donne e gli sposati fra i 20 e i 31 anni, attualmente invece hanno una mortalità inferiore a quella delle donne sposate.

I moderni resoconti tendono a stabilire anche le differenze di morte fra le donne. Così, per esempio, in Inghilterra e nel Wales, dove i dati di tre decenni sono sufficienti, la proporzione della mortalità fra le donne sposate e quella delle nubili di 20 anni, durante il 1911-1921-1931 passano attraverso le decrescenti serie di valori: 1,35; 1,23; 1,20; oppure espressi in numeri interi 4 a 3; 5 a 4; 6 a 5.

Non è generalmente noto, come le cifre dimostrano, che tra i vedovi la mortalità è più grande che tra le vedove. Ci si aspetterebbe naturalmente che una vedova trovandosi all'improvviso priva della rendita dell'impiego del marito, fosse più scossa, che una donna che naturalmente continua nella sua regolare occupazione e guadagni.

In alcuni casi un nuovo matrimonio tende a dare una parziale spiegazione di questa varietà di cifre. È ben saputo che il secondo matrimonio tra i vedovi, è molto più frequente che tra le vedove, ed il rimaritarsi è senza dubbio un processo selettivo. Certamente sarebbe cosa veramente ottima se ci fossero più ampie provvidenze a favore delle donne che in seguito alla morte del marito si trovano in ristrettezze economiche. E quando i progetti di pensione vitalizia diventassero effettivi, più di quanto non lo siano oggi, verrebbero meno al loro scopo se mancassero di soccorrere le vedove.

L'intero aspetto dell'argomento dimostra che il matrimonio è come un processo selettivo. Si deve ammettere, che esso conferisca benefici di vario genere i quali direttamente o indirettamente possono condurre ad una più lunga vita? Alcune contraddizioni sono così notevoli che si esita ad attribuirli ad una causa così semplice. Indubbiamente vi devono contribuire dei processi selettivi dovuti sia a fattori di costituzione biologica, sia a più disagiati condizioni economiche in cui si trovano i celibi.

STARNA.

METODI DI CURA DELL' OBESITÀ

Nonostante le varie sostanze indicate per ottenere un dimagrimento, questo risultato si ottiene soprattutto con una dieta ridotta. Di questo trattano H. Coombs, D. Reader e Catlin nel *Practitioner* gennaio 1937. Dell'ampia recensione che ne fa il *Policlinico* Sez. Pratica, n. 1 c. a, riferiamo la parte più interessante:

Le controindicazioni della riduzione della dieta non sono molte:

- 1) la vecchiaia avanzata che richiede particolari cautele;
- 2) le malattie acute, durante le quali è opportuno ritornare ad una dieta più liberale;
- 3) le gravi malattie croniche, come tutte le forme di anemia;
- 4) gli stati di esaurimento, di nervosismo, di astenia o irritabilità, durante i quali il trattamento deve essere interrotto.

È per questi motivi che i pazienti devono essere assiduamente sorvegliati nel corso della cura.

I principii sui quali si fonda il trattamento sono i seguenti:

- 1) carboidrati: devono essere ridotti, diminuendo specialmente gli alimenti che ne contengono in abbondanza come dolci, pane, patate, birra;
- 2) grassi: devono essere ridotti, specie quelli che non contengono vitamine come il lardo e l'olio di oliva;
- 3) proteine: devono essere ridotte pochissimo;
- 4) vitamine: devono essere date sufficientemente con i vegetali, la frutta, le uova, il latte ed il burro;
- 5) minerali: devono essere dati in giusta proporzione con le insalate ed il latte;
- 6) liquidi: non devono essere ridotti tendendo essi ad alleviare il senso di fame ed a correggere la stipsi; possono però essere controindicati, insieme ai sali, quando coesistono affezioni cardio-renali;
- 7) volume degli alimenti: si devono evitare gli alimenti concentrati, perchè quelli voluminosi soddisfano in parte la fame e concorrono a mantenere regolare la defecazione; al riguardo rispondono molto bene le insalate ed in genere i vegetali; è conveniente anche che i singoli cibi vengano dati cotti o crudi a seconda che la cottura aumenta o non il loro volume e la loro consistenza, tenendo presente che è preferibile quello stato che richiede una più lunga masticazione, il che concorre a ridurre la fame.
- 8) n. dei pasti: devono essere tre o quattro al giorno allo scopo di non fare insorgere più prepotente la fame.

Come norma generale, soggetta alle debite eccezioni, si può ritenere che una alimentazione di 1000 calorie può essere tollerata a lungo senza inconvenienti.

Un altro elemento fondamentale della cura dell'obesità è costituito dagli esercizi fisici. Molti pazienti per apatia, senso di debolezza o paura del ridicolo sono restii ad intraprenderli ed a continuare con la dovuta regolarità. Essi debbono essere incoraggiati ad aumentare la loro attività. Sono particolarmente raccomandati la danza, il nuoto, le passeggiate. Come ginnastica medica è da consigliarsi soprattutto quella atta a irrobustire i muscoli dell'addome. A misura che i pazienti fanno più esercizi cominciano ad alleggerire i loro abiti i quali tendono a limitare i loro movimenti, e ciò ha anche una benefica influenza sullo stato di salute.

La opoterapia, a differenza della riduzione degli alimenti e degli esercizi fisici, non è senza pericoli. Da ciò la necessità di un accurato controllo. Gli estratti tiroidei che sono i più indicati, non devono essere somministrati se prima non si è praticato un esame del polso della pressione vasale e del metabolismo basale. Tali esami devono essere ripetuti frequentemente nel corso del trattamento. Occorre tener presente che l'opoterapia tiroidea può provocare la tireotossidosi e la fibrillazione auricolare. Gli estratti di altre glandole endocrine devono essere somministrati con maggiore prudenza perchè le loro azioni sono ancora meno note di quelle della tiroide.

I medicamenti che meglio rispondono nel provocare una diminuzione del peso del corpo sono i nitrofenoli e le sostanze affini. Gli effetti di questi corpi furono rilevati in Francia durante la grande guerra negli operai addetti alle fabbriche di alcuni esplosivi, che hanno come prodotto intermedio il dinitrofenolo. Le successive indagini farmacologiche misero in evidenza che questa sostanza può essere somministrata per diminuire il peso del corpo senza danno purchè le dosi siano moderate. Ma ricerche più recenti hanno dimostrato che anche a piccole dosi il dinitrofenolo può dare spiacevoli sorprese.

È stata anche tentata l'asportazione chirurgica di blocchi di tessuto grasso specie al ventre, al petto, alle natiche, perchè in genere la formazione delle cicatrici impedisce la riproduzione del grasso. Ma si tratta di un procedimento per molte ragioni non consigliabile.

I bagni turchi, le fangature, i diuretici (specie quelli a base di mercurio), i purganti sono mezzi sussidiari da praticarsi sotto il controllo medico.

I risultati del trattamento dipendono in gran parte dall'educazione del paziente e dalla diligenza e dalla autorità del medico. Questi deve far presenti i pericoli dell'obesità e spiegare chiaramente il meccanismo di azione delle cure; il paziente deve dare la sua attività cooperazione. In genere gli effetti si verificano in pochi giorni: il peso diminuisce, il paziente si sente più leggero, più libero nei movimenti, respira meglio quando si muove, scompaiono i dolori nelle giunture, i lineamenti si affinano e nella donna possono scomparire gli eventuali disturbi mestruali. Il fatto più caratteristico è che la mentalità dei pazienti si modifica: essi diventano più attivi, s'interessano di più al loro lavoro, alle amicizie, si curano di più della loro persona. Tutto ciò ispira un senso di fiducia nel valore della cura e induce a perseverare nel regime che è stato imposto e che si finisce per osservare con un certo entusiasmo.

Il regime alimentare di mille calorie contro l'obesità.

Il regime di Umber, del valore calorico di circa 1000 calorie, è ormai diventato un regime classico poichè, anche per il numero di calorie che esso fornisce, rappresenta un regime curativo, più o meno temporaneo, da potersi adottare nella maggior parte dei casi.

Accettato dai migliori trattatisti, esso ha in questi ultimi tempi completamente sostituito i vari regimi di Banting-Harvey, di Oertel ecc. Resta però compito esclusivo del medico lo stabilire quando tale regime possa essere applicato, quando interrotto e ripreso, e quali modificazioni vi debbano essere opportunamente introdotte.

Il regime di Umber modificato, che comprende cinque pasti giornalieri (i quali talvolta possono venire ridotti anche a quattro), è basato sulle seguenti norme fondamentali:

- 1° Uso modico della carne;
- 2° Introduzione di una notevole quantità di ortaggi e legumi verdi;
- 3° Aggiunta di una determinata quantità di frutta.

Nel regime di Umber « modificato » che qui riportiamo, trovano posto i prodotti Antobès in modo da conseguire uno schema dietetico in pratica veramente efficace, e più rispondente all'uso italiano:

Mattino: caffè leggero o tè g. 200; latte g. 20; grissini Antobès n. 2; frutta g. 150 (La frutta compresa nella prima colazione viene in genere, nel regime originale, somministrata separatamente nel corso della mattinata).

Mezzogiorno: brodo di carne o di verdura g. 200; pastina Antobès g. 30; verdura o legumi cotti g. 200; frutta g. 80; grissini Antobès n. 3.

Pomeriggio: caffè leggero o tè g. 150; latte g. 20; grissini Antobès n. 3.

Sera: carne variamente preparata g. 100; legumi verdi g. 100; grissini Antobès n. 2.

Prima di coricarsi sono permessi g. 100 di frutta fresca.

La quantità di brodo di carne o di verdura per la minestra non dovrà oltrepassare i 200 g. già indicati; dagli ingredienti dei brodi vegetali si escluderanno le patate.

Qualora al posto della minestra in brodo si voglia somministrare la pasta asciutta (ad es. due volte la settimana nei regimi rigorosi, e più spesso negli altri casi) si potranno usare g. 80-90 di pasta Antobès.

I grassi per tutta la giornata (burro, olio, ecc.) si limiteranno a g. 25 complessivi; lo zucchero nel caffè e nel tè dovrà essere ridotto al minimo o meglio abolito.

Il regime di 1000 calorie potrà, ove nel caso, essere elevato di 100-200-300 calorie, aumentando adeguatamente le razioni dei singoli cibi.

Nel regime di Umber non figura vino; neanche l'acqua dovrà figurarvi in quantità eccessiva perché, secondo Umber, il liquido da ingerire nelle 24 ore non dovrebbe oltrepassare la quantità di un litro e mezzo, compresi caffè e tè.

Generalmente il regime di Umber è prescritto dal medico come « regime di attacco » e per un periodo non più lungo di quattro o cinque settimane.

I successivi aumenti di valore calorico della razione, ai quali abbiamo accennato, dovranno anche essi effettuarsi, sempre a giudizio dello stesso medico, a seconda delle condizioni generali e del peso del soggetto, allo scopo di evitare tra l'altro eccessivi sbalzi nel dimagrimento, che dovrà essere conseguito progressivamente, ma lentamente.

Per dare un esempio di alimentazione di valore calorico più elevato, che si avvicini cioè alle 1500-1600 calorie, riportiamo lo schema di uno dei regimi dimagranti di Von Noorden, modificato con l'inclusione dei prodotti Antobès:

Ore 8: tè o caffè leggero g. 150; latte g. 20; carne magra fredda g. 100; grissini Antobès n. 2.

Ore 10,30: frutta fresca g. 200.

Ore 12,50: brodo di carne g. 200 con pastina Antobès gr. 35; carne magra g. 150; legumi verdi od ortaggi, g. 200; frutta, g. 200.

Ore 17: tè g. 150; uova n. 1; grissini Antobès n. 1.

Ore 20: uova n. 2 (o carne g. 150); legumi verdi cotti g. 200; insalata fresca g. 100 (lattuga, sedani, ecc.); frutta g. 100.

Prima di coricarsi: frutta fresca, g. 100.

La minestra del mezzogiorno potrà, di quando in quando, essere anche sostituita da pasta asciutta preparata con g. 90-100 di pasta Antobès.

I grassi (burro, olio) devono considerarsi (come per il regime di 1000 calorie) nella misura di g. 25 al giorno.

Questo regime di Von Noorden « modificato » contiene circa 120 g. di proteine, 170-180 g. di carboidrati e si aggira intorno al valore calorico di 1500-1600 calorie.

Ben si comprende che, con successive modificazioni di questa dieta, e con gli eventuali ulteriori aumenti di valore calorico; si potrà giungere a regime ridotto che il medico riterrà più adatto per il soggetto come regime abituale di sostentamento, ossia come regime alimentare ordinario.

(Dal manualetto: *Per evitare l'obesità*
del Dott. G. ALBERTI).

Ricerche sull'origine dell'obesità.

Hetenyi ha pubblicato uno studio in proposito che troviamo recensito negli *Annali di medicina legale e coloniale* (1936, vol. II, fasc. III-IV) che merita di esser segnalato.

Dalle ricerche eseguite dall'A. si hanno i seguenti risultati:

1) Dopo 8 giorni di ipocalimentazione nei non obesi la lipemia generalmente rimane invariata; viceversa negli obesi si può constatare un forte abbassamento.

2) L'iperlipemia alimentare negli obesi è poco notevole.

3) L'aumento della lipemia durante la febbre provocata artificialmente è poco rilevante negli obesi.

4) Il riassorbimento del grasso introdotto sotto la cute è negli obesi molto inferiore che nei normali. Gli ammalati di lipodistrofia si comportano, per quanto riguarda la metà inferiore del corpo, come gli obesi; nel resto del corpo come i normali.

Ne segue che negli obesi è impedita la mobilitazione del grasso dai depositi dell'organismo, mentre al contrario è aumentata la capacità di assunzione di tali depositi in riguardo al grasso, circolante. In questo modo si può caratterizzare l'obesità come malattia con anomalia nei depositi e nella mobilitazione del grasso.

Il problema quindi della patogenesi dell'obesità deve essere tolto dal vicolo cieco dei concetti energetici e condotto in un campo in cui per mezzo di ulteriori esperienze vi sia la possibilità di raggiungere la definitiva soluzione del problema.

Risultati lontani della frenicectomia.

Analisi di 129 frenicectomizzati, riveduti dopo 1-6 anni da Courtois e Leclercq.

Paragonando i risultati immediati con quelli lontani, si vede che in complesso questi sono abbastanza favorevoli, nel senso che la maggior parte dei malati partiti in apparente buona salute, si mantengono tali anche dopo anni, mentre in quelli che non hanno potuto conservare il vantaggio primitivo, è stato possibile lottare efficacemente contro le ricadute. Anche per i casi semplicemente migliorati, si è veduto che un certo numero di essi, mediante un opportuno trattamento, hanno potuto mantenersi discretamente ed anche guarire.

Gli AA. insistono, quindi, sull'utilità di una cura sanatoriale rigorosa e prolungata al momento dell'intervento e sulla cura di lavoro per l'apprezzamento dei risultati ottenuti. È indispensabile che per evitare le ricadute, il malato si sorvegli e sia seguito dal medico.

Grande importanza si deve attribuire al carattere evolutivo della lesione. Esso è un fattore sfavorevole per i risultati immediati; ma questo non esclude che quelli lontani possano, sia pure in rari casi, essere abbastanza buoni, nelle forme granuliche, i risultati lontani sono sempre sfavorevoli.

La combinazione con il pneumotorace dà miglioramenti momentanei che però sono poco durevoli o sono seguiti da ricadute, per prevenire le quali i pazienti debbono prendere grandi precauzioni.

(Rec. da *Le Scapel*, 5 dicembre 1936, in *Tubercolosi*, n. 12).

o meno parzialmente ed a livello variabile, le vie motrici piramidali come si verifica nella sclerosi a placche, nella paralisi spinale spastica, nella mielite cronica trasversa e nelle compressioni spinali. Da non confondere collo stato spastico è la contrattura post-emiplegica che predilige alcuni gruppi muscolari, i flessori, e della quale accenneremo in seguito.

Nella deambulazione paretica pura, che si accompagna sempre ad atrofia muscolare, ci si dovrà orientare verso una lesione delle corna anteriori motrici o dei nervi periferici.

Invece nella andatura atassica saranno lese le vie della sensibilità e cioè i cordoni posteriori nella tabe ed i centri cerebellari dell'equilibrio a seconda che si tratti di una atassia spinale o cerebellare.

Accanto a queste forme fondamentali esistono alcune andature speciali che pur avvicinandosi ad una di quelle sopra ricordate, per qualche elemento se ne differenziano, e in tal modo si rendono caratteristiche se non proprio patognomoniche di una determinata malattia. La conoscenza di queste andature è perciò quasi superiore a quella delle precedenti che presentano un significato semeiotico non specifico; invece accertata una andatura speciale significa aver quasi fatto una gnosi. Le ricordiamo schematicamente.

Andatura falciante. — È dovuta allo stato di contrattura secondario post-emiplegica capsulare per cui la gamba è estesa e rigida sulla coscia ed il piede si presenta in posizione varo-equina; è perciò possibile al malato il solo movimento di flessione del femore sul bacino. Per camminare il malato descrive con tutto l'arto esteso un arco di cerchio esterno sfiorando con la punta del piede il suolo. Talvolta l'andatura è a piccoli passi e l'arto malato si posa a fianco di quello sano, mai avanti, toccando la terra dapprima con la punta del piede. Queste due andature sono tipiche dell'emipleggia volgare, la presenza di un lieve deficit del facciale inferiore trasformerà in certezza il dubbio di una pregressa emorragia cerebrale o di una trombosi.

Andatura elissoidale o dragante. — Nel camminare in avanti il soggetto trascina dietro di sé la gamba come un peso morto; il piede striscia ugualmente andando verso i lati, nella emipleggia organica invece il piede striscia solo quando il malato cammina verso il lato sano. Questa andatura patognomonica della paralisi isterica è una forma rara.

Andatura steppante. — Con tale termine preso in prestito dalla scuola di equitazione, s'intende indicare quella andatura paralitica nella quale il malato poggia prima la punta e successivamente il tacco; si verifica nei casi di paralisi dell'Ischiatico popliteo esterno.

Andatura a piccoli passi. — È caratterizzata dallo strisciamento al suolo del piede e si verifica nella paralisi bulbare e pseudobulbare. La parola uniforme e la « facies piagnucolosa » di questi soggetti confermeranno la diagnosi.

Andatura atassico-cerebellare. — Si riscontra nella malattia di Friedreich ed è dovuta alla associazione del quadro sintomatico tabetico e cerebellare; naturalmente questa andatura entra in discussione solo per gli adolescenti e per i giovani.

Andatura parkinsoniana. — È rilevata anche dai profani tanto è caratteristica; il malato cammina col tronco rigido, inclinando in avanti le braccia e con le gambe flesse movendo piccoli passi. Costituisce una varietà della andatura spastica cui si aggiunge il caratteristico fenomeno della propulsione e della retro-pulsione.

Esiste infine l'andatura dei paralitici a tipo demenziale, ma i fatti psichici demenziali coesistenti orientano verso la forma mentale; il passo di tali soggetti ricorda quello di attori che vanno al buio. Questa forma solo eccezionalmente potrebbe capitare in occasione di visita per l'assicurazione vita.

Dott. A. STARNA.

La pagina del Medico fiduciario

L'ANDATURA

Mi dichiarerei soddisfatto e convinto di aver raggiunto lo scopo di queste note se riuscissi a stimolare l'interesse del medico ad osservare con attenzione l'assicurando. Purtroppo oggi, epoca della standardizzazione, lo spirito di osservazione, quello che era l'occhio clinico di 30 anni fa, è in forte ribasso. Anche al letto del malato ci si affanna a praticare le ricerche di laboratorio più svariate quasi che la capacità del medico sia in rapporto col numero delle indagini proposte anzichè alla rapidità della sintesi diagnostica e prognostica le quali rappresentano di fatto le funzioni principali del medico.

Di fronte ad un assicurando che si presenta tra una faccenda e l'altra alla visita per l'assicurazione ed esplicitamente dichiara di essere sanissimo, è troppo forte la tentazione di osservare ancora meno. Errore gravissimo. Non per consigliare della diffidenza fuori posto; ma è evidente che la visita medica ha la sua ragione di essere precisamente nello spirito di osservazione del fiduciario, il quale dovrà afferrare cogli occhi ciò che altrimenti potrebbe sfuggirgli. Teniamo presente che la visita di assicurazione non è un certificato giustificativo che si rilascia all'interessato per compiacenza, ma deve costituire un elemento di garanzia per l'Ente assicuratore.

Nel campo delle malattie nervose, ove il silenzio anamnesticò potrebbe essere molto insidioso per il fiduciario, è bene che questi cerchi di utilizzare quel poco che inavvertitamente può tradire un segno di malattia latente o pregressa; ad esempio l'andatura, la quale all'occhio attento potrà orientare sulla giusta via diagnostica.

Ogni assicurando per venire a farsi visitare dovrà ben camminare e questa è già una fonte non piccola di osservazione; anche i pochi passi che egli deve compiere nella stanza potranno, a chi ben osserva, dire se l'assicurando non presenti qualche deficit nella deambulazione da far sospettare una lesione delle vie nervose.

Non è mio intendimento riferir qui disquisizioni teoriche od anatomo-patologiche; mi limiterò ad appuntare gli elementi essenziali per una diagnosi, al resto provvederà l'esame attento e la cultura del fiduciario nel singolo caso.

Anzitutto l'andatura patologica deve essere distinta in tre grandi gruppi: la paretica, la spastica, e l'atassica.

Chi ha l'andatura paretica tiene i piedi divaricati, colla punta striscia a terra, porta l'addome in avanti, e presenta una conseguente insellatura lombare.

Invece nell'andatura spastica il soggetto cammina lentamente a piccoli passi con l'arto malato rotato in dentro fino a far urtare qualchè volta le ginocchia tra di loro; i piedi tendono ad incrociarsi ed essendo ridotto il sollevamento dell'arto, l'avanzamento è ottenuto con la proiezione in avanti del bacino.

La deambulazione atassica comprende due diverse andature a seconda si tratta di forma spinale o cerebellare. Il tabetico, che è affetto da atassia spinale, cammina vacillando, è incerto nel poggiare il piede; si aiuta con gli occhi e se li chiude tende a cadere. Gli arti si presentano divaricati, alzati eccessivamente e battuti violentemente al suolo, ciò che costituisce i cosiddetti « movimenti di lusso ». Nella atassia cerebellare la deambulazione ricorda quella dell'ubriaco, cioè essa non segue una linea retta ma va a zig-zag; il piede è poco sollevato nè la vista facilita il cammino.

Esiste infine una varietà di andatura che riunisce le caratteristiche dei due primi tipi e costituisce l'andatura paretico-spastica; un tipico esempio si ha nella sclerosi a placche.

Questa classificazione fondamentale corrisponde a lesioni anatomo-patologiche diverse e facilmente individuabili. Così nella andatura spastica sono interrotte più

Morti per tumori maligni, nel 1935 nel Regno, distinti per sede dei tumori.

SEDE DEI TUMORI	Cifre assolute			% del totale				
	1935			1935			1934	1933
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Totale	Totale
Cavità boccale e della faringe.	1.272	260	1.532	7,58	1,42	4,37	3,96	4,06
Tubo digerente e peritoneo.	10.555	8.532	19.087	62,94	46,69	54,46	53,31	53,82
Apparato respiratorio	880	379	1.259	5,25	2,07	3,59	3,45	3,25
Utero	—	3.058	3.058	—	16,73	8,73	8,62	8,64
Altri organi genitali della donna	—	475	475	—	2,60	1,36	1,36	1,31
Mammelle	22	2.356	2.378	0,13	12,89	6,79	6,27	6,35
Organi genito-urinari dell'uomo.	1.373	—	1.373	8,19	—	3,92	3,87	3,57
Pelle	495	457	952	2,95	2,50	2,72	2,45	2,65
Altri organi e organi non specificati	2.173	2.758	4.931	12,96	15,09	14,07	16,69	16,35
<i>Complesso</i>	16.770	18.275	35.045	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

c) **Mortalità femminile per tumori degli organi genitali e delle mammelle, secondo lo stato civile e le età.** — Per la prima volta nelle nostre statistiche sulle cause di morte si sono classificate le femmine morte per i tumori suddetti secondo lo stato civile e l'età (*). Dal prospetto terzo, in cui sono riassunti i dati per grandi gruppi di età, si nota quanto segue:

Mortalità femminile, nell'anno 1935, per tumori degli organi genitali e delle mammelle secondo l'età e lo stato civile.

(Cifre proporzionali a 10.000 femmine della stessa età e stato civile) (*).

Numero dell'elenco nosologico	CAUSE DI MORTE	Stato civile	Gruppi di età				In complesso
			— 25	25-39	40-79	40-00	
48	Tumori maligni dell'utero	Nubili.	—	0,85	3,53	3,56	0,29
		Coniug., ved. e div.	0,04	0,68	4,17	4,15	2,66
		<i>Totale</i>	0,01	0,60	4,09	4,08	1,40
49	Tumori maligni degli altri organi genitali femminili	Nubili.	0,01	0,16	0,86	0,87	0,09
		Coniug., ved. e div.	0,01	0,10	0,56	0,56	0,37
		<i>Totale</i>	0,01	0,12	0,60	0,60	0,22
50	Tumori maligni delle mammelle	Nubili.	—	0,30	5,22	5,47	0,41
		Coniug., ved. e div.	0,01	0,46	2,75	2,86	1,83
		<i>Totale</i>	—	0,41	3,05	3,17	1,08
54a	Tumori non maligni degli organi genitali femminili	Nubili.	0,01	0,34	1,50	1,53	0,15
		Coniug., ved. e div.	0,07	0,29	0,75	0,76	0,55
		<i>Totale</i>	0,01	0,30	0,84	0,85	0,34
55a	Tumori degli organi genitali femminili il cui carattere maligno non è specificato	Nubili.	—	0,01	0,01	0,01	—
		Coniug., ved. e div.	—	0,02	0,02	0,02	0,02
		<i>Totale</i>	—	0,01	0,02	0,02	0,01
	<i>Totale</i>	Nubili.	0,03	1,14	11,13	11,14	0,94
		Coniug., ved. e div.	0,13	1,55	8,25	8,35	5,43
		<i>Totale</i>	0,04	1,45	8,59	8,72	3,04

(*) La popolazione femminile, calcolata a metà dell'anno 1935, è stata suddivisa per gruppi di età e stato civile nelle stesse proporzioni della popolazione femminile censita il 21 aprile 1931.

Dai Libri e dai Periodici**Mortalità per tumori maligni.**(Da *Notiziario Demografico*, N. 1, 10 gennaio 1937-XV).

a) **Nei compartimenti e nel Regno.** — La mortalità per tumori maligni nel Regno, nel 1935, fu di circa 5 punti superiore a quella del 1933 e di poco più di un punto a quella del 1934. Il numero dei morti fu di 30.045. La mortalità nelle femmine è più alta che nei maschi di poco più di tre punti: questo, però, non si riscontra in tutti i Compartimenti: nella Lombardia, nella Venezia Tridentina, nel Veneto, nell'Emilia, nella Toscana e nelle Marche la mortalità nelle donne è inferiore a quella degli uomini e non è facile presumerne le cause, perchè non sembra che sussistano, nel nostro caso, le ragioni che sono state invocate per spiegare queste differenze, come, ad esempio, una assistenza medica più completa, per la quale verrebbero accertati con maggior frequenza i tumori maligni degli organi interni dell'uomo, di più difficile diagnosi, là ove si disponga di mezzi adatti. La mortalità per ambedue i sessi nei diversi Compartimenti oscilla fra un massimo di 129,40 nella Venezia Tridentina (cui segue la Toscana con 129,31) ed un minimo di 34,79 nelle Calabrie: la differenza veramente notevole di oltre 90 punti, non si ritiene possa attribuirsi esclusivamente a difetto di accertamento diagnostico.

Morti per tumori maligni, nel 1935, distinti per compartimenti.

(Cifre assolute e relative).

COMPARTIMENTI	1935					
	Cifre assolute			Cifre proporz. a 100.000 ab. (*)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	1.742	2.207	3.949	100,86	122,84	112,07
Liguria	787	898	1.685	106,71	118,56	112,72
Lombardia	3.263	3.127	6.390	117,57	106,56	111,91
Venezia Tridentina	476	395	871	143,33	115,83	129,40
Veneto	1.868	1.727	3.595	91,45	79,04	85,03
Venezia Giulia e Zara	437	528	965	86,36	105,53	95,89
Emilia	1.962	1.843	3.805	119,85	110,91	115,35
Toscana	1.954	1.862	3.816	134,73	124,07	129,31
Marche	510	518	1.028	84,05	79,84	81,87
Umbria	227	255	482	62,94	71,53	67,21
Lazio	928	1.114	2.042	70,83	84,65	77,76
Abruzzi e Molise	365	423	788	49,24	51,10	50,22
Campania	562	929	1.491	31,39	48,58	40,27
Puglie	452	615	1.067	34,96	45,79	40,48
Lucania	80	115	195	30,73	41,30	36,19
Calabria	239	381	620	24,81	40,51	34,79
Sicilia	716	1.063	1.779	35,69	51,50	43,70
Sardegna	202	275	477	39,04	53,24	46,13
1935 Regno	16.770	18.275	35.045	80,10	83,52	81,85
1934 »	16.365	17.863	34.228	78,90	82,40	80,60
1933 »	15.509	16.847	32.356	75,50	78,47	71,98

(*) Si è supposto che il rapporto dei sessi sia quello della popolazione censita nel 1931.

b) **Morti per tumori maligni secondo la sede.** — Per ambo i sessi, nel 1935, il massimo numero di morti, oltre il 50%, è causato dai tumori maligni del tubo digerente e peritoneo. Noto è anche il numero dei maschi morti per tumori degli organi genito-urinari e della cavità boccale e della faringe, e delle femmine morte per tumori dell'utero e delle mammelle.

La mortalità per tumori di ogni sede e natura, se non si tiene conto dell'età, appare più alta nel gruppo delle coniugate, vedove e divorziate che non in quello delle nubili: ma se si esaminano i quozienti per grandi classi di età, questa prevalenza si nota solo per la mortalità nel gruppo delle coniugate a meno di 25 anni e da 25 a 39 anni.

I tumori che danno la massima mortalità nelle donne di ogni età e stato civile sono quelli maligni dell'utero. Per le coniugate, in ogni gruppo di età, essi raggiungono i massimi valori, salvo un'eccezione per la classe da 0 a 25 anni in cui il quoziente maggiore è dato dai tumori non maligni degli organi genitali femminili.

Al contrario, per i tumori maligni degli altri organi genitali femminili, si ha nelle nubili, rispetto alle coniugate, vedove e divorziate, una maggiore mortalità, in tutti i gruppi di età considerati.

Analogo andamento, se si eccettua la classe da 0 a 25 anni, si ripete per i tumori non maligni degli organi genitali femminili.

Per i tumori maligni delle mammelle, invece, si ha una mortalità minore nelle nubili, nei gruppi di età meno di 25 e da 25 a 39 anni, mentre nei gruppi 40-79 o 40-∞ la mortalità nelle nubili è circa il doppio di quella delle coniugate, vedove e divorziate.

Per i tumori degli organi genitali della donna, il cui carattere maligno non è specificato, si nota, in ciascun gruppo di età, una maggiore mortalità delle coniugate, ma è da osservare che i casi rilevati sono 19 soltanto.

Il decorso della mortalità per cancro in Europa (dalla *Zeitschrift für Krebsforschung*, Vienna, 1937) - Dr. ERNST FÜRTH.

Nella seduta del 26 novembre 1936 il II Congresso Internazionale per gli Studi sul Cancro constatò la necessità di sviluppare maggiormente gli studi statistici a questo riguardo.

L'A. fa notare che i rapporti pervenuti dalle varie parti d'Europa lasciano molto a desiderare, poichè nei certificati di morte d'individui d'età avanzata spesso la vera causa del decesso è espressa con notizie generiche come debolezza senile ecc.

In linea di massima si può ritenere tuttavia che la mortalità per cancro, specie in questi ultimi anni, è in discreto aumento. I rilievi statistici dal 1927 al 1934 in Danimarca, in Germania, in Gran Bretagna, in Italia, nel Lussemburgo, nei Paesi Bassi, nell'Irlanda del Nord, in Austria, nella Svizzera e nella Cecoslovacchia confermano pienamente un progressivo aumento di mortalità per forme neoplastiche. Lo stesso può dirsi del Belgio, dell'Estonia, della Finlandia, della Francia, della Grecia, della Norvegia, della Svezia, della Spagna e dell'Ungheria nel periodo 1927-33, del Portogallo nel 1929-33, e della Rumenia nel 1930-33.

Il Fürth fa osservare che la mortalità per cancro è di gran lunga maggiore dopo il 45° anno tanto nei maschi che nelle femine e che bisogna tener conto del perfezionamento raggiunto mercè i moderni mezzi d'indagine nella diagnosi delle forme neoplastiche.

In questi ultimi tempi un relativo aumento di mortalità per cancro è stato anche constatato negli individui al di sotto dei 45 anni e più specialmente nei maschi. In Germania ad esempio la mortalità per forme cancerigene nel periodo 1932-34 è aumentata dell'8,86% nei maschi, mentre nelle donne solo del 2,51%, pare per una più probabile guarigione delle forme neoplastiche degli organi genitali femminili.

Il Fürth riferisce che in alcuni Paesi i decessi

par cancro raggiungono un settimo e talora un sesto della mortalità generale.

L'A. conclude infine che negli ultimi otto anni si è potuto constatare un sensibile aumento di mortalità per cancro, il quale si sarebbe maggiormente manifestato se si fossero trascurati i mezzi d'indagine oggi adoperati per una diagnosi precoce delle forme neoplastiche.

Cifre della morte e cifre della vita.

Nel n. 1 del c. a. di « Difesa sociale » leggiamo un articolo del Prof. Niceforo con questo titolo. È una interessante visione panoramica di statistica sanitaria in cui sono esposti i più recenti criteri e metodi applicati alla vita umana dagli attuari soprattutto americani.

L'A. ricorda anzitutto che se fino a qualche anno fa si potevano seguire le variazioni demografiche con il tasso generico dei componenti senza preoccuparsi della variazione dei gruppi di età che la compongono oggi tale metodo va sostituito con altro più esatto e rispondente alla situazione di fatto. Si è perciò introdotto il tasso standardizzato il quale mantiene i suoi confronti sempre in rapporto ad una popolazione tipo. Così con tale tasso ed avendo per popolazione-tipo quella inglese 1901, la mortalità si dispone in ordine decrescente per 1000 abitanti da 24 morti in India Inglese ad 8 (Svezia, Olanda, Norvegia); l'Italia presenta la mortalità di 12 avendo calcolato i morti del 1930-1932.

In base ad alcuni dati di Dublin e Lotka sappiamo che la lunghezza della vita, cioè la vita media o aspettazione di vita, alla nascita varia notevolmente secondo i paesi, le regioni e il sesso. Così negli Stati Uniti chi nasce oggi se è uomo ha una vita media di 60 anni, se è donna la vita raggiunge i 63; in Italia colui che nasceva nel 1881 aveva una vita media di 35 anni, colui che è venuto al mondo nel 1931 può attendersi una vita di 50 anni; i nati del 1930-1932 vedono la loro speranza di vita portata a 55 anni e tutto fa ritenere che i nascituri saranno anche più fortunati.

Anche le probabilità di morire per una certa causa di morte nel resto della vita variano secondo l'età; così a 10 anni un italiano nel 1928 aveva una probabilità di 0,0601 di morire per cancro ed una di 0,1245 di morire per tubercolosi; ma a 40 anni le probabilità si capovolgono e mentre quella di morire per tubercolosi scende a 0,0504 quella del cancro aumenta a 0,0710. In America oggi un bambino che nasce ha più probabilità di morire per cancro (90‰) che per tubercolosi (40‰).

A proposito del cancro e della tubercolosi Niceforo, riconosciuto il reale incremento della mortalità del cancro, avanza l'ipotesi che la diminuita mortalità infantile ha diminuito il processo selettivo dei nati; come pure la diminuita mortalità per tubercolosi riducendo la selezione delle età giovanili permetterebbe una più larga diffusione dei processi di senescenza nella età matura e quindi predisporrebbero al cancro. Dissentiamo dall'illustre Professore di Statistica di Roma circa tale possibilità; i cancerosi se hanno una caratteristica costituzionale è quella di essere quasi sempre robusti, né la storia di tali soggetti è ricca di malattie pregresse (tranne la sifilide) ed il blastoma insorge in modo subdolo in completo benessere.

Giustamente l'A. ritiene che per seguire l'andamento di una causa specifica di morte non basta seguire il tasso generico ma occorre tener conto della composizione dei gruppi di età cioè è bene stabilire il tasso standardizzato. Efficace a scopo divulgativo è il riportare la somma del numero degli anni di vita di una generazione di 100.000 nati anziché di uno, le variazioni si rendono più evidenti e dimostrative. I progressi dell'igiene della civiltà permettono una sopravvivenza molto maggiore che in parte attenua la piaga della denatalità; così in Italia 100.000 nati maschi nel 1881 davano solo 56.000 sopravvissuti iscritti alla leva a 20 anni; nel 1921 tale cifra sale a 74.000 e nel 1930 raggiunge i 79.000.

Dopo aver illustrato l'andamento dell'età media alla morte nell'ultimo cinquantennio, l'A. passa ad esporre le probabilità di morte dei celibi e dei coniugati mettendo in rilievo le migliori condizioni di sopravvivenza di questi ultimi dal punto di vista statistico. Quale ne è la causa? Certamente l'ambiente più tranquillo della famiglia contribuisce ad una sopravvivenza più lunga ma non vi è dubbio che gli ammogliati, come osservò Spencer, siano o almeno si sentano selezionati. Si possono così stabilire degli interessanti confronti tra i due stati civili che riferiamo da Niceforo.

Le probabilità di morte di un celibe di 25 anni sono uguali a quelle di un coniugato di 37 anni, le probabilità di morte di un celibe di 35 anni sono pressoché uguali a quelle di un coniugato di 48 anni e le probabilità di morte di un celibe di 55 anni sono uguali a quelle di un coniugato di 61 anni.

Da ciò si conclude che le statistiche, sebbene siano basate sulla matematica, offrono interessanti raffronti, piacevoli ed interessanti anche per il profano che ha sempre odiato la scienza esatta.

St.

L'inquinamento dell'aria nelle città.

Negli «Annali d'Igiene» del gennaio corrente troviamo riassunto un articolo di Supple, direttore dell'Istituto d'Igiene di Dresda, riassunto che riportiamo nella parte più interessante.

Come elemento respiratorio l'aria della città è di sicuro resa impura da prodotti gassosi dalle più svariate industrie, ed oggi, col largo uso dei motori a scoppio nei mezzi di locomozione, anche dai prodotti della incompleta combustione dei carburanti (ossido di carbonio, anidride solforosa, idrocarburi diversi, acroleina, aldeidi, pirroli, ecc.), in parte velenosi. Ma la massa di tali elementi di corruzione così prodotta, diluita nella immensa massa d'aria circolante, perde ogni possibilità di nuocere: in Germania fino ad ora nell'aria delle strade urbane non è stato mai trovato l'ossido di carbonio in qualità tale da riuscire comunque nocivo. È certo però che come mezzo in cui si vive, un'aria così corrotta, soprattutto così carica di cattivi odori, più che di prodotti tossici, turba lo stato psichico di chi vi deve essere quotidianamente soggetto e conduce per via indiretta a sgoigliatezza, senso di malessere, inappetenza, mali di testa, ecc.

Lo stesso è della polvere; la polvere delle strade non è, come nocività diretta, tale da potersi paragonare a quella di certe particolari industrie, e anche si volessero mettere a suo carico raffreddori o affezioni catarrali delle prime vie respiratorie, in ragione di una certa maggiore frequenza nei mesi autunnali e primaverili, che sono quelle nei quali più intenso sarebbe l'arricchimento d'aria che si respira in polvere stradale, certo assai più da considerare e da temere sono le conseguenze della invasione delle abitazioni da parte della polvere stradale, il sudiciume che essa vi determina e la necessità che si crea di chiudere le finestre, per difendersene, ciò che determina una certa difficoltà di ricambio dell'aria confinata nelle abitazioni.

Maggiore considerazione deve essere data invece all'aria come medium di vita e come tale partecipe dei fattori climatici del centro urbano in cui si vive. Da questo punto di vista, vuole esser tenuto presente come l'addensamento dei fabbricati cittadini sia un ostacolo notevole all'attivo movimento delle correnti atmosferiche, e con ciò all'asporto di calore dalla superficie del corpo umano, per il quale è motivo di benessere il mantenimento di uno stato di equilibrio fra calore prodotto e calore irradiato. Lo stesso addensamento in periodi stagionali caldi dell'anno, è causa di peggioramento delle condizioni climatiche locali, in quanto con l'irradiazione del calore assorbito durante le ore di insolazione diretta da parte dei muri di perimetro dei fabbricati, viene ad esser protratta l'azione deprimente dell'afa diurna quotidiana, azione che potrebbe subire una diminuzione di efficacia per opera del vento se l'altezza e la frequenza dei fabbricati non fossero causa, dalla periferia al centro di progressiva e crescente diminuzione della velocità di esso.

Nelle città poi soggette alla calamità della nebbia, la polvere stradale e le particelle carboniose della fuliggine portano nell'aria una enorme ricchezza di nuclei di condensazione dell'umidità, il che rende le nebbie più frequenti, più dense e più stabili, con una conseguente minorazione della efficacia e della durata oraria dell'insolazione, efficacia alla quale si ricollegano innumerevoli effetti benefici sul corpo umano, sia fisici che psichici.

L'aria libera dei campi, della montagna, del mare manca di tali tare, ed è in considerazione di questa differenza che il paragone fra essa e l'aria delle città vuole essere istituito per stabilire e giustificare le ragioni di preferenza dell'una sull'altra.

L'A. stando in tale ordine di idee, considera il buon lastricato stradale e le aree coperte a giardino nell'interno degli aggregati urbani come mezzi atti a migliorare l'igiene della città, in vista della diminuita produzione di polvere riguarda altresì le striscie di verde che irradiano dalla città verso i campi dei dintorni, più che come mezzi atti a fissare anidride carbonica e ad arricchire l'aria urbana di ossigeno, come vie efficaci di movimento dell'aria e di rinnovamento di essa nell'interno della zona coperta dalle abitazioni.

St.

L'ipertensione arteriosa maligna.

Leggiamo sul n. 20 c. a. della « Presse Médicale » un lavoro critico dei Proff. Riser, Couadau, Planques e Valdiguie che tratta di questo argomento.

Dopo aver ricordato che nel 1928 gli AA. americani Keith, Wagener e Kernan descrissero 81 casi di una ipertensione maligna arteriosa che preferiva i giovani e rapidamente conduceva a morte, fanno il confronto con la sclerosi maligna di Volhard nelle due concezioni patogenetiche. L'ipertensione maligna si distingue da quella benigna per la sua marcia progressiva e rapida verso la morte; si differenzia poi dalla glomerulonefrite cronica perché a differenza di questa la malattia è inizialmente a carico delle arterie e successivamente solo a carico del rene. È poi difficile se non impossibile differenziare una papillo-retinite dalla malattia ipertensiva da quella della sclerosi maligna pur riconoscendosi che tale lesione oculare è più legata all'ipertensione che ad una insufficienza renale. Gli AA. surriteriti ritengono che le concezioni di Wagener e di Volhard corrispondano ad una stessa sindrome anatomo clinica.

A base di essa vi è un'arteriosclerosi subacuta, primitiva, diffusa a tutto il sistema vascolare ed accompagnata da lesioni periferiche oculari ed ipertensione. I disturbi cardiaci, cerebrali, oculari, renali prevalgono rapidamente ed evolvono verso la morte in pochi anni. Questo sarebbe il quadro dell'ipertensione maligna o della sclerosi maligna che è stato creato come entità a sé in questi ultimi anni.

Ma Riser, Couadau e Planques non ritengono

vi siano elementi sufficienti per farne una forma clinica a sé. Questa infatti non si può differenziare dalla ipertensione benigna che bruscamente può divenire maligna. Né vi è differenza fondamentale tra l'ipertensione maligna e la glomerulonefrite cronica, i disturbi dei vasi retinici non devono essere divisi in modo completo da quelli che sono descritti da Wagener a quelli di Volhard.

In definitiva l'ipertensione maligna è più che una forma clinica, una sindrome maligna della malattia ipertensiva abituale che sebbene latente e tollerata comporta numerosi fattori di malignità, specialmente cerebro-oculo-renale.

St.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

Dott. C. Casu — *L'autoematoterapia nell'ipertensione da menopausa* — Estr. dal « *Monitore Ostetrico-Ginecologico* », vol. VII, fasc. VI, 1936.

L'A., ha studiato, in una serie di casi, l'influenza della autoematoterapia nelle sindromi ipertensive del climaterio e conclude per un manifesto vantaggio, sempre temporaneo, delle iniezioni di auto-sangue.

Dott. G. Casu — *I traumi nella eziogenesi delle cardiopatie. Insufficienza mitralica in cuore sforzato* — Estr. da « *Nella Libertà la Scienza* », NN. 19 e 22, 1936.

L'A., riferisce un caso clinico nel quale le indagini fatte, si prestano a convalidare l'ipotesi che il lavoro faticoso e lo sforzo lavorativo possono provocare una malattia di cuore.

Dott. G. Scotti — *Dell'associazione cancro-tuberculosis* — Estr. da « *Pathologica* », vol. XXVII, N. 527, 1935.

L'A., dopo aver portato un contributo di ricerche su soggetti mediante reazioni alla tubercolina, si dichiara propenso a credere in una dissociazione di comportamento fra le due forme, su base « costituzione individuale ».

Dott. V. Montesano — *Le dermatosi invisibili* — Estr. da « *L'Attualità Medica* », anno I, N. 11, 1936.

L'A. illustra molte dermatosi che si svolgono in silenzio clinico e ricorda come possono venire individuate mediante la diascopia, la capillaroscopia, gli esami istologici ecc.

G. C. Mosconi — *Episodi della Conquista Imperiale. Le gesta della Colonna Agostini* — Estratto da « *Realtà* », 1936.

L'A. descrive alcuni episodi della valorosa marcia della « Colonna Agostini » nella guerra Etiopica.

Prof. G. Greppi — *Note di terapia alimentare, farmacologica, idrotermale in tema di ipertensione ed arteriosclerosi* — Estr. dal « *Policlinico* », 1937.
L'A. fa una larga esposizione del regime, della

terapia alimentare medicamentosa, farmacodinamica, e chirurgica negli ipertesi e negli arteriosclerotici.

Dott. C. Scotti — *Contributo allo studio della rachianestesia* — Estr. da «La Riforma Medica», N. 18, 1931.

L'A. riferisce che la tutocaina nella rachianestesia ha un potere anestetico quasi doppio e azione tossica minore alla scurocaina e novocaina.

Dott. C. Scotti — *Esostosi multiple da crescita* — Estr. da «La Medicina Italiana», N. 12, 1931.

L'A. illustra tre casi di esostosi multiple della crescita e ritiene che in questi è utile ricercare attentamente soprattutto l'ipertimismo e l'ipogenitalismo.

Dott. C. Scotti — *Il valore prognostico del riflesso oculo-cardiaco (R.O.C.) nella tubercolosi* — Estr. da «La Riforma Medica», N. 47, 1931.

L'A. presenta i risultati ottenuti in 47 tubercolotici, nei quali ha esaminato il R.O.C. L'assenza di questo sintomo in 31 casi, dimostrerebbe l'alta tossiemia dei tubercolotici e farebbe propendere per una prognosi infausta.

Dott. T. Muzzarini — *Rassegna dei Libri e delle Riviste* — Estr. da «Assicurazioni», N. 3, 1936.

Prof. G. Caso — *I traumi nella patogenesi del diabete* — Estr. da «Folia Medica», N. 23, 1936.

L'A. descritto un caso di diabete traumatico, dalle prove eseguite e dalla valutazione delle modalità traumatiche, conclude che il trauma provoca una glicosuria estrainsulare anziché un vero diabete pancreatico, tranne che per i traumi diretti in seguito ai quali si istituiscono lesioni istologiche che distruggono il tessuto insulare specifico.

Prof. E. Liverani e Dott. N. Magno — *Le bronchiectasie dei lobi superiori* — Estr. da «Minerva Medica», 1937.

Presentati numerosi casi di bronchiectasie dei lobi superiori gli A.A. ne discutono le ragioni della loro scarsa frequenza, in gran parte dovuta alle condizioni anatomiche delle zone alte ed in parte mascherata dalla modesta sintomatologia clinica ed alle maggiori difficoltà diagnostiche che il metodo broncografico presenta in tali casi.

Consigli pratici — Supplemento agricolo del 14 aprile 1937 della Rivista «Il villaggio e i campi».

In poche pagine è riuscito un notevole materiale di cognizioni utili agricole che vanno dalla potatura alla semina; dal bestiame ai più frequenti problemi vinicoli.

Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari.

Ad Ivrea (Aosta) il Dr. Avetta Stefano.

A Salvirola (Cremona) il Dr. Segatelli Giuseppe.

A S. Pietro Vernotico (Brindisi) il Dr. Serinelli Raffaele.

A Govone (Cuneo) il Dr. Mello Stefano.

A Marcatelli (Terni) il Dr. Papale Girolamo.

A Trentinara (Salerno) il Dr. Vernaglia Luigi.

A Simbario (Catanzaro) il Dr. Romano Domenico.

Ad Isola del Gran Sasso (Teramo) il Dr. Tarquini Armando.

A Perito (Salerno) il Dr. Canfora Ferdinando.

Ad Agnone (Campobasso) il Dr. Apollonio Alessandro.

A Ferrara il Dr. Schiavo Francesco.

A Messina il Prof. Magaudo Paolo.

A Roma il Prof. **Beno Cicaterri**, nostro Consulente di Direzione dal 1930, dopo essere stato per lunghi anni fiduciario dell'I. N. A. Docente nella R. Università veniva dagli Ospedali Riuniti di Roma, ove fu Assistente ed Aiuto-medico apprezzato; per bontà, per cultura, per esperienza professionale era tra i migliori dei nostri.

La sua improvvisa dipartita sarà a lungo ricordata dai colleghi tutti che ne conobbero e ne apprezzarono le alte doti di mente e di cuore.

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.

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

per dimostrare la sua sollecitudine verso la grande famiglia dei suoi fedeli assicurati, ha concretato a loro favore sensibili agevolazioni, che consentono di partecipare a

CROCIERE E VIAGGI

anche con spesa modesta, sui più affascinanti itinerari. In ciò l'Istituto segue le sagge direttive del Regime, che di anno in anno sviluppano la tendenza degli italiani a passare le vacanze in Crociera, visitando soprattutto città e paesi d'Europa, dalla Sicilia alla Scandinavia. Ne trae vantaggio la cultura dei giovani, lo svago delle famiglie, la salute di tutti.

Per il 1937 l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni mette a disposizione degli assicurati, a speciali condizioni loro riservate, un attraente Calendario Turistico, la cui organizzazione completa è affidata ad un Ente che gode meritata riputazione di serietà e di capacità:

“TURISANDA,, S. A. - Istituto Italiano Turismo e Propaganda

Dall'elenco e dalle note che seguono, gli assicurati potranno trarre la loro scelta:

CALENDARIO TURISTICO

Aprile - Maggio: Crociera a Tripoli;

Maggio - Giugno: Treno speciale a Parigi per l'Esposizione

Luglio: Viaggio in autopullman in Svizzera;

Luglio - Agosto: Crociera nell'America del Nord;

Luglio - Agosto: Crociera nell'America del Sud;

Luglio - Agosto: Crociera nelle Indie Olandesi;

Ferragosto: Crociera Mediterranea a carattere economico;

Settembre: Treno speciale a Parigi a carattere economico;

Settembre: Viaggio in autopullman in Francia, Inghilterra, Belgio, Olanda e Svizzera;

Dicembre: Crociera all'Isola del Sole (Sicilia).

Agli assicurati in regola con i pagamenti che intendano partecipare a crociere o viaggi indicati nel Calendario è concesso

il 10⁰/₀ di sconto sulle quote di partecipazione

Alle famiglie degli assicurati stessi (moglie e figli minorenni) è concesso

il 5⁰/₀ di sconto sulle quote di partecipazione

Sono esclusi dalle riduzioni i supplementi dichiarati nel programma (gite facoltative ecc.).

Quando un assicurato abbia scelto nel Calendario l'iniziativa di suo gradimento, potrà senz'altro richiederne il programma particolareggiato e descrittivo all'Agente Generale dell'Istituto nella sua provincia, che gli rilascerà anche il modulo prescritto per effettuare l'iscrizione.

La massima garanzia dell'ottima trattamento riservato agli assicurati durante i viaggi o le crociere è data non soltanto dalla serietà della Società organizzatrice, ma anche dalla circostanza che

UN INCARICATO DI FIDUCIA

dell'Istituto parteciperà a ciascun viaggio e crociera per accertarsi che l'organizzazione si sviluppi regolarmente e con piena soddisfazione degli assicurati stessi.

I posti per ogni viaggio e crociera riservati agli assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni sono limitati e vengono assegnati da «Turisanda» per ordine di priorità: è quindi consigliabile agli assicurati di chiedere con sollecitudine l'iscrizione.

Per notizie particolareggiate agli assicurati possono senz'altro rivolgersi alle Agenzie Generali dell'Istituto od anche alle sedi o agli uffici di «Turisanda» quando desiderino informazioni supplementari a quelle contenute negli stampati in distribuzione.

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni vi prega di accogliere con benevolenza ed ascoltare con attenzione i suoi agenti produttori. Non ve ne pentirete.

Un grande beneficio agli Assicurati dell'Istituto Nazionale Assicurazioni

La partecipazione agli utili dell'Azienda

La partecipazione agli utili d'esercizio deliberata spontaneamente a favore degli assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni a partire dal 1930 e destinata al graduale aumento dei capitali fissati nelle singole polizze (escluse le vecchie miste-prestito, le temporanee quinquennali, le rendite immediate e i contratti ridotti) ha avuto nei primi sei esercizi la seguente applicazione:

nell'esercizio 1930 il 3 per mille dei capitali assicurati

>	1931	>	3 ¹ / ₂	>	>	>
>	1932	>	4	>	>	>
>	1933	>	4 ¹ / ₂	>	>	>
>	1934	>	5	>	>	>
>	1935	>	5	>	>	>

In conseguenza dell'assegnazione di tali percentuali di utili, le somme accantonate dall'Istituto nel breve periodo di sei anni per l'aumento *gratuito* dei capitali portati dalle polizze dei suoi fedeli assicurati ammontano a complessive: L. 115 milioni.

La qual cifra è una convincente espressione della potenza finanziaria del grande Ente di Stato.

L'Istituto, dopo questa prima esperienza, mosso dal desiderio di dare al provvedimento un effetto tangibile anno per anno, ha deliberato nell'adunanza del 16 giugno 1936 del suo Consiglio di Amministrazione, che ai *nuovi* contratti di assicurazione in forma ordinaria e a premio annuo che saranno emessi d'ora in avanti, la partecipazione agli utili verrà riconosciuta con effetto immediato, e sarà calcolata sotto forma di percentuale del premio.

L'importante provvedimento su accennato rappresenta una nuova prova del fermo proposito dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni di rendere sempre più saldi, continuativi e proficui i suoi rapporti con i previdenti, che ad esso affidano i propri risparmi.

Presentate ai vostri amici l'agente produttore dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni che vi ha servito bene