

L'ASSISTENZA

SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno VI
Numero 4
15 agosto
1937 - XV

Spedizione in abbonamento postale - Roma

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 del pagamento dei premi riferentisi alla parte della somma assicurata che rimane in vigore;

4) abolizione del costo della polizza.

Soltanto un Ente di Stato, come l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, che dispone di una potenza finanziaria granitica, che non ha interessi particolari da servire e che ha dal Regime il compito specifico di diffondere la previdenza assicurativa in mezzo al popolo italiano, solo un colosso 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, e accompagnano l'opera di diffusione della Polizza XXI Aprile con la loro collaborazione diretta e quotidiana.

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:

- BELLUNO** - presso l'Agenzia Generale - Via Garibaldi, 1
BERGAMO - presso l'Agenzia Generale - Via C. Camozzi, n. 33.
BRESCIA - presso l'Agenzia Generale - Piazza Vittoria, Pal. I. N. A.
BRESSANONE - presso l'Agenzia Generale - Via XXX Ottobre, Palazzo I. N. A.
FIUME - presso l'Agenzia locale.
PIACENZA - presso l'Agenzia Generale - Piazza Cavalli.
SIRACUSA - presso l'Agenzia Generale - Via dei Mille.
VICENZA - presso l'Agenzia Generale - Piazzale Roma, 4.
ZARA - presso l'Agenzia locale

ove è istituito

- a) *Consultorio di Igiene*
- b) *Consultorio di medicina preventiva*
- c) *Visite consultive per la idoneità alla vita coloniale*
- d) *Prelevamento di campioni per gli esami di laboratorio*
- e) *Misurazione della pressione arteriosa*
- f) *Controllo del peso e dell'altezza*
- g) *Informazioni circa le provvidenze sanitarie a favore degli assicurati*

**Facilitazioni presso gli Stabilimenti Termali
di Acquasanta (Ascoli Piceno)**

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) *Consultorio per gli organi dell'udito, della gola e del naso.*
- F) *Gabinetto per cure odontoiatriche.*
- G) *Consultorio gratuito d'igiene.*
- H) *Prestiti senza interessi per operazioni chirurgiche.*
- I) *Facilitazioni presso medici specialisti per cure oculistiche, otorinolaringoiatriche ed odontoiatriche.*
- L) *Facilitazioni presso Ospedali e Case di Cura.*
- M) *Facilitazioni presso Sanatori, Convalescenziari e Consultori Materni.*
- N) *Facilitazioni per cure termali.*
- O) *Pubblicazioni di medicina preventiva.*

A) *Visite mediche periodiche gratuite.*

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.

Per tutti indistintamente gli assicurati funzionano i Consultori di medicina preventiva in:

Ancona, presso il *Centro di Assistenza Sanitaria*, Corso Mazzini, 13, tutti i giorni.

Bolzano, presso il *Centro di Assistenza Sanitaria*, Via Rosmini, 20, tutti i giorni.

Trento, Via Belenzani, 14, primo e quarto lunedì del mese.

Belluno, presso l'Agenzia Generale, il secondo sabato del mese.

Fiume, presso l'Agenzia Generale, il quarto martedì del mese.

Cagliari, presso il *Centro di Assistenza Sanitaria*, Via Roma, 13, tutti i giorni.

Messina, presso il *Centro di Assistenza Sanitaria*, Via C. Colombo, 40, tutti i giorni.

Agrigento, Via Roma, 291, primo mercoledì del mese.

Catania, Via A. Mussolini, 16, tutti i sabati.

Catanzaro, Scesa Leone, secondo martedì del mese, ore 15-17.

Cosenza, Corso Mazzini, secondo martedì del mese, ore 9-11.

Palermo, Via Maqueda, 200, primo lunedì del mese.

Ragusa, Via M. Coffa, 12, primo venerdì del mese.

Reggio Calabria, Corso Garibaldi, secondo e quarto mercoledì del mese.

Rovereto, presso l'Agenzia principale, terzo lunedì del mese nel pomeriggio.

Trapani, Via Torrearsa, primo martedì del mese.

Milano, presso il *Centro di Assistenza Sanitaria*, Piazza Diaz, 6, tutti i giorni.

Vicenza, presso l'Agenzia Generale, Piazzale Roma, 4, terzo venerdì di ogni mese.

Padova, presso il *Centro di Assistenza Sanitaria*, P. Spalato, 1, tutti i giorni.

Cremona, presso l'Agenzia Generale, il primo e terzo martedì del mese.

Trieste, Via Carducci, 2, primo martedì del mese.

Treviso, Via Vittorio Emanuele, 29, terzo martedì del mese.

Verona, Via Anfiteatro, 10, secondo martedì del mese.

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

Roma, Via Tritone, 142, tutti i giorni.

Terni, Corso Tacito, primo e terzo giovedì del mese.

Viterbo, presso l'Agenzia Generale, il primo ed il terzo sabato del mese.

Torino, presso il *Centro di Assistenza Sanitaria*, tutti i giorni.

Alessandria, Via Roma, 14, secondo e quarto lunedì del mese.

Asti, Piazza Medici, 16, primo e terzo mercoledì del mese.

Nei Consultori di medicina preventiva si praticano:

a) visite mediche per il collaudo periodico della salute di tutti gli assicurati che non hanno diritto al buono di cui sopra;

B) Visite gratuite per la idoneità alla vita coloniale.

c) prelevamento di campioni per gli esami di laboratorio.

d) misurazione delle pressione arterie;

e) controllo del peso e dell'altezza;

C) Ricerche cliniche ed esami di laboratorio gratuite.

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;

h) Esame del sangue: per la reazione di Meinicke;

i) Elettrocardiogramma;

l) Misurazione della pressione arteriosa;

m) Teleradiografia del torace;

n) Controllo del peso e dell'altezza.

Tali esami vengono eseguiti gratuitamente presso i seguenti Centri Sanitari:

Ancona, Corso Mazzini, 13.

Bolzano, Via Rosmini, n. 20;

Cagliari, Via Roma, n. 73;

Messina, Via C. Colombo;

Milano, Piazza Diaz, n. 6;

Padova, Piazza Spalato, n. 1;

Roma, Via Sallustiana, 51.

Torino, Via Maria Vittoria, n. 1

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 Ancona, Cagliari, Messina, Milano, Padova, Roma, Torino, col mezzo più celere, campioni:

per l'esame delle urine: 60-70 cc. di urine aggiungetevi 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

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 Medici 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 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) **Consultori per il collaudo dell'organo della vista.**

Torino, Via Maria Vittoria, 1;
Roma, Via Sallustiana, 51.

E) **Consultori per il collaudo dell'orecchio, naso, gola.**

Roma, Via Sallustiana, 51.

F) **Gabinetto per cure odontoiatriche.**

Roma, Via Sallustiana, 51.

G) **Consultazioni gratuite di igiene.**

Igiene personale, igiene della casa, igiene del lavoro, consigli per la prevenzione delle malattie, specie infettive, presso i Consultori d'igiene: in **Agri-mento** (Via Roma, n. 291); **Alessandria** (Corso Roma, n. 14); **Asti** (Piazza Medici, n. 16); **Bolzano** (Via Duca D'Aosta, n. 2); **Cagliari** (Via Roma, n. 73); **Catania** (Via della Lettera, n. 7); **Catanzaro** (Scesa Leone); **Cosenza** (Corso Mazzini, Palazzo Pilotta); **Cremona** (Via Campi); **Messina** (Via C. Colombo, n. 40); **Padova** (Piazza Spalato); **Pa-**

lermo (Via Maqueda, n. 200); **Ragusa** (Via Mariannina Coffa, n. 12); **Reggio Calabria** (Corso Garibaldi); **Roma** (Via del Tritone, n. 142); **Rovereto** (presso l'Agenzia principale); **Terni** (Corso Tacito, n. 2); **Torino** (Via Maria Vittoria, n. 1); **Trapani** (Via Torrearsa, n. 77); **Treviso** (Piazza Vittorio Emanuele, n. 29); **Trieste** (Via Carducci, n. 2); **Verona** (Via Anfiteatro, n. 10); **Belluno** (Via Garibaldi, n. 1); **Fume** (via 30 ottobre).

H) **Prestiti senza interesse.**

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.

I) **Facilitazioni presso medici specialisti.**

Per cure oculistiche; per cure otorinolaringoiatriche; per cure odontoiatriche.

I sanitari di cui all'elenco che segue concedono agli assicurati con *polizze ordinarie e collettive* la riduzione del 30 % sugli onorari individuali fissati dal Sindacato Provinciale Fascista dei Medici.

L) **Facilitazioni presso Ospedali e Case di Cura.** (V. elenco annesso).

M) **Facilitazioni presso Sanatori, Convalescenziari e Consultori Materni.** (V. elenco che segue).

N) **Facilitazioni presso Stabilimenti termali.** (V. elenco che segue).

O) **Pubblicazioni di medicina preventiva e d'igiene.**

1° *Vivere Sani* del Dr. E. DELLA SETA.

2° *Salute, Tesoro della Vita*, del Prof. Dr. O. BELLUCCI.

3° Rivista bimestrale, d'igiene e di medicina preventiva *L'Assistenza Sanitaria*. Edizione speciale.

Prossimamente:

4° *Sotto il platano di Coo*.

5° *Cuore sano e cuore infermo*, del Dr. E. DELLA SETA.

MEDICI SPECIALISTI

che accordano facilitazioni ai nostri assicurati

AGRIGENTO

Odontoiatri

Agrigento.

Dr. CUCURULLO Antonio.

Canicatti.

Dr. CASSARO Gaetano, Piazza Palma.

ALESSANDRIA

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. REDOGLIA Agostino.

Dr. PINOLINI Giovanni.

Novi Ligure.

Dr. BELLONE Mario Luigi.

Tortona.

Dr. TORTI Carlo.

Oculisti

Alessandria.

Dr. ALTARA Eugenio, Via Milano, 19.

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

Dr. DURANDO Francesco, Via Legnano, 11.

Casale Monferrato.

Dr. GUASCHINO Angelo.

Otorinolaringoiatri

Alessandria.

Dr. BADINO Francesco, Via Trotti, 12.

Dr. AJMONE Modesto, Via Faà di Bruno, 18.

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

Casale Monferrato.

Dr. GUASCHINO Giovanni.

ANCONA

Odontoiatri

Ancona.

Dr. PANAREO Luigi.

AOSTA

Odontoiatri

Aosta.

Dr. CHIAMPO Arnaldo.

Dr. SPIRITO Tito.

Ivrea.

Dr. MAUTINO Giuseppe.

Dr. PUGLIESE Giuseppe.

Oculisti

Ivrea.

Dr. GARZINO Mario Casimiro, Ospedale Civile.

Otorinolaringoiatri

Ivrea.

Dr. MAGGIOROTTI Ugo.

AQUILA

Odontoiatri

Aquila.

Dr. DE ANGELIS Giovanni Battista.

Otorinolaringoiatri

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

AREZZO

Odontoiatri

Arezzo.

Dr. MICHELINI Mario, Via Francesco Crispi, 2.

Oculisti

Arezzo.

Prof. Dr. ALIQUÒ MAZZEI Alessandro.

ASCOLI PICENO

Odontoiatri

Ascoli Piceno.

Dr. MONDOZZI Andrea, Via Benedetto Cairoli.

Dr. PENNESI Luigi, Via Trivio.

Dr. TASSONI Adolfo.

Otorinolaringoiatri

Fermo.

Dr. LODOVICI Amilcare, Via Sapienza, 4.

ASTI

Odontoiatri

Dott. DEGIAN Attilio.
Dott. MAIOLO Giacomo.
Dott. MALAGOLI Lelio.

Oculisti

Dott. LOVISOLO Carlo.

BARI

Odontoiatri

Andria.

Dr. SARDANO Francesco.

BERGAMO

Odontoiatri

Bergamo.

Dr. AVETTA Enzo.
Dr. BRAUN Giorgio, Viale Roma, 12.
Dr. CALDEROLI Guido.
Cav. Dr. CASTELLI Carlo.
Prof. Dr. CAVAZZENI *Giovanni*.
Dr. DAL LAGO Vittorio.
Dr. GATTI Giovanni.

Oculisti

Bergamo.

Prof. Dr. BUSACCA Annibale, Via Tasso, 4.
Prof. Dr. SEGUINI Arminio.
Dr. ZONCA Giovanni.

Otorinolaringoiatri

Bergamo.

Dr. CALDEROLI Innocente.
Dr. PALVIS Giuseppe.

BOLOGNA

Odontoiatri

Bologna.

Dr. BIGNARDI Ferdinando, Via Saffi, 2.
Dr. CAPUZZI Giuseppe, Piazza dei Marchi, 5.
Dr. CARAMITTI Aldo, Via Innerio, 17.
Dr. DI MENTO Spiro, Via Zamboli, 3.
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.
Prof. Dr. MARIOTTI Cesare, Via Castiglioni, 5.
Dr. NARDI Giorgio, Via Frassinago, 21.
Dr. PALMIERI Domiziano, Via Righi, 34.
Prof. Dr. RICCHI Gino, Via S. Stefano, 43.
Prof. Dr. NAPOLEONE Xilo, Via Guerra.

Otorinolaringoiatri

Bologna.

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

BOLZANO

Odontoiatri

Bolzano.

Dr. GRONES Ernesto, Piazza Erbe, 12.

Merano.

Dr. DE BOSIO Giuseppe.
Dr. KONIG Alfredo, Corso Goethe, 6.
Dr. SINGER Federico, Via Dante, 38.

Oculisti

Bolzano.

Prof. Dr. MENESTRINA Gino, Ospedale Civile.
Dr. ROSSLER Federico, Via Regina Elena.

Bressanone.

Dr. NIEDEREGGER Enghelberto.

Merano.

Dr. BAR Carlo, Corso Principe Umberto, 32.
KEISER Giulio, Corso Principe Umberto, 34.

Otorinolaringoiatri

Bolzano.

Dr. BRIANI Alfredo, Via Duca d'Aosta, 2.
Dr. SCHNABL Adolfo, Piazza Grano, 2.

Merano.

Dr. DIESBACHER Matteo, Corso Principe Umberto, 20.
Dr. NUSSBAUMER Giorgio, Corso Goethe, 11.

BRESCIA

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.

Salò.

Dr. SIMONI Guido Giuseppe.

CALTANISSETTA

Oculisti

Caltanissetta.

Prof. Dr. CAVALLARO Erminio.
Prof. Dr. NICOLETTI Gaspere.

Otorinolaringoiatri

Dr. RESTIVO Pietro.

CAMPOBASSO

Odontoiatri

Campobasso.

Dr. MARTINO Angelo.
Dr. SANTORO Manfredi.

Oculisti

Campobasso.

Dr. BARBATO Nunzio.
Comm. Dr. GRIMALDI Eugenio.

Agnone.

Dr. SAVASTANO Silvio.

CATANIA

Odontoiatri

Catania.

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

Oculisti

Catania.

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

Otorinolaringoiatri

Catania.

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

CHIETI

Odontoiatri

Chieti.

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

Oculisti

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

Lanciano.

Dott. SERAFINI VINCENZO.

COMO

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.

COSENZA

Odontoiatri

Cosenza.

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

CREMONA

Odontoiatri

Cremona.

Dr. BERTOLOTTI Luigi, Via Beltrame, 4.
Dr. IRITZ Giuseppe.
Dr. REBIZZI Ernesto, Piazza Roma, 17.
Dr. ZANNINI Roberto.

Casalmaggiore.

Dr. BOLES Oreste.

Oculisti

Cremona.

Dr. COSSU Alberto, Via Damiano Chiesa, 9.
Prof. Dr. MARGOTTA Giuseppe, Corso Stradivari, 8.

Otorinolaringoiatri

Cremona.

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

CUNEO

Odontoiatri

Cuneo.

Dr. MANFREDI Francesco.

Oculisti

Alba.

Dr. VARALDI Giovanni.

Otorinolaringoiatri

Cuneo.

Prof. Dr. DONADEI Giovanni, Via Gallo, 5.

Saluzzo.

Dr. RACCA Ugo, Via Gualtieri, 5.

FERRARA

Odontoiatri

Ferrara.

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

Otorinolaringoiatri

Ferrara.

- Dr. MANFREDI Angelo, Via Borgoleoni, 122.
 Dr. MURATORI Enzo, Via Palestro, 62.

Oculisti

Ferrara.

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

FIRENZE

Odontoiatri

Firenze.

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

FOGGIA

Odontoiatri

Foggia.

- Dr. ARBORE Giulio.
 Dr. DI MAIO Enzo.

Manfredonia.

- Dr. MELUCCO Pasquale.

S. Severo.

- Dr. RECCA Pietro.

Oculisti

Foggia.

- Dr. ALTAMURA Alfredo.

Carlantino.

- Dr. DE SIMONE Nicola.

S. Severo.

- Dr. COLIO Giovanni.

Otorinolaringoiatri

Foggia.

- Dr. GALLO Antonio.

S. Severo.

- Dr. GERVASIO Arnaldo.

FORLÌ

Odontoiatri

Forlì.

- Dr. VESPIGNANI Guido, Corso Garibaldi.
 Dr. MOLINAR Geza, Via M. Missirini.
 Dr. BRIGANTI Antonio, Capitano 2° Fanteria.
 Dr. CASALI Alvaro, Corso Garibaldi.

Rimini.

- Dr. LAZZAROTTO Eugenio.
 Dr. PEDRAZZI Luigi.
 Dr. PELOSI Romano.

Oculisti

Forlì.

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

Otorinolaringoiatri

Forlì.

- Dr. SEGANTI Filippo, Via Madenti.

GENOVA

Odontoiatri

Genova.

- Dr. MORIANI Giuseppe, Via Milano, 18-a.

Cornigliano.

- Dr. TRAVAGLINI Guido, Vai Garibaldi, 13.

Genova.

- Dr. PUPPO Francesco, Salita S. Cateri-
 na, 1/2.

GORIZIA

Odontoiatri

Gorizia.

- Dr. NETZBANDT Paolo Ugo.

Otorinolaringoiatri

Gorizia.

- Dr. COMEL Giuseppe.
 Dr. RUZZATI Sandro.

GROSSETO

Odontoiatri

Grosseto.

- Dr. ANGELINI Armando.

IMPERIA

Odontoiatri

Imperia.

- Dr. AMORETTI Raffaele, Via Alfieri, 18.
 Dr. DE VECCHI Oscar, Via del Monte.
 Dr. LATRONICO Attilio, Via Berio, 5-bis.

Dr. MURA Carmelo, Corso Dante, 2.
Dr. NATTA Antonio, Via Gandolfo, 1.

Bordighera.

Dr. BUFFA Ermanno, Via S. Antonio.
Dr. DEL BOCA Isidoro, Via Vitt. Emanuele.

Sanremo.

Dr. GERBOLINI Andrea, Via Vittorio Emanuele, 15.
Dr. GERBOLINI Giuseppe, Via Vitt. Emanuele, 17.
Dr. GISMONDI Emanuele, Via Vitt. Emanuele, 11.
Dr. ELENA Giovanni, Via Carli, 1.

Ventimiglia.

Dr. BUONSIGNORE Giuseppe, Via Roma, 7.
Dr. UGOLINI Federico, Via Cavour, 51.

Oculisti

Imperia.

Dr. ODISIO Mario, Via G. Berio, 9.

Oneglia.

Dr. GRIVA Giuseppe.

Sanremo.

Dr. GRIVA Giuseppe, Via Vittorio Emanuele, 18.
Dr. ODDISIO Mario, Via Vittorio Emanuele, 8.

Otorinolaringoiatri

Imperia.

Dr. DURAND Gaspare, Via Giardini.

Bordighera.

Dr. VERDUN Eugenio, Via Vittorio Emanuele, 8.

Sanremo.

Dr. DE MARCHI Marco, Via Vittorio Emanuele, 17.

Ventimiglia.

Dr. VERDUN Eugenio, Via Vittorio Emanuele, 18.

LIVORNO

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, 35.
Dr. PARDUCCI Mario, Via del Fante, 3.

Otorinolaringoiatri

Suvereto di Livorno.

Dr. CHIERICI Luigi.

LUCCA

Odontoiatri

Altopascio.

Dr. PIEGAIA Giovanni Leo.

MANTOVA

Odontoiatri

Mantova.

Dr. CONSOLO Giuseppe.
Dr. LASAGNA Romolo, Via Marangoni, 4.
Dr. MAZZEI Cario, 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 Vittorio Emanuele, 103.

MASSA - CARRARA

Odontoiatri

Carrara.

Dr. LODOVICI G. Battista, Via Lunense.

MATERA

Odontoiatri

Matera.

Dr. MARINARO Domenico.

Matera.

Dr. LO RUSSO Stefano.

MESSINA

Odontoiatri

Messina.

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.

MILANO

Oculisti

Milano.

Prof. Dr. BUSACCA Annibale, Foro Bonaparte, 46.

Odontoiatri

Milano.

Dr. BIAGINI Giovanni, Via Aversa, 17.

Monza.

Dr. BONSAGLIO Elia, Via Vittorio Emanuele, 1.
Dr. CAMPANARI Antonio, Via Italia, 13.
Dr. SAVIO Piero, Via B. Luini, 1.

MODENA

Otorinolaringoiatri

Modena.

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

NAPOLI

Odontoiatri

Napoli.

Dr. COPPOLA Antonio, Via Cesario Console, 3.
Dr. DE NOTARIS Ferdinando, Via Cappella Vecchia, 6.
Dr. DONATO Carlo, Via R. De Cesare, 7.
Dr. GIUFFRÈ Vincenzo, Via Santa Brigida, 76.
Dr. IZZO Giuseppe, Via S. Arcangelo a Baiano.
Dr. LIPPO P., Via S. Lucia, 15.
Dr. MASUCCI Enrico, Piazza Torretta, 36.
Dr. SANSONE Angelo, Via S. Spirito di Palazzo, 9.
Dr. SANTANIELLO Fortunato, Corso Vittorio Emanuele, 400.
Dr. VIOLLET Giovanni, Via Capodimonte, 31.
Prof. Dr. ZONA Alberico, Piazza Bellini, 68.

Meta di Sorrento.

Cav. Uff. Dr. RUSSO Valerio, Corso Littorio, 113.

Sparanise.

Dr. GRANDE Francesco.

Otorinolaringoiatri

Sparanise.

Prof. Dr. DI LAURO Espedito, Riviera di Chiaia, 84.
Prof. Dr. JANNUZZI Silvio, Via S. Spirito di Palazzo, 31.

NOVARA

Odontoiatri

Novara.

Dr. BORRINI Francesco.
Dr. SCENDRATI Daniele.

Oculisti

Novara.

Dr. Prof. LADDONI Giovanni, Ospedale Maggiore.

PADOVA

Otorinolaringoiatra

Padova.

Prof. Dr. RUBALIELLI Enrico.

PALERMO

Odontoiatri

Palermo.

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

Oculisti

Palermo.

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

Otorinolaringoiatri

Palermo.

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

PARMA

Odontoiatri

Parma.

Dr. ALBERTI Silvio, Via Farini, 52.

Oculisti

Parma.

Prof. Dr. CANDIAN Ferruccio, Viale Umberto I.

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

Otorinolaringoiatri

Parma.

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

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

PERUGIA

Odontoiatri

Perugia.

Prof. Dr. BRAJO Fusco, Corso Vannucci.

Oculisti

Perugia.

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

Otorinolaringoiatri

Perugia.

Dr. BAROLA Angelo, Via Fani, 2.

PIACENZA

Odontoiatri

Piacenza.

Dr. CAVANNA GOBBI Ettore, Via San Marco, 5.

Dr. MISTRALETTI Umberto, Via Chiapponi.

Castelsangiovanni.

Dr. PATRIOLI Giuseppe.

PISA

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

Otorinolaringoiatri

Pistoia.

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

POLA

Odontoiatri

Pola.

Dr. STOCO Francesco.

Oculisti

Pola.

Dr. DE PIERA Mauro.

Otorinolaringoiatri

Pola.

Dr. MAZZARO Elvino.

REGGIO CALABRIA

Odontoiatri

Reggio Calabria.

Dr. RETEZ Romeo Stefano, Corso Vittorio Emanuele.

Oculisti

Reggio Calabria.

Dr. DE LOGU Antonio.

Dr. Prof. LAGANÀ Domenico.

Prof. Dr. STILO Antonio Gallico.

Otorinolaringoiatri

Reggio Calabria.

Prof. Dr. SALVADORI G., Via Lazio, 9.

ROMA

Odontoiatri

Roma.

Dr. BENAGIANO Andrea, Via Salaria, 44.

Prof. Dr. DE VECCHIS Beniamino, Via Cornelio Celso, 1.

Dr. 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 Regina Elena.

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.

ROVIGO

Odontoiatri

Rovigo.

Dr. BENATTI Boris.
Dr. BORELLINI Alberto.

Adria.

Dr. FERRONI Giuseppe.
Dr. GIORDANI Nazzareno.

SASSARI

Odontoiatri

Sassari.

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

SAVONA

Odontoiatri

Savona.

Dr. Cav. Uff. GASTI Giuseppe, Corso Principe Amedeo, 2-5.
Dr. Comm. PAGGI Poggio, Via Paleocapa, 3.
Dr. VEIRANA Giuseppe, Via Guidobono, 30.

Otorinolaringoiatri

Savona.

Dr. LANFRANCO Enrico, Piazza Armando Diaz, 4-4.

SIENA

Odontoiatri

Siena.

Dr. MARZANO Pasquale, Via di Città, 3.

SONDRIO

Odontoiatri

Sondrio.

Dr. OTTANI Leone, Via XXVIII Ottobre, 8.

TARANTO

Odontoiatri

Taranto.

Dr. BARBARO Vincenzo, Corso Umberto.

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

Dr. SANTOSTASI Carlo.

Dr. VITANTONIO Natale, Corso Umberto.

Oculisti

Taranto.

Dr. CARDUCCI Vincenzo, Via d'Aquino.

Prof. Dr. MARICOSCI Alessandro, Via di Palma.

Dr. MARINOSCI Raffaele, Via Regina Elena, 33.

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

Otorinolaringoiatri

Taranto.

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

Dr. BATTISTA V., Via Cavour, 27.

Dr. NATALE V., Piazza Massari, 5.

TERAMO

Odontoiatri

Teramo.

Dr. BIANCO Giuseppe.

Dr. SACCONI Agostino.

TORINO

Odontoiatri

Torino.

Dr. BUJATTI Giovanni, Corso Vinzaglio, 104.

Prof. Dott. 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 Mercati, 3.

Dr. TOMMASINELLI Vezio, Piazza Vittorio Emanuele, 20.

Oculisti

Torino.

Dr. CAFFARATTI C., Corso Oporto, 47.

Dr. CANTÙ Carlo, Via Madama Cristina, 6.

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

Prof. Dr. FUMAGALLI Arnaldo, Via Lamar-mora, 28.

Dr. GARZINO M., Via Mazzini, 2.

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

Dr. LEVI M., Via Maria Vitoria, 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.

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

Prof. TIRELLI Gaspere, R. Clinica Oftalmica.

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

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

Dr. VAUDETTI S., Via Cernaia, 18.

Prof. Dr. 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 Gioacchino, Via Principe Amedeo, 29.

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

TRAPANI

Otorinolaringoiatri

Trapani.

Dr. SAMMARTANO Mario, Via Mercè.

TRENTO

Odontoiatri

Trento.

Dr. AGOSTINI Fortunato.

Dr. LACHMANN Carlo, Piazza Silvio Pellico, 2.

Dr. RIGHI Ferruccio, Via Belenzani, 27.

Dr. SEPPI Cesare, Via Gazzoletti.

Arco.

Dr. PENNECHER Ercole.

Cavalese.

Dr. BROSECHINI Giuseppe.

Levico.

Dr. CALIRI Federico.

Rovereto.

Dr. SOMMADOSSI Mario.

Dr. ZANNINI Gino.

Oculisti

Trento.

Dr. GENTILINI Giuseppe, Piazza Venezia, 2.

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

Otorinolaringoiatri

Trento.

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

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

Dr. MAESTRANZI Dario, Via Rosmini, 25.

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

TREVISO

Oculisti

Treviso.

Dr. BIFFIS Andrea, Via F. Filzi, 12.

TRIESTE

Odontoiatri

Trieste.

Dr. CHIUMINATO 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. Dott. KOCH Carlo, Viale XX Settembre, 24.

Dr. MANZUTTO G., Via Roma, 22.

Dr. OBLATH O., Via Rossini, 26.

Otorinolaringoiatri

Trieste.

Dr. ROCCO Antonio, Via Mercato Vecchio, 3.

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

UDINE

Odontoiatri

Udine.

Dr. DAMIANI Domenico.

Dr. CLONFERO Erminio.

VARESE

Odontoiatri

Ron-

arese.

- Dr. BERTOLI Romeo.
 Dr. FRANZI Cesare.
 Dr. GUSCETTI Severo.
 Dr. MINGARELLI Lido.
 Dr. RIVA Gian Pietro.
 Dr. BARBEDO Vincenzo, Via Piave, 2.

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 Lombarda.

- Dr. BURATTI Pasquale Achille.

VERONA

Odontoiatri

Verona.

- Dr. BRIVIO Giano, Via Marsala.
 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

Odontoiatri

Vicenza.

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

- Dr. FIORETTI Sebastiano, Via Morette.

- Dr. MARTINELLI L., S. Corona.

Arzignano.

- Dr. VERONESE Giuseppe.

Oculisti

Vicenza.

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

Otorinolaringoiatri

Vicenza.

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

- Dr. BOER Antonio, Via Carpagnon, 13.

VITERBO

Odontoiatri

Viterbo.

- Dr. BAGEDDA Baingio.

**OSPEDALI, CASE DI SALUTE ED AMBULATORI
 che accordano facilitazioni ai nostri assicurati**

(esclusi quelli dell'Istituto Nazionale Fascista Previdenza Sociale)

Case specializzate per malattie polmonari:

MIAZZINA (NOVARA)

Casa di cura per malattie polmonari *Eremo*: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore.

SONDRIO

Primo Sanatorio *A. Zubiani* in Pineta di Sortenna: riduzione de 10 %, 20 %, 30 % sulle tariffe in vigore.

Case specializzate in ostetricia e ginecologia:

BARI

Clinica Privata Prof. F. D'Erchia, Via M. Signorile, 2: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

CAGLIARI

Casa di cura *B. Salvatore*: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

Case per cure otorinolaringoiatriche:

ROMA

Casa di cura già del Prof. T. Manciola, Via Ferruccio, 7: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore.

TREVISO

Casa di cura Prof. P. Brisotto, Ponte Garibaldi: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore.

Case specializzate per malattie nervose:

PADOVA

Casa di Cura *La Salutare* (località Altichiero): riduzione del 20 % sulle tariffe in vigore.

Case per cure chirurgiche:

CAGLIARI

Casa di cura Prof. Gino Baggio, Piazza S. Benedetto: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

FIRENZE

Casa di salute *Villa Savoia*, Via Andrea del Castagno, 6: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

GENOVA

Casa di salute per operazioni chirurgiche Prof. A. Catterina, Via Borgoratti, 84: riduzione 50 % sulle tariffe in vigore.

MODENA

Casa di cura chirurgica Prof. Marchetti, Via Giardini, 20: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

NAPOLI

Casa di salute Grimaldi e Principe, Piazza Gesù e Maria, 24: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

REGGIO EMILIA

Casa di Cura *Villa Ida* del Prof. Dr. Giuseppe Zironi: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

S. SEVERO (FOGGIA)

Clinica Troiano, Viale della stazione: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

STRADELLA (PAVIA)

Casa di cura chirurgica Prof. G. Masnata: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

TREVISO

Casa di cura chirurgica *Villa Bianca*, Prof. A. Grollo: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

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

ABBAZIA (FIUME)

Casa di cura Dr. Horwat: riduzione 30 % e 50 % sulle tariffe in vigore.

BOLOGNA

Casa di salute *La Politecnica*, Piazza Umberto I, 9: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

— *Villa Rosa*, Via Castiglione, 193.

— *Villa Verde*, Via Mamolo, 45.

BRESCIA

Poliambulanza delle specialità medico-chirurgiche, Piazzale Baribaldi: riduzione 25 % e 30 % sulle tariffe in vigore.

CALTANISSETTA

Casa di cura del Dr. Ballati: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

CATANIA

Istituto medico del Lavoro, Via De Felice, 37: gli assicurati con polizze popolari pagheranno L. 10 per una visita una volta l'anno.

CATANZARO

Istituto clinico diagnostico e fisioterapico del Dr. G. Mazza, Via Duomo: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

COMO

Istituto cardiologico per la diagnosi e la cura delle malattie della circolazione del Prof. G. Galli, Via Volta, 46: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

COSENZA

Casa di Salute Catalani *Villa Amelia*: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

GENOVA

Policlinico del Lavoro, Via Benedetto XV: gli assicurati con polizza popolare pagheranno L. 10 per una visita una volta l'anno.

— Istituto medico per inalazioni del Dott. Bruno Oxilia, Via XX Settembre, 1-2: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

MESSINA

Istituto di terapia fisica del Prof. Dr. Giuseppe Spagnolio, Piazza Stazione: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

MESTRE (VENEZIA)

Ospedale Civile Umberto I: riduzione 10 % e 20 % sulle tariffe in vigore.

MILANO

Casa di salute *Villa Porpora*, Via Eugenio Carpi, 30: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

NAPOLI

Sanatorio *Carlo Forlanini*: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore e diaria ridotta di L. 20.

PALERMO

Clinica Prof. Arnone, Via Ugdulena, 2: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

PAVIA

Casa di cura Prof. Eugenio Morelli, Piazza XXIV Maggio: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

— Ospedale Policlinico *S. Matteo*: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

REGGIO CALABRIA

Ospedali riuniti G. Melacrino e F. Bianchi: riduzione 20 % e 30 % sulle tariffe in vigore.

ROMA

Istituti Fisioterapici Ospedalieri:

1) Ospedale dermosifilopatico di S. Galliciano: diaria di L. 30,50.

2) Istituto Regina Elena per la diagnosi e cura dei tumori, Viale Regina Margherita n. 291: diaria di L. 35.

— Policlinico del Lavoro, Via Ripetta, 180: visita completa una volta l'anno assicurati con polizza popolare.

— Clinica Odontoiatrica R. Università: riduzione 20 % sulle tariffe in vigore.

S. PELLEGRINO TERM. (BERGAMO)

Casa di regime del Dr. Merino Quarenghi: riduzione 20 % e 25 % sulle tariffe in vigore.

TORINO

Istituto di medicina preventiva, Via Principe Amedeo, 16: riduzione 40 % sulle tariffe in vigore.

— Clinica delle malattie professionali della R. Università: gli assicurati con polizza popolare pagheranno L. 11 per una visita una volta l'anno.

— Istituto di Terapia Octozonica, Corso Oporto, 10: riduzione 35 % sulle tariffe in vigore.

VARESE

Clinica privata *La Quiete*: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

VENEZIA

Ospedali Civili Riuniti: riduzione 10 % e 20 % sulle tariffe in vigore.

VIGEVANO (PAVIA)

Ospedale degli Infermi: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

STABILIMENTI TERMALI

che concedono facilitazioni ai nostri assicurati

(escluse le Terme dell'Istituto Nazionale Fascista Previdenza Sociale)

ABANO (PADOVA)

Stabilimento *Hotel Trieste e Vittoria*. — Acque cloruratesodosolfocalciche a 87° C. — Fangi naturali vulcanici minerali, utili per affetti da artrite cronica - tubercolosi ossea - ec-

zemi - reumatismi cronici e secondari - malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc.

Riduzioni: Agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: 20 % sulle tariffe in vigore, del 10 % sull'importo pensione giornaliera.

ABANO TERME (PADOVA)

Stabilimenti termali *Due Torri* e *Morosini*.
— Acque cloruratesodosolfocalciche a 87° C. —
Fanghi naturali vulcanici minerali, utili per affetti da artritisimo cronico - tubercolosi ossea - eczemi - nevriti - reumatismi cronici e secondari - malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc.

Riduzioni: A tutti gli assicurati: *Due Torri*, riduzione 50 % visita medica, 25 % sulle tariffe in vigore, 20 % importo pensione; *Morosini*, 18 % importo pensione categ. B.

AGNANO (NAPOLI)

Acque solfuree calde, acque solfuree clorirato sodiche-calde, acque solfuree ferruginose fredde, acque alcaline solfato-sodiche, acque alcaline carboniche calde, acque solfate acide, acque ferruginose carboniche calde. Fanghi minerali vulcanici. Stufe secche da 40 a 75° C., utili per affetti da stitichezza, epatopatie croniche, colecistiti.

Riduzioni: A tutti gli assicurati riduzione del 50 % importo diritto di ammissione e 25 % importo abbonamenti cure.

ACQUA SANTA (ASCOLI PICENO)

Acque clorurato-sodiche solfuro termale, fanghi. Inalazioni secche ed umide con acqua solfurea.

Indicazioni: Artriti croniche - malattie del ricambio - malattie della pelle - respiratorie.

Riduzione: 25 % grotta sudatoria. e fanghi 50 % sui bagni.

BOGNANCO (NOVARA)

Acque bicarbonate magnesiache radioattive, utili per affetti da stitichezza - epatopatie croniche - colecistiti.

Riduzione: A tutti gli assicurati riduzione 50 % sulle tariffe in vigore.

CALITEA (RODI EGEO)

Acque clorurate sodiche deboli e forti, utili per affetti da stitichezza - epatopatie croniche - colecistiti.

Riduzioni: A tutti gli assicurati riduzione 20 % sulle tariffe in vigore.

CARAMANICO (PESCARA)

Acque solforose, utili per affetti da artritisimo - tubercolosi ossea - eczemi - nevriti - reumatismi cronici e secondari - malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc.

Riduzioni: Agli assicurati in forma ordinaria e collettiva 25 % tariffe in vigore e 25 % sulla pensione completa.

CHIANCIANO (SIENA)

Acque bicarbonato-solfato, calciche magnesiache da 29 a 37°, utili per affetti da stitichezza - epatopatie croniche - colecistiti.

Riduzioni: A tutti gli assicurati riduzione 10 % tariffe in vigore. Bagni 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.

CASTROCARO (FORLÌ)

Acque salsobroiodiche, utili per affetti da artritisimo - tubercolosi ossea - eczemi - nevriti - reumatismi cronici e secondari - malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc.

Riduzioni: A tutti gli assicurati 50 % sulle tariffe in vigore.

FIUGGI (FROSINONE)

Acque oligometallicheradioattive, utili per affetti da diatesi uricemica, calcolosi reno-vescicale, gotta, cistopielite.

Riduzioni: A tutti gli assicurati riduzione 30 % sulle 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 ed assistenza necessarie.

LEVICO (TRENTO)

Acque arsenico ferruginose solforiche forti e deboli per bibite e per bagni, utili per affetti da anemie-cloroadinamie-linfatismo.

Riduzioni: Agli assicurati con polizze ordinarie e collettive riduzione 10 % sulle tariffe in vigore.

MONSUMMANO (PISTOIA)

Stabilimenti termali e Grotta Giusti: Grotte sudorifere, utili per affetti da artritisimo cronico - tubercolosi ossea - eczemi - nevriti - reumatismi cronici e secondari - malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc.

Riduzioni: A tutti gli assicurati riduzione 20 % sulle tariffe in vigore.

MONTECATINI (PISTOIA)

Acque clorurato-sodiche deboli e forti. Fanghi vegeto minerali. Bagni, utili per affetti da stitichezza - epatopatie croniche - colecistiti.

Riduzioni: A tutti gli assicurati (periodo aprile, luglio-ottobre, novembre) riduzione del 10 % sulle tariffe in vigore.

MONTEGROTTO (PADOVA)

Acque cloruratesodosolfocalciche a 85°C. Fanghi naturali vulcanici, utili per affetti da artrismo cronico - tubercolosi ossea - eczemi - nevriti - reumatismi cronici e secondari - malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc.

Riduzioni: A tutti gli assicurati riduzione 20 % importo pensione 1^a e 2^a classe; 15 % importo pensione 3^a classe.

PORRETTA (BOLOGNA)

Acque salsobromoioniche aclorurate sodiche-solfuree, utili per affetti da stitichezza - epatopatie croniche - colecistiti.

Riduzioni: Agli assicurati in forma ordinaria e collettiva riduzione 50 % abbonamento ingresso stabilimenti, 25 % abbonamento cure idrominerali.

RECOARO (VICENZA)

Acque ferruginose e carbocalciche, utili per affetti da anemie - cloroadinamie - linfatisimo.

Riduzioni: 25 % tariffe in vigore.

SALSOMAGGIORE (PARMA)

Acque salsobromoiodiche, utili per affetti da artrismo cronico - tubercolosi ossea - eczemi - nevriti - reumatismi cronici e secondari - malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc.

Riduzioni: Agli assicurati in forma ordinaria e collettiva 20 % tariffe in vigore.

Gli alberghi *Porro* e *Valentini* di Salsomaggiore praticheranno lo stesso trattamento ai funzionari dello Stato, agli appartenenti al R. E., 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 potranno rivolgersi per informazioni.

SAN CASCIANO BAGNI (SIENA)

Acqua solfato-calcio-carbonica da 30 a 45° C. Fanghi vegeto minerali caldi, utili per affetti da stitichezza - epatopatie croniche - colecistiti.

Riduzione: A tutti gli assicurati riduzione 30 % sulle tariffe in vigore 1^a classe, e 50 % 2^a classe.

S. PELLEGRINO (BERGAMO)

Acque bicarbonato sodico calcico magnesiaca a 22° C., utili per affetti da ipercloridria - atonia gastrica - gastroenterite cronica.

Riduzioni: A tutti gli assicurati riduzione 25 % sulle tariffe in vigore.

S. CESAREA (LECCE)

Acqua solfocarbonato calcica a 33° C. Fanghi vegeto minerali, utili per affetti da artrismo cronico - tubercolosi ossea - eczemi - nevriti - reumatismi cronici e secondari - malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc.

Riduzioni: 25 % tariffe in vigore agli assicurati in forma ordinaria e collettiva.

SARDARA (CAGLIARI)

Acqua bicarbonato sodica a 50, 58, 68° C, utili per affetti da ipercloridria - atonia gastrica - gastroenterite cronica.

Riduzioni: A tutti gli assicurati 25 % sulle tariffe in vigore.

SCRAJO EQUENSE (NAPOLI)

Acqua salino-solfurea utile per tutti gli affetti da artrismo cronico - tubercolosi ossea - eczemi - nevriti - reumatismi cronici e secondari - malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc.

Riduzioni: A tutti gli assicurati riduzione del 25-20-15 % sulle tariffe in vigore.

TRESCORE BALNEARIO (BERGAMO)

Acqua clorurata sodico calcina, bibite e bagni, utili per affetti da ipercloridria - atonia gastrica - gastroenterite cronica.

Riduzioni: A tutti gli assicurati riduzione 25 % sulle tariffe in vigore.

Inoltre gli assicurati pagheranno per tasse di ammissione 50 % in meno.

IMPORTANTE. — 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.

Estero

EGITTO

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

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

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

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

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

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

Istituzioni Sanitarie dell'Istituto Nazionale Fascista Previdenza Sociale che accordano facilitazioni ai nostri assicurati.

CONSULTORI MATERNI (L. 5 a visita).

Bergamo, Brescia, Como, Cremona, Firenze, Lecce, Livorno, Milano, Napoli, Palermo, Venezia, Verona.

CONVALESCENZIARI DIRETTAMENTE GESTITI (diaria di L. 20).

Erba, Firenze (Salviatino), Loreto, Orio Canavese, S. Pietro di Caltagirone, Torino.

STABILIMENTI TERMALI DIRETTAMENTE GESTITI - (Cura completa forfait di L. 300 per 15 giorni).

Battaglia, La Fratta, Castellammare di Stabia, Salsomaggiore, S. Giuliano.

CENTRI SANATORIALI IN ESERCIZIO (diaria di L. 28).

Ancarano, Arezzo, Ascoli Piceno, Bioglio, Busto Arsizio, Brindisi, Cagliari, Caltanissetta, Camerlata, Chieti, Chievo, Cipressa, Cremona, Cuneo, Galliera Veneta, Genova, Gorizia, Grosseto, Lecce, Mesiano, Montecatone, Monteverde, Napoli, Padova, Palermo, Perugia, Porta Furba, Prà Catinat, Ragusa, Saccasessola, Sassari, Siena, Siracusa, Sondrio, Taranto, Vercurago, Vialba.

Per essere accolti nei Centri sanatoriali, nei Convalescenziari e negli Stabilimenti termali dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, poichè 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, la indicazione del tipo di cura più conveniente al soggetto stesso e che l'assicurato è esente da malattie infettive, o comunque trasmissibili, o da sindromi nervose.*

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.

Per un viaggio attraverso le Stazioni Termali d'Italia

Assicurati e medici fiduciari hanno espresso il desiderio di visitare le terme che concedono facilitazioni ai nostri associati ed i Centri Sanitari dell'I. N. A.

La « Turisanda » ha progettato il seguente viaggio in autopullman:

1° settembre: Roma, S. Casciano, Chianciano.

Partenza da Roma (Piazza di Spagna) alle ore 7, ed attraversando Viterbo, Montefiascone ed Acquapendente, si giungerà prima di mezzogiorno a San Casciano, dove verrà servita la seconda colazione. Dopo un breve riposo pomeridiano verrà effettuata la visita degli Stabilimenti. Indi partenza per Chianciano, dove l'arrivo è previsto per le ore 18 circa. Inizio della visita agli Stabilimenti. Assegnazione delle camere. Pranzo e pernottamento.

2 settembre: Chianciano, Montecatini.

Prima colazione in albergo. Continuazione della visita agli Stabilimenti, poi partenza per Siena, dove si giungerà in tempo per la seconda colazione che verrà servita in albergo. Breve riposo e partenza per arrivare a Montecatini verso le ore 18. Inizio della visita agli Stabilimenti Termali. Assegnazione delle camere. Pranzo e pernottamento.

3 settembre: Montecatini, Porretta, Bologna.

Prima colazione in albergo. Continuazione della visita agli Stabilimenti ed in mattinata escursione alle Grotte di Monsummano. Ritorno a Montecatini per la seconda colazione. Partenza nel pomeriggio per giungere a Porretta Terme verso le ore 16,30. Visita agli Stabilimenti e continuazione alla volta di Bologna. Arrivo in serata. Assegnazione delle camere. Pranzo e pernottamento.

4 settembre: Bologna, Salsomaggiore.

Prima colazione in albergo. Nella mattinata visita della città. Ritorno in albergo

per la seconda colazione. Partenza nel pomeriggio per arrivare a Salsomaggiore verso le ore 18. Inizio della visita degli Stabilimenti. Assegnazione delle camere. Pranzo e pernottamento.

5 settembre: Salsomaggiore, Voghera, Torino.

Prima colazione in albergo. Continuazione della visita agli Stabilimenti. Partenza per Voghera, dove si giungerà verso le ore 13. Seconda colazione in albergo. Nel pomeriggio partenza per Torino. L'arrivo avverrà in serata. Sistemazione in albergo. Pranzo e pernottamento.

6 settembre: Torino.

Pensione completa in albergo. La mattina, visita al « Centro di Assistenza Sanitaria per gli assicurati del Piemonte ». Nel pomeriggio avrà luogo la visita agli Stabilimenti della F.I.A.T. ed alla Tomba di Don Bosco.

7 settembre: Torino, Bognanco.

Partenza da Torino alle ore 7, per giungere a Bognanco verso le ore 13. Assegnazione delle camere. Seconda colazione in albergo. Nel pomeriggio avrà luogo la visita degli Stabilimenti Termali. Ritorno in albergo. Pranzo e pernottamento.

8 settembre: Bognanco, Milano.

Prima colazione in albergo. Partenza alle ore 8, alla volta di Milano, dove l'arrivo è previsto per le ore 13. Seconda colazione in albergo. Nel pomeriggio verranno visitati i Centri Sanitari. Ritorno all'albergo in serata. Pranzo e pernottamento.

9 settembre: Milano, S. Pellegrino, Trescore, Brescia.

Prima colazione in albergo. Partenza alle ore 8. Verso le ore 10,30 si giungerà a S. Pellegrino, dove verranno visitati gli Stabilimenti. Seconda colazione in albergo. Partenza nel pomeriggio e, passando per Trescore Balneario per la visita ai Bagni, si giungerà nella serata a Brescia. Assegnazione delle camere. Pranzo e pernottamento.

10 settembre: Brescia, Bolzano.

Prima colazione in albergo. Partenza in mattinata. Il viaggio si svolgerà attraverso la Gardesana, Madonna di Campiglio e le pittoresche strade dolomitiche del Brenta. La seconda colazione verrà servita durante il viaggio in una località a scelta. Arrivo a Bolzano in serata. Assegnazione delle camere. Pranzo e pernottamento.

11 settembre: Bolzano, Vetriolo.

Prima colazione in albergo. Nella mattinata si visiterà il Centro Sanitario. Ritorno in albergo per la seconda colazione. Partenza nel pomeriggio alla volta di Vetriolo, dove si giungerà nel tardo pomeriggio. Visita degli Stabilimenti. Pranzo e pernottamento.

12 settembre: Vetriolo, Levico, Recoaro, Vicenza.

Prima colazione in albergo. Partenza alle ore 9 per giungere dopo circa mezz'ora a Levico. Visita degli Stabilimenti. Seconda colazione in albergo. Breve riposo pomeridiano, poi si partirà per Recoaro, dove avrà luogo la visita degli Stabilimenti e si partirà nel tardo pomeriggio per giungere in serata a Vicenza. Assegnazione delle camere. Pranzo e pernottamento.

13 settembre: Vicenza, Venezia.

Prima colazione in albergo. Partenza da Vicenza alle ore 8 per giungere a Venezia prima di mezzogiorno. Seconda colazione in albergo. Nel pomeriggio avrà luogo la visita della città. Ritorno in albergo. Pranzo e pernottamento.

14 settembre: Venezia, Abano, Padova.

Prima colazione in albergo. Partenza da Venezia verso le ore 10 per arrivare ad Abano prima di mezzogiorno. Seconda colazione in albergo. Nel pomeriggio avrà luogo la visita degli Stabilimenti ed in serata, partenza per Padova. Assegnazione delle Camere. Pranzo e pernottamento. Visita al Centro di Assistenza Sanitaria.

15 settembre: Padova, Ravenna, Castrocara, Ancona.

Prima colazione in albergo. Partenza da Padova alle ore 7 alla volta di Ravenna, dove si giungerà prima di mezzogiorno. La seconda colazione verrà consumata « al sacco » nell'interno della Pineta. Dopo un breve riposo pomeridiano avverrà la partenza alla volta di Castrocara. Sosta di un'ora e mezza circa, poi proseguimento per Ancona, dove si arriverà in serata. Assegnazione delle camere. Pranzo e pernottamento. Visite al Centro di Assistenza Sanitaria.

16 settembre: Ancona, Foligno, Roma.

Prima colazione in albergo. Partenza da Ancona in mattinata. Arrivo a Foligno in tempo per la seconda colazione, che verrà servita in albergo. Dopo un breve riposo pomeridiano, proseguimento per Roma, dove si giungerà in serata (fine del viaggio).

La quota di partecipazione è stabilita con Lit. 1330 per persona (premessi un numero di 30 partecipanti) e comprende:

- a) trasporto in autopullman di lusso su tutto il percorso;
- b) vitto ed alloggio in alberghi di prim'ordine e buoni ristoranti;
- c) trasporto del bagaglio a mano e facchinaggio;
- d) visita della città (mezza giornata) a Milano e Venezia;
- e) ingressi, tasse, mancie, servizio;
- f) assistenza di un funzionario « Turisanda » per tutto il viaggio.

Per informazioni rivolgersi: « Turisanda », Ufficio di Viaggi e Turismo - Piazza di Spagna, n. 20, 21, 22, Roma.

RASSEGNA DI ARTICOLI D'IGIENE

Im Dienste der Gesundheit, Giugno 1937, N. 2 — Basilea.

Dott. MONTIGEL, *Gli sport nell'acqua e la salute*.

Il nuoto ha una triplice azione benefica: rinforza i muscoli, allena ad un ritmico esercizio respiratorio, rende resistente la cute agli squilibri termici. Quasi identici vantaggi dà il canottaggio. Il pericolo dell'annegamento è spesso causato dall'immergersi a stomaco pieno, oppure è provocato da affezioni dell'apparato cardiovascolare. E' quindi consigliabile ai principianti una accurata visita medica.

Dott. HANSELMANN, *Educazione al lavoro*.

Bisogna convincere sè stessi e gli altri che il lavoro non è un piacere, bensì un dovere; però esso può procurarci soddisfazione e piacere.

Dott. KOCH, *Malattie e malati*.

Nella cura di una malattia non si deve badare soltanto all'organo malato, ma anche all'intero organismo. Infatti non esistono malattie ma malati, perchè la stessa malattia ha decorsi vari, potendo ora localizzarsi, ora diffondersi all'intero organismo o dare anche complicanze.

Dott. P. HUBSCHMID-NOEL, *Per ben digerire mangia con calma e parsimonia*.

Il masticare bene è già digerire a metà; vien riportato l'esempio dell'americano, Fletscher, che rifiutato dalle Compagnie Assicuratrici per la sua gracilità, visse invece a lungo per avere corretto la maniera di assumere i cibi e cioè di ben masticarli.

Dott. VALEMAR, *L'Idropisia*.

Può essere causata da lesioni renali, cardiache, epatiche, peritoneali ecc.; va quindi curata diversamente in dipendenza delle varie cause.

Dott. WOLZ, *Varici e trombosi*.

Possono essere prevenute con gli esercizi muscolari, e se manifestatesi da poco tempo, migliorate con calze e fasce elastiche, ed infine curate mediante intervento chirurgico. Si giovano presentemente di una cura ambulatoria a mezzo di speciali fascie, senza interrompere il lavoro.

Vita Ratgeber, Luglio 1937, N. 22 — Zurigo.

Il ritmo della vita.

Il voler contrariare il ritmo che la natura offre alla vita degli uomini, provoca molte affezioni quali il diabete, il morbo di Basedow, ipereccitabilità, esaurimento nervoso, ecc.

Alcune osservazioni sul vestiario dell'uomo.

L'uomo in genere veste molto pesante ed anche in modo incomodo ed antigienico. Occorre riparare a questi inconvenienti.

Allergia.

E' il contrario dell'immunità ed è dovuta all'ipersensibilità dell'organismo di fronte a certe albumine (animali, vegetali) che vengono introdotte nel nostro corpo. Si presenta sotto forma di febbre da fieno, asma nasale, asma bronchiale, orticaria, ecc.

Come estinguere la sete.

Non è affatto igienico, nè riesce ad estinguere la sete, il bere molta acqua fresca. Riescono invece dissetanti le bevande calde come il the; oppure il masticare un pezzo di galletta che provoca la salivazione e inumidisce le fauci.

Le funzioni della tiroide.

Queste si ripercuotono sull'intero organismo e mentre si produce il morbo di Basedow quando la funzione è esagerata, si ha invece il cretinismo quando la funzione è diminuita.

Gesundheit und langes Leben.

Dott. FRITZ BASSAUER, *L'influenza delle marcie sulla salute*.

Con queste si attiva la ginnastica respiratoria, si detendono i nervi, si rinforza la vista. Anche gli esercizi sportivi che ad esse facilmente si associano, quali il nuoto e il canottaggio, rinforzano la muscolatura, e combattono la pinguedine.

Dott. FRIEDER DREXLER, *Cura fisica naturale*.

Ognuno è artefice del proprio benessere. Paucissime deficienze fisiche curate possono essere corrette mediante esercizi fisici appropriati e alimentazione adatta.

Dott. THOMALLA, *Il regime Sanitario del Nazional-socialismo.*

Le direttive sanitarie del nazional-socialismo mirano al miglioramento della razza, a mezzo di consultori medici per bambini e per adulti.

Dott. ROSTEN, *Abuso dell'alcool e degenerazione.*

L'abuso dell'alcool apporta, alterando le cellule germinative del genitore, svariati danni nella figliuolanza; fra questi l'epilessia; il ballo di S. Vito, e nella donna la scarsa secrezione latte.

Viva Cien Anoes, Giugno 1937, N. 9 — Buenos Ayres

Dott. J. R. GOMES, *Turismo invernale.*

L'A. ci dice quanto sia grande l'errore di coloro che credono si possa andare in villeggiatura solo durante l'estate; tutte le stagioni sono propizie per passare le proprie vacanze. E' necessario rendersi indipendenti dalla schiavitù delle stagioni, imposta soltanto dall'usanza. L'A. dimostra come anche durante l'inverno ci si possa dedicare al turismo, e si possano trovare luoghi per passar bene il proprio periodo di riposo. Tutto sta naturalmente nel saper scegliere. In questo articolo comincia a trattare dei benefici effetti della montagna e del suo clima.

Dott. E. RUIZLASAL, *La Bocca.*

L'A. si propone con una serie di articoli di descrivere il sistema digerente, che definisce come una vera strada con numerose tappe, con la sola differenza dalle altre, che non ha la direzione di marcia opposta. In questo primo articolo limita la trattazione alla bocca, di cui descrive la costituzione anatomica e la funzione fisiologica.

Dott. J. R. STEISBERG, *Piccoli sintomi - Grandi effetti.*

Sintomi a cui spesso non diamo importanza, possono essere indici di gravi alterazioni, è necessario saperli osservare in tempo, quando ancora è possibile fare qualche cosa di utile, così per esempio per la tubercolosi polmonare e per il cancro, delle quali malattie è ormai a tutti nota l'importanza d'una diagnosi precoce. L'A. descrive tutti i piccoli sintomi dai quali anche un profano può essere messo in allarme, nei riguardi di queste due malattie, e descrive anche i danni che possono derivare da una elioterapia praticata male a proposito.

Dott. M. ALZUA, *Ogni donna deve misurare il suo corpo.*

L'A. tratta degli inconvenienti che la vita moderna arreca alla donna; specialmente quelle che lavorano sono soggette, a seconda del genere di lavoro, ad ingrassare troppo, o a dimagrire. Consiglia di non fidarsi soltanto della bilancia, poichè un aumento od una diminuzione del peso del corpo, può dipendere da un accumulo di grasso o da un assottigliamento di una sola parte del corpo, il che è dannoso, all'estetica, ed alla salute; le donne devono controllare le misure delle singole parti del loro corpo, secondo dati che l'A. riporta, e correggere i difetti con opportuni esercizi ginnici.

Dott. A. AUSTREGESILO, *Stanchezza e sfiducia.*

Le sofferenze delle persone nervose provengono dall'immaginazione. Così tutti coloro che svolgono un'intensa attività intellettuale sono soliti accusare una grande stanchezza ed un improvviso bisogno di riposo, eppure un'osservazione comune, ci dice che messi in riposo, questi individui stanno molto peggio, ed hanno bisogno di trovare lavoro per alleviare le proprie sofferenze. Spesso sono proprio i cosiddetti psicotecnici che sono capaci di sviluppare una energia formidabile. Zola, Darwin, Rousseau, sono esempi luminosi.

Prof. Dott. G. KAUFMANN, *Aria ed Acqua.*

L'azione del clima ha enorme importanza per la nostra salute e può per la sua influenza sui processi fisici e psichici, essere un mezzo di cura meraviglioso e indispensabile. Dove c'è sole, aria ed acqua, e questi elementi agiscono sulla pelle in dose prudente e in modo regolare, si può essere sicuri che non esiste clorosi, nè anemie.

Dott. M. BIRCHER BENNER, *L'Acido urico.*

L'A. narra la storia della scoperta dell'acido urico da parte di Haig. L'alimentazione in uso attualmente è fonte di acido urico, ciascuno ha in sè un deposito, piccolo o grande, di questa pericolosa sostanza, che liberandosi dai tessuti e passando nel sangue è causa di numerosi disturbi: che non sempre il nostro organismo sopporta bene. L'A. descrive i principali di questi disturbi e detta i precetti per prevenirli e per curarli.

Prof. Dott. A. BUZZO, *Attenzione all'ossido di carbonio!*

L'A. dà la descrizione delle proprietà dell'ossido di carbonio, e di tutti i danni che può produrre, e ci consiglia di star bene in guar-

dia dal suo pericolo, poichè l'ossido di carbonio si può trovare dove meno si sospetta, date le sue multiple fonti nella vita moderna.

Prof. Dott. H. SALOMON, *Persone che aumentano di peso per azione dell'aria.*

In questo articolo l'A., che è uno specialista in materia di alimentazione, riporta ed illustra le esperienze di Silva Mello, secondo le quali alcune persone, aumentano di peso, malgrado eliminino più di quanto ingeriscono. Tale aumento, secondo l'opinione dell'illustre A., non è potuta provenire se non dall'aria.

Dott. M. CASTILLO, *Microclima e sua influenza sui reumatici.*

L'A. noto specialista di malattie reumatiche, prosegue, in quest'articolo, ultimo della serie, iniziato nel mese di ottobre, la trattazione delle cause che danno origine al reumatismo. Fa una classificazione dei climi, e dei fattori che contribuiscono a render sani o insalubri, illustra che cosa si debba intendere per microclima naturale o artificiale, e degli effetti benefici o dannosi da esso prodotti nell'uomo, con particolare riguardo al reumatismo.

Dott.ssa P. SATANOWSKI, *Prevenzione della congiuntivite.*

L'A. fa la descrizione delle forme più comuni di congiuntivite; catarrale, purulenta, e dei neonati, dà le norme igieniche per prevenirle e i consigli generici per curarle, consigliando di rivolgersi sempre ed appena è possibile, al medico per la cura specifica; tratta infine del tracoma, come malattia sociale a larga diffusione, piaga dei paesi arretrati.

Dott. L. C. PERRUSI, *A quale tipo umano appartiene?*

Il tipo umano medio normale molto spesso presenta deviazioni; ed a seconda il predominio della altezza, o del peso, si hanno due tipi fondamentali, il longilineo ed il brevilineo, che a loro volta si dividono in longilineo forte e in longilineo debole, in bervilineo forte e in brevilineo debole, il tipo umano perfetto è costituito dal longilineo forte. Stabilita tale classificazione, l'A. ci descrive i pregi e difetti che presentano i vari tipi di costituzione, e le malattie e i disturbi a cui è più soggetto l'individuo secondo che appartenga all'una, o all'altra costituzione.

Hijo mio! (*La Rivista dei Genitori*), Buenos Ayres, N. 3., Giugno 1937.

E. NELSON, *Circa le abitudini di tuo figlio.*

Educa in esso la volontà in modo che diventi un'abitudine quasi meccanica ed automatica, legge suprema della vita, e che ogni attività proceda dall'abitudine. I nove decimi della nostra attività sono automatici; così, camminare, scrivere, leggere, ecc.; se così non fosse, non potrebbero esistere artisti nè pensatori; tanto più l'essere cosciente, può liberarsi da carichi, e tanto maggiore ha la possibilità di dedicarsi ad obiettivi superiori.

DOTT. G. F. DE RIVAS, *Il pro ed il contro della maternità.*

L'A. critica in questo articolo quelle che si potrebbero definire le deformazioni della divina funzione della maternità; da Eunice Winstead sposa e madre a 9 anni, a Grace de Bagnado che ha messo al mondo 12 figli in 10 anni ed è la vincitrice del « Derby della Maternità », e tutte quelle donne che appunto per concorrere al famoso premio si impegnarono in quella che fu definita la maratona dei figli. Passa infine in rassegna le provvidenze adottate nei vari Paesi in favore della maternità.

Dott. S. V. WIMMER, *Io vorrei che fosse uguale agli altri bimbi.*

L'A. ci parla dei bimbi psiconeurotici, instabili di carattere, ora triste, ora irrequieti, ed agitati, a volte voraci; più spesso di scarso appetito; con accrescimento fisico ed intellettuale ritardato, o qualche volta apparentemente, superiore al normale. Quasi sempre alla base di tali alterazioni psichiche si trovano delle profonde cause fisiche e di ambiente che è necessario sapere.

Dott. L. CARRIL, *Ciò che mio figlio deve sapere.*

L'Autore sostiene la necessità che i genitori nel periodo della pubertà istruiscano i loro figlioli nelle funzioni sessuali, senza pudori fuori luogo. L'ignoranza, o piuttosto la incompleta ed errata conoscenza di tali funzioni, specie dal punto di vista igienico, può essere fonte nei giovanetti di inconvenienti non indifferenti.

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

(387) Società Tipografica Castaldi - Roma, Via Casilina, 49 - Tel. 70.409

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'I. N. A.

BIMESTRALE DI MEDICINA PREVENTIVA E DELLE ASSICURAZIONI

Direttore: Prof. Dott. ILARIO ROMANELLI

Redattore-Capo: Dott. ALBERTO STARNA

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

SOMMARIO

- | | |
|---|---|
| <p>1. Provvidenze Sanitarie a favore degli assicurati 1-XIX</p> <p>2. Consigli agli assicurati:</p> <p> a) Prof. A. VELE, Gli occhiali da sole. 242</p> <p> b) Dott. A. STARNA, La difficoltà di mingere 243</p> <p> c) Rassegna artic. d'igiene (vedi fog. azz. XXII-XXIV).</p> <p>3. Notiziario 247</p> <p>4. Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita:</p> <p> a) Dott. A. STARNA, La prognosi delle albuminurie. 251</p> <p> b) Dott. F. MANOZZI, Considerazioni sull'infezione malarica 284</p> <p>5. Medicina legale delle Assicurazioni Vita:</p> <p> Dott. F. VICENTINI, Del danno che può derivare in A. V. dalle reticenze dell'assicurando 287</p> | <p>6. Indagini di statistica medica:</p> <p> Dott. F. VICENTINI, La tavola di Clark e la sua applicazione pratica in un gruppo di assicurandi e assicurati veneti 292</p> <p>7. Dalle riviste che riceviamo in cambio 299</p> <p>8. La pagina per il medico fiduciario:</p> <p> Dott. E. GIANNONE, L'utilizzazione dell'elettrocardiografia nell'A. V. 301</p> <p>9. Varie:</p> <p> Prof. Dott. BASILIADES, La lotta contro la tubercolosi in Grecia 308</p> <p>10. Dai Libri e dai Periodici 313</p> <p>11. Pubblicazioni ricevute 319</p> <p>12. Nuptialia 320</p> <p>13. Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari 320</p> |
|---|---|

NORME PER I COLLABORATORI: Si pubblicano lavori brevi (massimo venti pagine dattilografate), che trattano 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

GLI OCCHIALI DA SOLE

Durante i mesi estivi sono largamente diffusi questi occhiali sia in città che al mare e ai monti.

E' una moda o sono veramente utili? Quali sono consigliabili?

Rispondiamo in breve a queste domande.

Sono utili a proteggere l'occhio da quella sensazione di fastidio che arrecano i raggi luminosi quando ci si esponga repentinamente all'azione di una sorgente luminosa troppo viva, quale è il sole. Questo fatto succede alle persone che vivono in ambienti a luce moderata o scarsa e che uscendo dai loro uffici all'aperto, sono esposti ad un rapido cambiamento di luce.

Gli occhiali che si usano per mitigare la luce solare sono quelli colorati. Questi hanno la proprietà di diminuire l'intensità luminosa, ma hanno l'inconveniente di modificare la percezione dei colori o percezione cromatica.

Infatti se noi guardiamo un oggetto od un panorama, ad es., attraverso un paio di occhiali rossi od azzurri, quanto vediamo, non ci apparirà del suo colore naturale, ma molte tinte assumeranno una sfumatura speciale tendente all'uno o all'altro colore.

In commercio esistono occhiali con vetri di svariati colori; generalmente vi sono rappresentati tutti i colori dell'iride e le sue combinazioni.

Le tinte preferibili però, sono rappresentate dall'affumicata e dalla neutra (l'una tendente al grigio, l'altra al grigio-azzurro), la prima specialmente pel

fatto che attenua la luce troppo viva e nello stesso tempo modifica solo momentaneamente la percezione dei colori.

E' bene che il vetro sia preferibilmente chiaro, perchè quello scuro si scalda troppo al sole.

E' pure consigliabile la tinta neutra per il fatto che il grigio, avendo una lievissima sfumatura in azzurro, lascerà passare minor quantità di raggi calorifici nell'occhio.

Ma lo stimolo che si ottiene attraverso un vetro colorato non è uno stimolo naturale, e non si può negare che col tempo rechi danno all'occhio.

Per quale ragione sono piuttosto sconsigliabili i vetri verdi, gialli, azzurri e tutti i colorati in genere?

Perchè alterano la percezione cromatica e irritano l'occhio. E l'insorgere delle immagini secondarie non è certo un fenomeno piacevole.

Il verde è troppo luminoso, contiene molti raggi calorifici e desta assai le tinte complementari, mentre l'azzurro possiede meno raggi calorifici, è meno luminoso e desta meno le tinte complementari; il giallo è ricco di raggi calorifici e gialli... e così via.

Ad ogni colore, un difetto.

Mentre, con gli occhiali affumicati o neutri, l'alterazione della percezione cromatica se non viene eliminata, è almeno assai menomata.

Sono sempre indicati gli occhiali colorati?

Chi specialmente deve portarli?

Sono indicati nelle giornate di sole,

come già ho fatto qualche cenno al riguardo, e soprattutto nelle ore molto soleggiate e nei giorni che pur essendo nuvolo, il riflesso solare è assai fastidioso.

Questo per tutte le persone che lavorano nei locali a debole o temperata luce.

Per chi vive all'aria libera non è necessario l'occhiale per proteggersi dagli intensi raggi solari, perchè l'occhio possiede una adattabilità alla luce. E se vogliamo, anche quel fastidio che si prova uscendo improvvisamente al sole, lentamente scompare.

Come dice il Prof. Ovio « la luce è per l'occhio, quello che è l'aria pei polmoni. Come nell'aria non è l'ossigeno,

non è l'azoto che serve alla respirazione, ma l'aria, così per l'occhio non è il verde o il rosso, ma è la luce del giorno... ».

Gli occhiali colorati sono consigliabili alle persone che pur avendo occhi sani vivono ordinariamente in luoghi a luce mitigata e si espongono spesso o ad intervalli alla luce viva e alle persone alle quali qualsiasi stimolo un po' forte reca molestia.

L'occhiale sia preferibilmente largo, con una conformazione che ripari dalla luce laterale e come ripeto, leggermente affumicato o a tinta neutra perchè questi colori si avvicinano più degli altri alla luce naturale.

Prof. M. VELE.

LA DIFFICOLTÀ DI MINGERE

(DISURIA)

Dott. ALBERTO STARNA

Ecco un argomento che farà arricciare il naso a più di uno; ma l'importanza di esso è tale che son sicuro finirete col convincervi sull'utilità di conoscere qualche cosa sopra una funzione a torto negletta da chi sta bene e sulle cui alterazioni si tace o se ne parla sottovoce, quasi con disprezzo.

Il dott. Trottarelli qualche anno fa trattò in questa stessa Rivista il rischio assicurativo per tali disturbi; ritornarvi con parole spicciole mi sembra buona cosa, ed utile specie per le persone di una certa età.

E poi, credetemi sulla parola, la cosa appresa così alla buona, attraverso queste due paginette è preferibile ad una eventuale esperienza personale e « non olet »; proprio come disse l'imperatore

Vespasiano allorchè ritirò una certa gabbella di sua istituzione. Voglio soltanto avvertire che se vi fosse, tra i quattro curiosi che scorrono queste righe una signora può pure saltarmi senza rimpianto perchè quest'argomento non riguarda lei nè la metà del genere umano che rappresenta.

Come vedete, per una specie di giustizia distributiva, la natura, visto che il sesso debole era già sufficientemente gravato da molteplici disturbi conosciuti col nome di «incomodi della donna», ha pensato di mettere sulla bilancia dal lato dei signori uomini una coserella da poco: i rischi della disuria. Dirò subito che essa sembra di poco conto, quanto ad esserlo è una faccenda che vedremo.

Questa difficoltà a mingere è dovuta

alle speciali caratteristiche del canale incaricato di far defluire periodicamente l'urina raccolta nella vescica, e detto uretra, che nell'uomo è molto più lungo e soprattutto presenta un decorso tortuoso in confronto a quello della donna.

La regalità maschile dovrà pur pagare uno scotto per la sua qualità virile, non vi pare?

* * *

Nell'uomo adulto l'uretra raggiunge una lunghezza di 18 cm.; ma ciò che ne rende più insidioso il percorso è l'esistenza di due curvature, di alcuni restringimenti e soprattutto dalla presenza lungo il suo tragitto di una ghiandola genitale accessoria, la prostata che circonda questo canale come un manicotto.

Il senso pratico che dettò agli antichi parecchie norme utili aveva fatto loro vedere anche la grande importanza che aveva, specie per una fiorente senilità, una regolare e spontanea minzione. La scuola salernitana, unico segnacolo della tradizione medica greco-romana, ha lasciato traccia nei suoi rudimentali precetti dell'attenzione che si deve richiamare sopra questa funzione.

In quella raccolta di esametri, non sempre forbiti, che distillava in pillole l'insegnamento scolastico nell'undecimo secolo, troviamo qualche traccia di una tale preoccupazione. In quell'interessante poemetto intitolato « Flos medicinae Salerni » che per quattro secoli manoscritto e poi attraverso 250 edizioni erudite moltissime generazioni dei medici di tutta Europa, troviamo tra le norme generali il seguente precetto:

Non mictum retine, nec comprime anum

Quando dunque si urina spontaneamente, vuotando bene la vescica, una condizione di buona salute è adempiuta. Ma

purtroppo non è sempre così. Inavvertitamente, senza che il soggetto dia importanza alla cosa, il mitto si fa meno facile e richiede lo sforzo ausiliario dei muscoli addominali.

Il getto, perduta la ordinaria curva ad arco, cade con meno impeto sempre più vicino alla persona fino a che scende quasi perpendicolarmente giungendo, come dicono i malati, a bagnare loro le scarpe. Ma quanti sono coloro che fanno attenzione al fenomeno e se ne preoccupano? Ben pochi; i più non dan peso a questi segni premonitori. Ugualmente durante tale stadio il sonno viene interrotto nella seconda metà della notte da uno stimolo ad urinare che non è mai soddisfatto completamente e si rinnova più volte. Questo desiderio di mangiare spesso, si stabilisce anche nella giornata, ma passa inosservato tra un'occupazione e l'altra; con termine medico è detto *polachiuria*.

Tutte queste cose sembrano futilità; ma non è così. Come nella vita le piccole impensate difficoltà fanno naufragare spesso i grandi progetti; così trascurando di dar peso a questa « inezia » che turba le funzioni vegetative troppi spesso perdiamo un tempo prezioso per la nostra salute. Insidiosamente in tal modo si stabilisce un ristagno della vescica che costituisce un pericolo niente affatto trascurabile.

Ma un'altra minaccia si profila all'orizzonte di questi malati; la causa di tale difficoltà a mangiare che evidentemente è dovuta ad un restringimento (*stenosi uretrale*). Di solito non si fa attenzione al disturbo fino a che un brutto giorno in occasione di un eccessivo strapazzo fisico o dopo un pasto abbondante come un fulmine l'individuo si avvede di non poter urinare quasi affatto; lo stimolo non trova il suo naturale soddisfacimento in un'evacuazione liberatrice; ma solo uno scarso stillicidio urente e

tinto di sangue sono il risultato dei suoi sforzi.

Solo allora ci si affretta a chiamare il medico e questi, se un antispasmodico non ha effetto, dovrà passare al cateterismo. Una tale pratica che consiste nel ristabilire con un tubo flessibile la via alle urine attraverso l'uretra stenosata non è sempre facile nè scevra di pericoli. Le *false strade*, le *emorragie*, le *infezioni vescicali* sono complicanze frequenti nei cateterismi tentati in simili condizioni fisiche e morali che non sono affatto le migliori e le ideali per il malato.

Comunque, vuotata che sia la vescica sia con il cateterismo, sia con un intervento chirurgico addominale per mezzo della puntura sovrapubica, il vero problema non è risolto ma soltanto rinviato di qualche ora in uno stato meno ansioso per il paziente. Le cause della stenosi uretrale si riducono a due gruppi fondamentali.

Al primo vanno ascritti tutti i restringimenti uretrali secondari ad un'antica blenorragia mal curata o ad un trauma avvenuto nella regione perineale. La storia del malato è quasi sempre sufficiente per accertare una forma di questo genere.

Il secondo gruppo comprende la maggior parte delle stenosi che insorgono verso i 60 anni ed è dovuto ad ingrossamento della prostata. Questo organo, proprio quando diminuisce la sua attività funzionale sessuale, comincia a dare i primi dispiaceri a chi per l'innanzi non sapeva neanche di possederla. Qualche volta, indagando nel passato di questi malati, si rintracciano trascorsi giovanili conclusi con una ostinata blenorragia poco curata o curata in modo inconstante.

Ma molto spesso nulla ha da rimproverarsi il prostatico che può aver condotto una vita regolata e non aver mai

contratto malattie veneree. Ed allora? Per una causa a noi ignota questa ghiandola nella senescenza può andare incontro ad un processo di proliferazione tanto del tessuto secernente quanto del tessuto fibroso che lo circonda.

Fortunatamente il più delle volte questo tessuto che restringe l'uretra e contemporaneamente fa sporgenza nella vescica è di natura benigna (*fibroadenoma*); ma costituisce sempre un tumore. Non occorre spendere molte parole per ricordare quale insidia esso rappresenti per il nostro organismo anche se limitasse il danno ai disturbi meccanici di compressione sugli organi vicini.

Ma accanto alla stenosi da *ipertrofia prostatica semplice* esistono casi di tumori maligni dell'organo (*epitelioma*). In queste forme i dolori spontanei della regione sacrale, il deperimento e l'anemia intensa mostrano la gravità del male. Più rara anche è un'altra lesione della prostata; *la tubercolosi* che per la contemporanea diffusione alle vie urinarie ed all'epididimo, è diagnosticata dal medico agevolmente.

Senza volervi annoiare con un'esposizione arida e troppo scientifica possiamo a questo punto trarre le conclusioni pratiche. Abbiamo visto che la difficoltà di urinare mentre nei giovani o nella media età riconosce come causa prima una lesione uretrale blenorragica, nella senescenza è sempre dovuta ad una malattia della prostata.

Ai primi disturbi sopra riferiti tutti gli uomini, e soprattutto quelli di età, devono sottoporsi ad una visita medica nel loro interesse per accertare la natura della malattia stenosante. Teniamo presente che un intervento chirurgico precoce è possibile ed utile anche nelle forme epiteliomatose purchè l'accertamento sia stato molto precoce; più tardi sarebbe fatale per la vita.

Anche nell'ipertrofia prostatica sem-

plice, è possibile attraverso cure mediche precoci, che solo il medico può prescrivere nel singolo caso regolando anche la dieta e l'attività del soggetto, è possibile dico, mantenere il soggetto in ottime condizioni per decenni al riparo da quel dramma cui sopra abbiamo accennato e che è costituito dalla *ritenzione acuta di urina*. Invece il prostatico che si trascura, andrà incontro fatalmente ad una o più complicanze dovute all'eccessivo ristagno di urina. Infatti questa, fermentando nella vescica, condurrà un po' per volta ad una *pielonefrite* infetta con intossicazione per il riassorbimento delle tossialbumine che si sono accumulate. Il pallore cereo, la debolezza, il dimagrimento, un vero *stato cachettico*, sono la conseguenza delle urine torbide di cui alcuni vecchi inconsideratamente non fanno caso. Errore imperdonabile che spesso si paga amaramente.

Nè è con ciò chiuso l'elenco delle complicanze che possono colpire i prostatici trascurati. Una brutta mattina, dopo una passeggiata od uno strapazzo questi malati possono vedere le loro urine colorate in rosso: è il sangue che, negli eccessi di ritenzione, rotti i vasi capillari ha provocato ciò che i medici chiamano ematuria.

Così pure un'ipertrofia prostatica può un brutto giorno, specie quando esistono infiammazioni vescicali, trasformarsi in *epitelioma* con tutte le conseguenze che questa malattia comporta.

Infine dall'esame medico per una disuria, può il sanitario in vari casi sospettare una malattia nervosa fino allora latente; la complessità di tali forme ci rende impossibile parlarne qui; comunque sarà molto di guadagnato per il paziente.

* * *

Il disturbo che oggi abbiamo voluto ricordare non è, lo capisco, argomento

di piacevole conversazione e la più gran parte dei profani ne ignora anche l'esistenza; ma la sua importanza supera di molto il disagio di chi preferirebbe non sentirne parlare. Perchè, ricordiamolo, la nostra mentalità condotta sopra una falsa linea di educazione ha avvolto alcune importanti funzioni del nostro organismo nel manto di un presunto pudore e di una convenienza inesistente.

Ogni vero uomo invece deve, per difendersi a tempo dalle malattie, conoscere i pericoli cui va incontro quando trascura un disturbo apparentemente lieve come questo. Ricordiamoci che nessuna funzione nell'armonia dell'organismo è inferiore nè dobbiamo nascondere a noi stessi alcuna deficienza.

Gli antichi per esperienza avevano riconosciuta l'importanza di questa funzione tantochè ornavano spesso i monumenti dedicati a tale scopo di una edicola propiziatoria per i ... clienti nella quale era effigiata la dea Fortuna ed Igea, spesso un putto tra le due divinità minge tranquillamente.

I romani, che non avevano pregiudizi, non si sono peritati nelle loro fontane di rappresentare più liberamente in statuette a scopo ornamentale un simile puttino od un fauno malizioso in atto di aspergere acqua dentro una conchiglia; nè la loro presenza impediva che in un altro gruppo posto dirimpetto nell'atrio signorile, Leda, stretta teneramente al cigno, si vestisse, pudica, soltanto della pioggia di uno zampillo d'acqua.

Perchè di fronte all'arte ed alla salute non vi sono falsi pudori nè convenienze da salvare.

Rassegna di articoli di igiene

(Vedi rubrica azzurra pag. XXII-XXIV)

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'ATTIVITA' DELL'UOMO SI ESPLICA E LA FREQUENZA E LE CAUSE CHE DETERMINANO LA INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DOVUTA AI VARI LAVORI DELL'UOMO ».

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

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

Esito del concorso indetto dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni per una monografia di norme di vita igienica nell'Impero Italiano di Etiopia e nelle altre Colonie.

Il 31 maggio 1936-XIV l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni bandì un concorso a premi per una pubblicazione di medicina preventiva destinata ai propri assicurati.

La monografia doveva contenere: « norme di vita igienica e di lavoro proficuo nell'Impero Italiano di Etiopia e nelle altre Colonie e Possedimenti Italiani, e norme per prevenire le malattie che risultano ivi più frequenti ».

La Commissione giudicatrice del concorso, composta da:

S. E. il senatore **prof. dott. Aldo Castellani**, conte di Chisimaio, Direttore della Clinica delle malattie tropicali della R. Università di Roma, presidente;

Prof. dott. Guido Vernoni, Direttore dell'Istituto di Patologia Generale della Regina Università di Roma;

Generale medico della R. Marina professor **dott. Alcibiade Andruzzi**, Capo del Servizio Sanitario dell'Africa Italiana;

Prof. dott. Ilario Romanelli, Capo del Servizio Sanitario dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni;

ha esaminato le 14 monografie presentate dai concorrenti, ed il giorno 9 luglio ha consegnato al Direttore Generale dell'I.N.A. la relazione dei lavori compiuti.

La Commissione pur compiacendosi che vari lavori hanno buoni pregi, ha giudicato all'unanimità come più adatto allo scopo e quindi da pubblicare, il lavoro contrassegnato dal motto « Non timeo leones, timeo animaluncula quaedam », di cui è risultato autore il prof. dott. Giuseppe Penso.

La Commissione ha inoltre giudicato degno di encomio il lavoro contrassegnato dal motto: « Curare è bene, prevenire è meglio » di cui è risultato autore il prof. dott. Mario Girolami.

Il Consiglio di amministrazione dell'I.N.A. approvando le conclusioni della Commissione ha deliberato anche un premio di incoraggiamento a favore del prof. dott. Girolami.

Riunioni del Comitato Medico Consultivo

Nei giorni dal 2 al 4 giugno u. s., il Comitato Medico Consultivo ha tenuto cinque riunioni nelle quali ha trattato e discusso argomenti di non comune importanza, sia dal punto di vista pratico sia da quello scientifico.

Erano presenti i sigg.: prof. dott. Icilio BONI, dott. Giulio CAVALIÈ, dott. Augusto COEN-PORTO, prof. dott. Carlo DE GREGORIO, dott. Paolo ISRAELI, prof. dott. GUIDO MALAN, dott. Fabio MARSELLA, prof. dott. Giovanni PILOTTI, prof. dott. Ilario ROMANELLI, dott. Pietro TROTTARELLI, prof. dott. Leopoldo WINTERNITZ; riunione, quindi, plenaria.

Il Comitato si occupò inizialmente di portare a buon fine lo studio dei moduli per le assicurazioni senza visita medica sia di rischi normali che di quelli tarati. Tale materiale sarà poi raccomandato a chi di ragione ed in quell'occasione sarà anche espresso il voto del C.M.C. inteso ad allargare il campo delle assicurazioni, con l'accettazione, con le forme e le garanzie che più saranno ritenute opportune, di rischi tarati senza visita medica preventiva.

Un altro argomento di indole pratica è stato svolto dal prof. Romanelli, il quale ha portato a conoscenza del C.M.C. le ragioni per le quali sono state suggerite alcune modifiche al modulo unico in uso presso tutte le Compagnie, per i rapporti di visite mediche, modifiche che consistono nella separazione nettissima fra le dichiarazioni che deve sottoscrivere l'assicurando ed il risultato obiettivo del medico esaminatore.

Ma per la maggior parte, il Comitato si è occupato di argomenti scientifici. Così, infatti, il prof. Malan ha presentato una relazione sulla valutazione dei postumi delle affezioni tubercolari, cominciando a trattare di quelli della tubercolosi polmonare.

Esposizione interessante, intesa ad illustrare la necessità della costituzione di gruppi di individui che, pur clinicamente guariti, presentano varie possibilità assicurative, all'uopo valendosi più largamente di quanto non si sia fatto finora della radiologia, ausilio quant'altri mai importante e spesso decisivo nella valutazione dei postumi delle affezioni tubercolari polmonari.

Il prof. Icilio Boni presenta una memoria sulle « Glicosurie », argomento che, per la frequenza con cui si riscontrano assicurandi con zucchero nelle urine, richiama in modo particolare l'attenzione del Comitato. Il prof. Boni si sofferma a considerare il grande valore che devesi attribuire alla glicemia a digiuno nei glicosurici, esprimendo il voto che possa prendere sempre maggiore diffusione la determinazione della curva glicemica.

Parla quindi il prof. Winternitz sull' « arteriosclerosi ». Egli, da appassionato cultore di tutti i problemi connessi con l'assicurazione vita, intrattiene a lungo il Comitato sopra questo difficile argomento, insistendo sul fatto che esso, per noi assicuratori, deve essere essenzialmente problema « diagnostico », prima d'essere prognostico e che in poche circostanze come questa, è indispensabile che la selezione medica agisca nel modo migliore.

Infine tratteggia egregiamente il vasto campo delle malattie nervose e mentali, con quella particolare competenza che gli è propria, il prof. Pilotti. Egli non fa su tali stati morbosi una vera e propria relazione che tratti a fondo quelle malattie, in atto o pregresse, che potrebbero essere accettate in assicurazione, ma, in questa prima occasione nella quale ha intrattenuto il C.M.C. sopra argomenti che gli son famigliari, ha voluto fare un quadro, che è riuscito assai completo, allo scopo di indicare per quali malattie potrebbero essere raccolti dati statistici ed altri elementi, allo scopo di consentire uno studio appropriato e giungere a conclusioni positive.

Il Comitato Medico Consultivo tornerà a riunirsi nel prossimo novembre.

Dr. A. LAMBERTI-BOCCONI.

IV Conferenza Internazionale sui problemi dei rischi tarati

Nel fascicolo di febbraio di questa Rivista, è stato pubblicato il programma dei lavori che avrebbe svolto la Conferenza, che si è riunita a Parigi fra il 14 ed il 16 giugno u. s. Il Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati, ha parteci-

pato ad essa portando un contributo di lavori e di esperienze come nessun'altra Organizzazione similare. Diremo, dunque, qualche parola sull'attività della Delegazione Italiana.

Il Comitato Medico Attuariale del CIRT, aveva predisposto una relazione sui « pareri circolari internazionali » scambiati in questi ultimi anni fra le varie organizzazioni europee che partecipano alla cosiddetta « cooperazione internazionale ». Su questa relazione nonchè su un'altra simile ma meno efficace presentata dal dott. Klouzek del Consorzio Cecoslovacco, la discussione fu animatissima. La relazione italiana giungeva ad affermazioni suffragate da fatti e confortate dall'esperienza e le proposte che ne scaturivano, furon prese nella più seria considerazione. Il dott. Klouzek, dopo una esposizione di un certo numero di casi sottoposti al parere internazionale, riprendeva, in parte, le conclusioni esposte a Praga dal professor De Gregorio e, ribadendole, le sottoponeva, di nuovo, all'attenzione della Conferenza.

Importanti risultarono anche le proposte del dott. Gruder di Vienna intese ad ottenere una maggiore e più completa utilizzazione dei pareri circolari internazionali, in considerazione dell'alta importanza che essi hanno, importanza ormai da tutti riconosciuta nella esatta misura.

Comunque, i numerosi voti e suggerimenti tendevano tutti verso un unico scopo: intensificare lo scambio dei pareri circolari, promuovere frequenti riunioni fra i tecnici e specialmente, medici, al fine di giungere alla formulazione di direttive, per quanto possibile uniformi, in ordine alla valutazione dei rischi tarati.

Presiedeva le discussioni l'egregio dottore Bergholm, della « Sverige » di Stoccolma, e questi, di fronte a tante proposte, nominava una commissione perchè le vagliasse, non solo ma, fondendone od eliminandone, riportasse alla Conferenza quelle che avrebbero potuto essere da tutti accettate. Di tale commissione furono chiamati a far parte tutti i medici presenti, ed i rappresentanti di quelle organizzazioni che non

avevano fra i propri delegati, sanitari, e la presidenza fu affidata al prof. Romanelli per designazione unanime. I lavori si conclusero con la proposta di segnalare alla Conferenza la opportunità che alla raccolta degli elementi tecnici e statistici per la formulazione di direttive comuni, sia incaricato un Comitato medico composto da un nucleo centrale — costituito dai Medici di una fra le organizzazioni europee — e da uno periferico, per così dire, di cui faccian parte, a mo' di consulenti, i medici delle altre organizzazioni. Come corollario a questa proposta, la Commissione esprimeva i seguenti voti:

a) lo scambio dei pareri sia intensificato ed esteso ai casi tipici;

b) che siano frequenti le riunioni di medici, per esempio ogni 2 anni;

c) che i pareri sottoposti all'esame delle varie organizzazioni siano illustrati da un rapporto redatto a cura dei medici di quel « nucleo centrale » a cui dianzi si è accennato;

d) che sia riconosciuta la facoltà di domandare a ciascuna organizzazione i motivi per i quali è stato espresso un dato parere, quando esso risultasse discordante da quelli dati dalle altre organizzazioni.

Sottoposte alla Conferenza plenaria, le proposte della Commissione risultarono tutte approvate.

Interessanti lavori di matematica attuariale sono stati presentati dal dott. Gruder « sull'esame della mortalità e delle cause di morte dei rischi tarati presso il Consorzio Austriaco », e dal dott. Ottaviani « Sull'andamento futuro della sovramortalità nell'assicurazione dei rischi tarati »: studi entrambi molto apprezzati dalla Conferenza.

In ordine a questioni statistiche ed alla possibilità di tradurre in pratica quello che fu un voto della Conferenza di Praga: la statistica comune, le organizzazioni nordiche constatano che, mentre fra di esse è già in pieno svolgimento la raccolta degli elementi statistici in base alla scheda meccanica approvata alla Conferenza di Copenaghen (1931), non altrettanto avviene presso le altre organizzazioni europee ove l'im-

piano statistico presso alcune è ancora da studiare. E ritenendo l'argomento non giunto a sufficiente maturazione per prendere deliberazioni impegnative per tutti, la proposta di rinviare alla successiva Conferenza ogni decisione al riguardo, è accettata unanimemente.

Il comm. De Mori coglie l'occasione per informare le organizzazioni presenti alla Conferenza che la statistica meccanica presso il Consorzio Italiano è ormai un fatto compiuto, e tiene ad avvertire che le raccomandazioni rivolte a Praga al Consorzio Italiano sono state tutte accolte; presenta a tal fine una esauriente relazione.

Sullo stesso argomento parla il Dr. Smolensky che presenta un modulo, in uso presso la sua Compagnia, Assicurazioni Generali, Trieste, da cui si desumono tutti i dati occorrenti per la scheda meccanica.

Il dr. Spitzer intrattiene la Conferenza sui lavori che, aventi per oggetto i rischi tarati, sono stati presentati all'XI Congresso degli Attuari, e richiama in modo particolare l'attenzione della Conferenza su quelli del dr. Brix, del dr. Keinänen e del dr. Moltke.

I rappresentanti del Consorzio Cecoslovacco ragguagliano la Conferenza sull'attività spiegata nell'ultimo triennio dalla Segreteria della Cooperazione Internazionale, segreteria che, come è noto, era stata affidata a quell'organizzazione.

L'ordine del giorno sta per esaurirsi: i lavori fin qui sono proceduti speditamente ed ordinatamente, egregiamente presieduti dai capi delle varie Delegazioni. Ma resta da trattare un punto ancora: il Regolamento della Cooperazione internazionale proposto dalla Delegazione Italiana e da deliberare sulla sede e la data della prossima Conferenza.

Il Regolamento della Cooperazione considera, fra l'altro, a similitudine di quanto avviene per i congressi internazionali degli attuari, una specie di comitato permanente che ha sede presso la organizzazione a cui è affidata la Segreteria della Cooperazione stessa, e ne precisa i compiti e gli incarichi. Ivi è anche stabilito che le Conferenze internazionali saranno tenute normalmente ogni 5 anni e non più ogni tre come è av-

venuto finora. Per lo studio di tale regolamento la Conferenza aveva nominato una Commissione e per il nostro Paese vi faceva parte il dr. Smolensky, il quale a Praga era stato il promotore della cosa, e successivamente aveva curato la elaborazione del regolamento. La Conferenza adottava unanimemente le conclusioni della Commissione e con ciò, ora, anche le nostre Conferenze assumono la fisionomia, si potrebbe dire, di piccoli congressi internazionali, anche se le nazioni che vi mandano loro delegati non vanno oltre la quindicina.

Infine la Conferenza passa a deliberare in merito alla sede della nuova riunione; la data, ormai era già fissata — '1942 — in seguito all'approvazione del Regolamento. Senonchè alcune delegazioni straniere e quella svedese in particolare, volendo rendere un riconoscimento ed un omaggio — come ebbe ad esprimersi il dott. Coppet della delegazione francese — all'attività spiegata dal Consorzio Italiano in questi ultimi anni, non solo rinunciarono ad una specie di priorità già stabilita a Praga, ma proposero che la sede della prossima Conferenza dovesse esser Roma, e la data quella della esposizione internazionale: 1941. Un ben nutrito applauso, che non lasciava dubbi circa il gradimento unanime, accolse la proposta, riassunta con simpatiche parole per la Delegazione Italiana, dal dr. Bergholm di Stoccolma.

L'accettazione di questa proposta ha portato come conseguenza che presso il Consorzio Italiano funzionerà per il prossimo quadriennio la Segreteria del C.O.I.N.T.R.A. (Cooperation Internationale pour les Assurances sur la Vie des risques tarés) nonchè il Comitato Medico incaricato della raccolta degli elementi per la formulazione delle direttive comuni circa la valutazione dei rischi tarati.

Dr. A. LAMBERTI-BOCCONI.

Per un viaggio attraverso le stazioni termali d'Italia

Vedi pag. XX-XXI della Rubrica azzurra

Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita

LA PROGnosi DELLE ALBUMINURIE E LE MODERNE PROVE DI FUNZIONALITÀ RENALE

Dott. ALBERTO STARNA

Non credo sia ancora giunto il momento, nello studio delle nefropatie di poter giungere a conclusioni definitive, data la vastità e la complessità dell'argomento. Ma la sua importanza è tale che anche una messa a punto dell'argomento allo stato attuale si presenta di notevole interesse.

I numerosi tentativi di classificazione delle nefropatie, le svariate prove per le ricerche della funzionalità renale, le indagini cliniche sui componenti del sangue nei malati, le prove di carico, i progressi della tecnica di gabinetto meritano secondo noi di essere seguite per una eventuale revisione dei criteri di classificazione e prognosi che le rispettive scuole francesi e tedesche, or è ormai oltre venti anni fa, avevano adottato su questo argomento. Non vi è dubbio che anche diversi AA. francesi oggi tendano ad avvicinarsi alla classificazione di Volhard; ma se il rapporto clinico-anatomico può talvolta essere ben stabilito, l'eccessiva schematizzazione dei tre quadri morbosi costruiti da Volhard nuoce all'applicazione pratica di essi.

E' noto infatti come Volhard e Fahr, allorchè vollero distinguere le nefropatie in forme degenerative flogistiche o arteriosclerotiche, vennero a costituire secondo rispondenti lesioni degenerative tubolari, flogistiche iperplastiche

della capsula glomerulare e del tessuto interstiziale e quelle dei vasi renali grandi e medi; le tre nefropatie fondamentali e cioè le nefrosi, le nefriti e le sclerosi.

A tale divisione anatomica corrisponde anche una differenziazione etiologica perchè, mentre il fattore tossico puro dovrebbe ricercarsi nelle nefrosi, nelle nefriti quello determinante è ritenuto di natura infettiva, e nelle sclerosi il processo sarebbe di natura arteriosclerotica.

Anche dal punto di vista clinico Volhard ha proceduto ad una divisione, nella quale, forse anche per amore di simmetria, sono state inquadrare tutte le malattie ed ognuna con tre stadi: iniziale, di stato e terminale: periodi però che non possono svilupparsi completamente. Così, per riconoscimento dello stesso Volhard, nella nefrosi mentre lo stadio idropico è frequente, quello di stato con scarsa albumina è raro, lo stadio terminale poi, che corrisponderebbe al rene retratto nefrotico secondario con insufficienza renale, poliuria, incapacità di concentrazione, incerta ipertensione, non è reperibile in pratica; anzi, per esplicito riconoscimento della scuola tedesca, di fronte a questi sintomi si deve pensare piuttosto ad una glomerulo-nefrite al III stadio anzichè ad una nefrosi.

Così pure, nella sclerosi renale anatomica al presunto stadio iniziale non corrisponde un quadro clinico vero e proprio, mentre per i due successivi, che in pratica possono anche non verificarsi fatalmente entrambi ma arrestarsi al II stadio, sono descritte la sclerosi benigna e la sclerosi maligna. Infatti lo stadio iniziale sarebbe puramente anatomico asintomatico e caratterizzato da una iperplasia della tunica elastica dovuta soprattutto a sovraccarico funzionale della muscularis dei vasi.

Del resto, la complessità della materia ed il polimorfismo dell'evenienza clinica risulta evidente dalla ammissione dei numerosi « screzi » nefritici e nefrotici che la scuola di Volhard ha dovuto ammettere. La stessa glomerulo-nefrite diffusa risulta, secondo lo stesso schema dai tre cerchi costruito sempre da questi AA., dalla coesistenza in uno stesso individuo dei fattori sintomatici delle tre forme e cioè l'edema delle nefrosi, l'ematuria della nefrite a focolaio, l'ipertensione della sclerosi benigna. Anche dopo il periodo acuto potrebbe residuare uno di questi screzi.

Ma, senza sboccare in uno di tali forme cliniche, possono capitare all'occorrenza del medico qualcuno dei sintomi di una nefropatia la cui interpretazione è veramente ardua. Poichè dobbiamo tenere ben presente che il malato di affezione medica renale trascorre gran parte della sua malattia in piedi, dedito alle sue occupazioni senza che avverta alcun disturbo subiettivo. Gli edemi, l'uremia, anche la cosiddetta piccola uremia di Dieulafoy, costituiscono brevi periodi, o dolorosi epiloghi di questa insidiosa e polimorfa malattia.

* * *

Uno dei sintomi più importanti è appunto l'albuminuria che con frequenza capita di constatare in un esame delle

urine praticato magari a semplice scopo di prevenzione. Questo quesito si presenta spesso al medico di assicurazione vita.

Quale valore deve darsi ad un tale reperto? L'esame quantitativo dell'albuminuria è l'indice migliore sufficiente e proporzionale per stabilire la prognosi? La dieta tenuta dal soggetto nelle ore che hanno preceduto l'esame ha importanza? Lo strapazzo, l'emozione, costituiscono elementi trascurabili?

Ecco già, senza volere allargare il campo delle indagini, che l'albuminuria suscita nella mente del medico molti problemi. Che se poi noi, volessimo anche soltanto dal punto di vista anamnestico o funzionale allargare le indagini nella speranza di giungere ad una diagnosi clinica, il problema sarebbe sempre più indaginoso e talvolta quasi impossibile ad essere risolto.

Questa nostra preoccupazione per stabilire la pericolosità di una albuminuria è poi resa maggiore in alcune nefropatie prive di albuminuria, come la sclerosi renale benigna di Volhard nella quale secondo tale A., l'albumina può talvolta addirittura mancare; talvolta invece esistere come semplice traccia.

Il fenomeno, secondo la scuola tedesca, sarebbe dovuto al fatto che l'albumina, escreto patologico del glomerulo asfittico, si fa tanto più scarsa quanto maggiore è la distruzione dei glomeruli, quindi sarebbe soprattutto l'ipertensione il sintoma della gravità nefropatica.

Ma questa evenienza nel rene rosso granuloso, cioè nella sclerosi benigna, è rara, il quantitativo dell'albumina nelle urine rappresenta allo stato attuale uno dei segni più importanti delle nefropatie. Ma si dirà: l'albuminuria ortostatica, la nefrosi pur avendo alti coefficienti 10-15‰ di albumina presentano poca pericolosità. E' quanto vedremo.

Esaminiamo perciò questo sintoma.

Sarebbe ozioso voler oggi giungere non solo ad una classifica delle nefropatie ma anche a stabilire la vera patogenesi dell'albuminuria; ciò non sarà possibile che quando la medicina avrà ben conosciuta accanto all'anatomia anche la fisiologia del rene. Ma purtroppo siamo ancora ben lontani da questo punto. La concezione prevalente di voler considerare il rene come un semplice emuntorio per opera di un meccanismo di filtrazione del plasma sanguigno dealbuminizzato secondo la antica teoria del Ludwig è oggi insufficiente. Anche completato recentemente dal concetto di Cushny, che ammette un processo di riassorbimento elettivo tubolare per le « sostanze-soglia » lasciando passare quelle nocive e senza soglia, tale teoria è, a nostro avviso, troppo modesta e unilaterale.

Cambier in questi anni ha fatto uno studio per l'applicazione clinica della teoria di Rehberg che, pur derivando da quella di Cushny, cerca di superare le critiche avanzate a quest'ultima.

Il processo di filtrazione glomerulare, per Rehberg, si riferirebbe a tutte le sostanze disciolte meno l'ammoniaca, ed il riassorbimento tubulare si verificerebbe soprattutto per l'urea, in grado minore per le altre sostanze, la creatinina soltanto passerebbe integralmente nell'urina. Questo ultimo metodo ci permette di misurare il volume del siero filtrato dal rene conoscendo la quantità di creatinina nel sangue e quella delle urine emesse in una unità di tempo. Vedremo poi come tale proprietà sia stata proposta recentemente per la prova funzionale del rene.

Ma deve anche essere tenuto presente, come ricordano Langeron e Poget, che nella funzione eliminatrice del rene deve contribuire anche un coefficiente endocrino e ciò soprattutto nella pubertà e nella prima giovinezza. Si deve cioè ri-

tenere che gli increti si versino nel sangue ed a seconda della loro natura faciliterebbero o frenerebbero l'eliminazione renale. Tra i primi vanno compresi quelli prodotti dalla tiroide, dal fegato, dalle cellule interstiziali; azione inibitrice avrebbe invece il pancreas e, secondo Langeron, anche l'ipofisi.

La funzione di questo ultimo organo è molto controversa perchè mentre sappiamo dalla clinica che esiste una poliuria di origine ipofisaria, il cosiddetto diabete insipido, questo però è attenuato con la somministrazione per via ipodermica di estratto ipofisario posteriore. Ciò sta a dimostrare da un lato l'azione antidiuretica accertata recentemente da vari AA. della pars posterior e soprattutto della pars tubercularis, e dall'altro che le funzioni della preipofisi e della postipofisi possono essere in antagonismo, sebbene, come ricorda il Pende, questo sia un problema assai poco studiato.

Come si vede, il sistema renale per quella concezione anatomica divisionista, che tanto prese piede nel secolo scorso, deve oggi essere considerato non come organo da studiare a sè ma come espressione sensibile di un intero organismo alle cui variazioni nei suoi componenti liquidi e solidi egli deve sempre contribuire. Ed in tal modo il rene regola e cerca di riportare alla norma, secondo leggi non ben note, il ricambio osmoideo e colloideo dei tessuti dal quale dipende il nutrimento e la vita delle singole cellule. A ciò si deve aggiungere la funzione regolatrice nell'equilibrio acido-base ed a tale fine il rene elimina un numero molto notevole di acidi che si formano nel ricambio organico dell'organismo soprattutto cloridrico-solfonico, e di chetoacidi; mentre contemporaneamente le basi sono eliminate in minor numero. In tal modo l'equilibrio è mantenuto ed il ricambio biochimico

tissurale non viene ad essere turbato anche perchè il rene possiede una attività sintetica per la produzione dell'ammoniaca. Questa venne dimostrata appena 15 anni fa da Benedict e Nash, e serve ad evitare lo stabilirsi di una dannosa acidosi.

E' poi da tener presente come le basi fisico-chimiche che regolano il passaggio nelle urine dei corpi proteici e quindi dell'albumina sono piuttosto complesse.

Perchè una sostanza acquosa possa attraversare una data membrana, non è sufficiente che la grossezza della particella sospesa sia inferiore ad una certa misura; occorre anche che essa abbia un notevole peso molecolare ed anche un adatto punto isoelettrico.

Ricerche fisico chimiche praticate da Mainzer qualche anno fa hanno infatti dimostrato che l'albumina presente nel plasma può passare attraverso il filtro renale tanto meglio quanto più il suo punto isoelettrico è vicino al numero degli idrogenioni nel plasma. I corpi proteici liberi nel plasma non passano attraverso il filtro renale perchè in essi e nei tessuti sono presenti come anioni; qualora per condizioni del metabolismo venissero a modificare nei tessuti il loro stato fisico-chimico fatalmente si modificherebbero anche nel plasma fino a divenire permeabili per aumento degli idrogenioni.

Alcuni AA. come Epstein e Lowenthal consideravano come causa dell'albuminaria il cambiamento delle composizioni delle funzioni proteiche del siero. Koranyi ha voluto, in un recente lavoro, ricercare sperimentalmente il meccanismo dell'albuminaria. In base a tali ricerche questo A. avrebbe escluso l'importanza del cambiamento delle frazioni proteiche, maggiore importanza avrebbe la grandezza delle molecole proteiche. Infatti, somministrando protidi eterogenei a reni intatti, l'albuminaria si ve-

rifica solo se le molecole sono più piccole di quelle dell'albumina del siero. Tale patogenesi conferma che il passaggio dell'albumina è dovuto ad un processo di filtrazione e non ad una secrezione attiva.

Questo semplice accenno al meccanismo complesso dell'albuminaria ci fa vedere come la moderna chimica biologica ci porti anche, nel meccanismo dell'albuminaria, a sostituire ad una concezione localistica una neoumorale in cui i fattori fisico-chimici entrano continuamente in funzione.

A proposito della classificazione dell'albuminaria crediamo che giustamente dica Andrea Ferrannini, quando riferendo i criteri dei tedeschi nella distinzione tra nefrite e nefrosi mette in guardia contro semplicistiche distinzioni sull'etiologia dell'albuminuria quasi che il solo rene debba essere l'organo da esaminare.

E Ferrannini, dopo aver ricordato come un osservatore italiano, il Semmola, per primo, 50 anni fa, aveva illustrato le albuminarie extrarenali, mette in evidenza che la patologia renale oggi si allarga sempre più nelle indagini extrarenali.

La funzione renale, oggi è collegata, con il ricambio intraorganico, da quello delle proteine a quello idrosalino e ad ogni altro umore intraorganico i quali costituiscono quasi un substrato extrarenale nelle malattie del rene. Ma sugli studi del Ferrannini, cui la scienza medica italiana deve gli studi sull'angiotonia costituzionale, torneremo quando parleremo delle albuminarie cosiddette benigne.

Da quanto siamo venuti sopra esponendo, possiamo dunque concludere che ancor oggi le cognizioni di fisiopatologia urinaria sono purtroppo incomplete. Pertanto la scienza moderna tende sempre più ad allargare il campo delle in-

dagini alla funzione renale anche fuori dell'organo stesso coordinando i vari elementi che possono comunque contribuire a perturbare il filtro renale, nella speranza di ottenere qualche nuovo elemento diagnostico e prognostico in questa proteiforme affezione.

* * *

Poichè, come sopra dicevamo, la clinica è preceduta nei progressi sempre dallo studio della fisiologia oltre a quello dell'anatomia, è evidente che una classificazione delle albuminarie e delle nefropatie non potrà essere completo e razionale fino a quando non saranno ben conosciute le complesse leggi che regolano la filtrazione renale in condizioni normali e patologiche.

D'altra parte una classificazione anche imperfetta, ma che possa servire ai fini diagnostici e prognostici, è più che utile, indispensabile. Al di fuori di ogni preoccupazione scientifica, se si riuscisse, in pratica, a poter stabilire nelle nefropatie criteri costanti circa il rapporto tra la modificazione funzionale e l'andamento successivo della malattia, cioè con la prognosi, potremmo dire di aver ottenuto molto.

Per i fini che interessano il medico pratico si è perciò cercato con vari metodi di giungere a tale scopo di cui quello anamnestico è stato da molti preferito. Certamente la classificazione etiologica, che ha avuto sostenitori in Lécorché e Talamon, sembra presentarsi come una delle più razionali poichè, come questi molti altri AA. hanno supposto che l'andamento di una nefropatia debba essere in rapporto con il maggiore od il minore potere lesivo dell'agente determinante. Ma, a ben riflettere, questo rapporto non è così semplice. Anzitutto, per ogni infezione focale accertata in un punto dell'organismo, non è affatto

detto che essa debba diffondersi al rene, così pure non è dimostrato che tutti i reni colpiti reagiscano in egual modo ad una invasione bacillare.

Una prova di questo fatto è dimostrato da quanto giustamente Schottmuller opponeva alla interpretazione di Rosenow quando questi isolava gli stessi germi sia nei « foci » tonsillari o nella polpa dentaria che negli organi colpiti interni specialmente nel rene. Oltre al fatto che gli streptococchi possono trovarsi per anni nelle tonsille di persone sane, senza che si stabilisca nessuna diffusione, intervalli lunghi troppo esistono tra la manifestazione nota focale e al lesione dell'organo interno, perchè si possa considerare dimostrata l'interdipendenza.

Successivamente vari altri ricercatori hanno sostenuto anzi che le tonsille possono ammalarsi secondariamente per via ematica (Frin, Denken, Ceconi ecc.) o per via linfatica, mentre l'infezione prima proveniva dal sangue. E' infatti frequente riscontrare nella anamnesi di un nefritico che una glomerulonefrite ed una angina sono comparsi contemporaneamente, quindi entrambi sarebbero secondarie ad una infezione proveniente dal circolo emo-linfatico.

Ugualmente il fattore individuale contribuisce a dare, anche rispetto ad uno stesso germe, una forma anatomica diversa, così nella scarlattina accanto alla forma di nefrite cloruremica esistono dei casi in cui si sviluppa invece un lento stadio di rene atrofico. Questa variazione così grande si verifica anche nelle intossicazioni, ad esempio in quelle da piombo, le quali possono sviluppare non solo forme atrofiche sclerose ma in speciali circostanze possono dare una nefrite acuta o subacuta. La ipertrofia compensatoria funzionale delle zone sane del rene, non invase dal processo e messe in rilievo nelle nefrectomie da Buzen, con-

tribuisce indubbiamente a queste variazioni prognostiche individuali.

Nella pratica assicurativa, che a noi interessa specialmente, questa classifica etiologica non ci sembra consigliabile anche per una ragione pratica cioè per l'impossibilità che esiste di controllare la notizia anamnestica fornita dall'assicurando, inoltre la prognosi, come abbiamo ricordato, non può essere desunta dal fattore etiologico.

Quanto alla classificazione anatomica quella di Volhard e Fahr è di applicazione impossibile per le albuminurie lievi che a noi molto interessano. Oberling propose successivamente un'altra catalogazione nella quale il parallelismo tra la forma anatomo-clinica ed anatomica era spinto anche più oltre, distinguendo cinque forme di nefropatie. Esse sarebbero: la nefrite parenchimatosa tossica infettiva, la parenchimatosa infettiva, la interstiziale, la cronica ascendente e la sclerosi reno-vascolare. Ma tale suddivisione, che tiene conto del fattore etiologico e nello stesso tempo con Volhard vuol seguire il criterio che alle alterazioni di una speciale architettura tissurale debba corrispondere un determinato disturbo, ha creato tra i due criteri notevoli divergenze. Così mentre Fahr considera l'ematuria espressione di una lesione glomerulare, Oberling la ritiene dovuta ad una alterazione cellulo-tubulare.

Anche maggiore è il disaccordo con l'opinione di Lécorché e di molti AA. come Ratberg e Froment i quali mentre non credono possibile determinare un rapporto tra un disturbo funzionale ed una alterazione tissurale escludono ad esempio che alla nefrite parenchimatosa epiteliare possa riportarsi l'alterazione cloruremica. Praticamente la concezione anatomica richiede, per l'esatto accertamento della forma, la difficoltà di numerose visite e non dà sempre

molti elementi per la prognosi, nè le albuminurie intermittenti o lievi sono considerate sufficientemente al di fuori della nefrosclerosi benigna.

Ecco perchè noi riteniamo che rinunciati a criteri diagnostici più perfetti, ma maggiormente preoccupati di riportare tutte le albuminurie ad un unico punto di riferimento che tenga in speciale conto la prognosi, riteniamo che oggi giorno ci si debba attenere soprattutto nell'assicurazione vita alle indagini funzionali.

Queste ultime hanno dato oltre ad una classificazione, detta fisiopatologica di Widal, considerevoli progressi circa la capacità escretiva o disintossicante di cui un rene è ancora capace. Ma naturalmente non dobbiamo chiedere alla fisiopatologia più di quanto può, essa non ci darà mai una vera diagnosi clinica.

Da quando, or è oltre un secolo, nel 1829 Christison accertò la presenza dell'urea nel sangue ad oggi i progressi della biochimica sono enormi soprattutto per merito degli urologi francesi. D'altra parte se i nomi di Achard e di Widal sono gloriosamente legati agli interessantissimi progressi di fisiopatologia, per i disturbi della secrezione del cloruro di sodio, non possiamo accettare la classificazione semplicista delle nefriti in cloruremiche ed azotemiche secondo lo schema di Widal o secondo la più esatta nomenclatura di Castaigne che parla di forme idropigene ed uremigena. La coesistenza in uno stesso soggetto delle due ritenzioni rende difficile la classifica tanto che Ambard parlò di eventuale ritenzione del sodio idrotante e del cloruro idratante.

D'altra parte anche tutte le funzioni renali sono conosciute ed a fianco dell'urea e del cloruro di sodio quasi niente sappiamo della regolazione e della secrezione dell'acqua. Nè si deve dimen-

ticare che le funzioni renali, come ricordano Rathey e Froment, sono indipendenti fra di loro e perciò l'insufficienza può essere parziale, come si verifica ad esempio anche per il rene.

Purtroppo la funzionalità non è costantemente alterata in casi di lesioni renali e d'altra parte un rene alterato può non dare disturbi funzionali apprezzabili. E' questo il punto più debole del criterio funzionale nell'apprezzamento di una nefropatia. Però, rispetto alle altre classificazioni ed ai criteri prognostici che può darci l'etiologica; ci sembra preferibile, anche perchè permette di giudicare, per l'andamento successivo, in base ad elementi obbiettivi sul caso in esame, anzichè riportarsi al quadro nosografico generico della forma clinica.

L'incostante interdipendenza tra la lesione renale e la disfunzione dell'organo è fenomeno identico a quello che si verifica in altri organi; specialmente quando si tenga presente che la lesione può essere circoscritta ad una sola zona; lesione che gli anatomici chiamano « insulare ». Si deve poi, a giustificare le variazioni individuali funzionali, pensare alla presenza di eventuali ipertrofie compensative accertate da Bayle come pure al fenomeno della supplenza extrarenale. Questa ultima può evitare l'insorgenza di fenomeni d'insufficienza funzionale grave ma non può mascherare le deficienze funzionali più sensibili.

Secondo i canoni classici della medicina per lo studio delle nefropatie ritengo che ci si debba limitare all'esame dei casi in cui esiste il fondamentale sintoma dell'albuminuria, rinunciando allo studio di quei casi rarissimi in cui, secondo Volhard, unico elemento sintomatico della lesione renale sarebbe l'ipertensione. Naturalmente le albuminarie intermittenti o cicliche devono essere esaminate, la clinica e la statistica però

ci insegnano che offrono una maggiore pericolosità le albuminarie iniziate nell'età matura anzichè quelle dell'adolescenza. Nè dobbiamo credere che l'albuminaria rappresenti un sintomo raro anche in soggetti apparentemente normali; Theobald in una ricerca praticata qualche anno fa ha trovato che nell'urina delle donne normali può riscontrarsi albuminuria o glicosuria in una percentuale niente affatto indifferente che può andare dall'8 al 23 % a seconda della professione praticata. Naturalmente la prognosi di questa albuminuria è molto migliore di quella dei casi di nefropatie con insufficienza funzionali. Ritengo perciò che la funzionalità costituisce l'elemento indice più prezioso per distinguere le albuminurie nelle due grandi classi di albuminurie cosiddette benigne, meglio direi funzionali, e di nefropatie propriamente dette. Passiamo ora in rapida rassegna, secondo i recenti aggiornamenti, quali sono i metodi di funzionalità più sicuri e più idonei per i nostri scopi.

* * *

La funzionalità renale è misurata non solo da alcune determinate prove che vedremo in seguito, ma per prima cosa dai caratteri della stessa urina. Questa rappresenta anzi l'espressione principale e fisiologica della funzione dell'apparato urinario. Tutte le altre prove, sia quelle che saggiano la concentrazione, la diluizione, la eliminazione di sostanze coloranti ed estranee al circolo per il fatto stesso che rappresentano condizioni non normali dell'organismo non ci potranno dare la vera funzionalità renale in condizioni abituali.

Quindi le prime ricerche dovranno essere praticate nelle urine e nel sangue per accertare se le sostanze in esse contenute siano espressione di uno stato

patologico del rene. Nelle urine, indipendentemente dalla oliguria e dalla poliuria, il primo dato, nel sospetto di una alterazione renale è la lettura precisa del peso specifico il quale rappresenta in sintesi la funzionalità renale in quanto ci permette di stabilire ad un di presso la quantità delle sostanze solide in essa disciolte.

Presso le Compagnie americane di assicurazione il peso specifico costituisce, come vedemmo nella storia dell'albuminuria nell'assicurazione, un elemento di giudizio importante, ma data la facilità con cui essa può variare nell'individuo a regime dietetico incostante non rappresenta a nostro parere un elemento probativo. Soltanto quando esso raggiungesse il basso valore di 1010 potrebbe far ritenere in atto una incapacità di concentrazione, quella che Koranyi ha chiamato iposostenuria in cui la concentrazione molecolare è assai vicina a quella del sangue dealbuminizzato. Ma una tale evenienza si verifica solo in casi eccezionali nella pratica assicurativa, poichè è l'espressione di una lesione renale già avanzata, nè si deve dimenticare che dopo l'ingestione di molta acqua, può, anche nei sani, scendere per breve tempo a cifre molto più basse.

Anche il quantitativo dell'urea, al quale alcune Compagnie americane danno notevole valore, e che normalmente è di 20-30 grammi per litro, può in casi di insufficienza renale discendere a valori molto più bassi.

Ma le variazioni dietetiche contribuiscono a rendere variabile la cifra nel sano; solo con una prova di carico che richiede la osservazione per diverse ore potrebbe essere utile indice della funzionalità. Ciò nonostante riteniamo che il quantitativo di urea rappresenti, di fronte ad un'urina albuminurica, un elemento generico di orientamento per la capacità di eliminazione della sostanza

più tossica quale è appunto l'urea e pertanto debba essere tenuta presente per il giudizio prognostico finale.

Anche la creatininuria potrebbe essere presa in considerazione in quanto si elimina abitualmente in rapporto piuttosto costante con l'urea, ma è preferibile cercare tale sostanza nel sangue; o contemporaneamente a questa, come nella prova di Rehberg.

Quanto ai cloruri nelle urine che abitualmente sono eliminati in quantità di 15 grammi ogni litro diminuiscono in alcune forme di nefropatia soprattutto nella forma idropigena di Castaigne; ma anche per essa vale la considerazione esposta per le altre sostanze; come cioè il tipo di alimentazione e l'esistenza di fattori extrarenali possano contribuire a modificare la cloruria.

Ma è soprattutto l'albuminuria il sintoma più importante di una alterata funzionalità renale ed alla quale il più spesso si accompagna una lesione anatomica del parenchima. Essa, come sappiamo, si riscontra nelle stesse due forme che si trovano anche nel sangue cioè come siero-albumina e come siero-globulina prevalendo di solito la prima. La possibilità di poter stabilire dal rapporto di queste due sostanze, che costituisce il cosiddetto quoziente albuminoideo di Hofman, un elemento per la diagnosi e per la prognosi dell'albuminuria non ha avuto conferma negli studi più recenti. Il criterio che quanto maggiore fosse tale quoziente $\left\{ \begin{array}{l} \text{siero globulina} \\ \text{siero albumina} \end{array} \right.$ tanto migliore sarebbe stato la prognosi trova oggi pochi sostenitori specialmente dopo gli studi di Gross e di Oswald e di Strauss.

Tra gli studi recenti eseguiti su tale argomento ricordiamo un lavoro di Marcolongo che determina le globuline urinarie in varie forme di nefropatie. Abi-

tualmente esse rappresentano una frazione bassa delle proteine totali, si riscontrano in cifre costanti a seconda la forma clinica. Così mentre è una frazione alta nella glomerulo-nefrite acuta, la globulina diminuisce nelle forme croniche e nelle sclerosi renali.

Invece la siero-albumina presenta valori molto alti nelle albuminurie ortostatiche ed in quelle da stasi. Poiché l'esame del sistema cardio-vascolare permette di differenziare con facilità questa ultima, tutti i casi ad alto coefficiente di siero-albumina fanno ritenere l'albuminuria del tipo ortostatico, o comunque permettono una prognosi migliore. Marcolongo interpreta questo fenomeno in base alla teoria della filtrazione, per la quale il glomerulo poco alterato lascia passare quasi esclusivamente le molecole a piccolo diametro come le siero albumine; il filtro molto alterato lascierebbe invece passare una maggiore quantità di grosse molecole del tipo delle globuline, come accade nelle glomerulonefriti acute croniche.

Sebbene un simile andamento possa, come abbiám detto essere utilizzato per la diagnosi differenziale, non v'è costanza di opinioni su questa questione. Olivier e Mhatieu, in una comunicazione presentata nel 1934 alla Soc. di Biologia di Parigi osservavano che talvolta il rapporto albumina-globulina nelle albuminurie transitorie può essere identico a quello delle nefriti croniche mentre talaltra si ha quasi esclusivamente presenza di globulina.

Da non confondere con le albumine sono le albumose le quali costituiscono prodotti di disintegrazione degli albuminoidi incoagulabili e non hanno valore patologico per la nostra trattazione. Così pure le mucina che si riscontra nelle cistopieliti; la nucleoalbumina che si forma in seguito alla distruzione dello sfaldamento renale deve essere diffe-

renziata dall'albumina patologica propriamente detta.

Un'importanza notevole per gli scopi diagnostici e soprattutto prognostici viene data dal medico alla determinazione quantitativa dell'albuminuria riscontrata. Pur non potendosi disconoscere che in ogni nefropatia un simile elemento riveste una notevole importanza per la prognosi vicina, essa non indica molto nei riguardi delle albuminurie lievi; le quali, sebbene di basso tenore, possono essere notevolmente pericolose. Inoltre, ciò che più a noi interessa, si possono manifestare delle albuminurie spiccatissime in casi di albuminurie funzionali o in casi di lesioni parenchimali riparabili. Così Strauss ha descritto nefrosi luetiche e tubercolari con il 30-40 per mille di albumina.

Comunque un altro dato importante da esaminare, prima di dar valore al quantitativo dell'albumina, è quello di conoscere se vi è stato uno strapazzo fisico od un ortostatismo prolungato nelle ultime ore che hanno preceduto l'analisi delle urine. Ciò dimostra che l'albuminuria, pur costituendo il sintoma capitale che noi dobbiamo considerare, di per se non è elemento sufficiente per la prognosi e la diagnosi, in quanto alla sua determinazione quantitativa contribuiscono fattori variabili quali la dieta, lo sforzo fisico, la preoccupazione ecc. Che essa abbia un valore condizionato lo dimostra l'alto grado di albumina nelle forme nefrotiche di recente comparsa e che, ciò nonostante, possono guarire completamente. Lo stesso può dirsi del rene da stasi qualora la nefropatia vada ad un sensibile miglioramento. Come meglio vedremo dopo, è il complesso di varie ricerche che, accanto all'albumina, ci possono permettere di avanzare un criterio prognostico di una certa sicurezza.

Molto valore viene dato, specie dalle

Compagnie americane di assicurazione, alla presenza di cilindri nel sedimento delle urine nei riguardi di un'albuminuria. Successivamente ricorderemo una statistica di Evers, Medico Capo della Metro Life I. C. che ha classificato in un gruppo le albuminurie accompagnate da cilindruria od ematuria. Anche in Italia, il C. I. R. T. considera in una categoria a se stante gli albuminurici che presentano un tale referto nel sedimento.

Certamente nel sedimento urinario i cilindri costituiscono un elemento di grande importanza; ma la stessa incertezza della loro origine ci lascia incerti sul valore da dare loro; soltanto in linea di massima possiamo ritenere che nelle albuminurie funzionali esse mancano molto spesso. Ma anche di fronte ai cilindri bisogna fare distinzioni poichè il valore diagnostico e prognostico varia a seconda della qualità di essi.

Così i cilindri ialini non indicano una lesione renale in modo costante; anzi per vari AA. come ad esempio Siguret, non sono che espressione della albuminuria poichè si tratta di albumina coagulata. Lo stesso deve dirsi dei cilindri mucosi o cilindroidi, elementi nastriformi, più lunghi dei cilindri con estremità sfrangiate che rappresentano una congestione delle ultime vie escretorie del rene.

Importante è invece il valore dei cilindri granulosi i quali, sembra, si formino a spese dei tuboli contorti e denotano un certo grado di citolisi protoplasmatica. Però, se la loro eliminazione è di breve durata, si tratta di alterazioni leggere e superficiali a prognosi buona; se invece essi sono più larghi e voluminosi, come pure se si riscontrano in esami successivi, esprimono una lesione profonda e sono di prognosi grave.

Il cilindro epiteliale è di interpretazione discussa e, mentre per Micheli e Marcolongo non avrebbe un significato

ben definito, per Siguret e secondo altri studiosi dimostrerebbe una mortificazione molto rapida e profonda dell'epitelio renale che desquama a larghe zone prima di degenerare.

Ben nota è invece a tutti l'importanza dei cilindri cerei dal colore giallastro, con forte rifrangenza, indice di una degenerazione grassa degli epitelii secernenti; la loro prognosi è infausta. Però la loro rarità, ed il fatto che si riscontrano solo nei nefritici conclamati gravi, fa sì che non capitano di solito nelle visite per assicurazione cui interessa la prognosi lontana.

I cilindri ematici indicano una congestione dei capillari renali o la loro rottura. Quanto all'ematuria, essa è frequente nelle glomerulo-nefriti, assente nelle nefrosi; può però riscontrarsi in numerose altre malattie renali della calcolosi al rene policistico, alla tbc. renale e pertanto la sua interpretazione non può esser disgiunta dagli altri sintomi. Muck nel sedimento urinario ha messo in evidenza alcune sostanze lipoidi il cui valore sarebbe simile al reperto dei cilindri cerei pur prevalendo nella nefrosi; ma queste sostanze non hanno valore specifico poichè si trovano anche nelle nefriti acute, la loro incostanza e la necessità del polarimetro per dimostrarli li fa ritenere elementi di scarso valore pratico.

Da quello che abbiamo fin qui riassunto si comprende come l'esame delle urine praticato una sola volta risenta molto delle condizioni contingenti del soggetto e pur rappresentando esso un elemento di orientamento, il quantitativo delle sostanze normali o patologiche delle urine non ci permette, unitamente al sedimento, di giungere ad una diagnosi esatta e ad una prognosi sicura. La facilità di ottenere le urine senza pratiche di prelevamento del sangue, che riescono sempre male accette, ha fatto svi-

luppate indagini funzionali sulle urine stesse. A tal fine si sottopone il rene ad un lavoro noto e piuttosto grave che forma la prova di carico, in modo da ottenere nella eliminazione elementi indici della funzionalità di un rene.

E' bene però osservare che tali prove mettono il rene in condizioni di funzionalità anormali in quanto si vengono a modificare notevolmente la densità e la composizione del siero ematico durante la prova. Lo stesso appunto si può fare alla prova di concentrazione e di diluizione di Volhard che sono ottime per altri lati.

Tali prove che possono essere utili in clinica, quando si ha a disposizione il paziente per molte ore, non lo sono quando si voglia giungere ad una conclusione rapidamente senza recare troppo disturbo. D'altra parte, specialmente nelle prove di diluizione, intervengono numerosi e complessi fattori extrarenali che determinano degli scambi interni fra il sangue ed i tessuti. Su tali fatti richiamarono, qualche anno fa, la loro attenzione Chabanier e Lobo-Onell che riconobbero un eguale inconveniente alla prova di concentrazione la quale tende, in base alla sola analisi delle urine, a dimostrare la funzionalità renale.

Le due prove di Volhard, che per i tedeschi dimostrerebbero rispettivamente la funzionalità glomerulare e tubulare, sono state dagli AA. francesi, come recentemente Pasteur, Valleryx e Lafitte, criticate e ritenute inferiori alla costante di Ambard.

Invece in Francia l'esplorazione funzionale, in base al semplice reperto delle urine, si è andato orientando verso la prova di densimetria semplice e frazionata di Castaigne. Tale A. insieme a Chaumerliac, ha proposto di misurare il p. s. delle urine in tempi successivi durante 24 ore e di riportare i risultati su

di un grafico. A seconda della curva di densimetria essi parlano di paridensità alta, bassa o di imparidensità; la quale ultima soltanto deporrebbe per il buon funzionamento renale. Talvolta questi AA. associano un'altra ricerca, la poli-diuresi provocata utile specie nei sospetti di sclerosi renale. In tal caso la paridensità bassa deporrebbe per una lesione avanzata ed infine l'imparidensità dimostrerebbe l'assenza di lesioni renali definitive.

* * *

Tutte le indagini che tendono a stabilire la capacità funzionale di un rene, in base alle sostanze solute nelle urine, non sono sufficienti in pratica, per le oscillazioni individuali sopra ricordate, agli scopi da noi richiesti. D'altra parte le prove di concentrazione e di diluizione richiedono parecchie ore, poichè richiedono molto tempo all'esaminando specie la prima occupa non meno di 12 ore, e perciò mal si prestano alle rapide indagini nel campo assicurativo.

Benchè il prelevamento del sangue venga accettato dall'assicurando con una certa difficoltà esso rappresenta a tuttoggi uno degli elementi fondamentali, se non il primo assoluto, per stabilire la prognosi di questa malattia. Non è questa la sede adatta per discutere il meccanismo di ritenzione dell'urea nel sangue e riferire le teorie patogenetiche sui gravi disturbi da essa provocati.

La sua importanza è stata ammessa dai ricercatori di tutte le scuole; da Wilson il quale ritiene che l'urea sia tossica nel sangue di per se stessa, a Widal che parla di ritenzione ureica idropigena e di ritenzione ureica secca, alla scuola di Volhard che parla di tossicosi ureica. Tutti concordano nell'assegnare alla ritenzione di questa sostanza un'importanza di primissimo ordine. Con ciò non si vuol dire che rappresenti tutto; la classificazione prognostica di

Widal basata esclusivamente sul valore dell'azotemia, non può essere applicato in modo semplicistico, perchè fattori individuali intervengono a modificare la resistenza dell'organismo, come pure altre sostanze intossicanti poco note. Solo così possiamo spiegarci la sopravvivenza di molti mesi in malati portatori di azotemia che superavano il 3 per mille, ed invece cadere in coma malati con valori di poco superiore al 0,50 per mille.

Ciononostante l'indice azotemico ha sempre una grande importanza ma va associato nel giudizio prognostico agli altri sintomi. In un recente studio Castaigne ricorda la possibilità di riscontrare azotemie normali nei nefritici del tipo interstiziale anche poco prima della morte; così pure esistono individui a reni perfettamente integri che presentano una iperazotemia. La scarsa conoscenza che possediamo sui fattori determinanti un'iperazotemia spiega perchè qualche volta si possano raggiungere valori del 3-4 per mille per insufficienza renale semplice funzionale e come possano questi individui rapidamente guarire.

Nè si deve dimenticare che nel valore azotemico riscontrato talvolta si sommano vari fattori fisiologici o che comunque portano ad una cifra globale patologica.

Castaigne chiama tali azotemie « da sovrappiù », esse sono infatti dovute ad oliguria, ad iperalimentazione azotata a esagerata disassimilazione dei tessuti ed allo stato cloropenico. Ciononostante noi riteniamo che le eccezioni non infirmino il principio stabilito da Widal; che cioè il coefficiente dell'azotemia sia di massima importanza per il giudizio clinico finale.

Una speciale menzione merita la cosiddetta azotemia limite compresa secondo Castaigne tra 0,50 e l'1 per mille senza che si possano mettere in evidenza segni di nefrite. Tale A. avrebbe di-

mostrato che oltre la metà di questi soggetti usavano una dieta iperazotata o presentavano oliguria. Soltanto all'apparire della paridensità bassa, cioè nel 40 % dei soggetti, Castaigne ammette l'esistenza di una insufficienza renale. Ma il voler considerare normale o quasi un'azotemia così alta non ci sembra corrispondere a quanto osserviamo nella pratica medica e tale principio sarebbe poco prudente nella medicina assicurativa.

Winternitz al Congresso di medicina delle Assicurazioni vita nel 1935 in Londra ai fini cautelativi affermava « che un'iperteso con un'azotemia di 0,50 od oltre rappresenta un rischio assicurativo oltremodo scadente ».

Non vogliamo escludere però che, accanto alla classica iperazotemia glomerulare, ne esistano alcune di natura benigna. Così Ferro-Luzzi ha descritto iperazotemie tubulari per diminuzione dell'ostacolo tubulare che facilita la diffusione retrograda dell'urea.

Pure, nei riguardi dell'azotemia, dobbiamo ricordare possibili variazioni che si determinerebbero dopo una stimolazione vagale. Così, in seguito ad iniezioni di adrenalina od alla stimolazione degli splancnici sarebbero possibili variazioni notevoli ed improvvise senza che sia facile identificarne la causa.

Il problema dell'azotemia è naturalmente molto complesso poichè, accanto alle iperazotemie estrarenali già ricordate, Volhard afferma di aver trovato valori alti simili a quelli delle gravi insufficienze renali senza lesioni anatomiche e con prove di funzionalità normale. Da ciò il bisogno di allargare le indagini prima di emettere un giudizio.

Ma l'urea non costituisce che una parte dell'azoto non proteico del sangue, ~~sebbene~~ ne sia la parte predominante. L'altra frazione comprende i corpi creatinico, l'acido urico, l'acido amidico. La

importanza di queste sostanze che costituiscono l'azoto dei francesi, è molto discussa, poichè è influenzato da fattori estrarenali soprattutto dalla scomposizione dell'albumina. In una ricerca di Nonmenbruch, compiuta recentemente a Praga, questo studioso richiamandosi alle osservazioni di Chabramès ha dimostrato che l'azoto residuo può raggiungere il 45 % dell'azoto totale e che il suo aumento depone per un'alterazione del metabolismo delle proteine dando in tal modo origine a prodotti di disintegrazione tossica il cui effetto nell'organismo non è certo indifferente.

Per questi vari prodotti, anzichè lo studio globale, in questi ultimi anni si è cercato sostituire l'analisi quantitativa di quello che poteva rappresentare le capacità funzionali renali. L'acido urico è stato preso in considerazione da Crauss, da Weil e da altri i quali avrebbero riscontrato, anche quando l'urea è nei limiti normali, una uricemia più alta del normale e che costituirebbe le cosiddette iperuricemie di allarme. Nell'insufficienze renali croniche quantità di acido urico superiori a 10 mgr. ‰ sarebbero di prognosi infausta.

Ma lo scarso affidamento che danno i valori uricemici in individui a diete variabili non consigliano fare affidamento su tali ricerche. In questi ultimi anni si è molto studiato sulle variazioni del sangue di un'altra sostanza, che contribuisce a formare l'azoto non ureico, cioè l'indice di polipeptidemia. Puech e Cristol negano a questo indice un significato per la prognosi lontana che avrebbe solo valore per i sintomi nervosi uremici.

In una relazione alla società di Scienze mediche e biologiche di Montpellier Puech e Widal descrissero un caso di uricemia mortale con bassa azotemia ed iperpolipeptidemia. In una recente rivista critica di Lo-Cascio tale A. ri-

conosce all'iperpolipeptidemia tre patogenesi, renale, epatica e tissurale. Nel 1914 Straus e Huelse riscontrarono nei nefritici cronici l'aumento dei polipeptidi nel sangue e attribuirono loro il potere ipertensivo. Puech e Cristol hanno poi notato una divergenza tra il quantitativo azotemico e quello dei polipeptidi. Per alcuni AA. l'iperpolipeptidemia sarebbe in rapporto coll'insufficienza renale, la cui prognosi diverrebbe cattiva quando riesce a superare col sangue il valore 0,1 per mille.

Un'altra sostanza dello stesso gruppo è l'acido ossalico di cui è stato recentemente studiato il ricambio sia nel sangue che nelle urine da Scaglione. Purtroppo tale A., mentre riconosce che vi è qualche rapporto tra la ritenzione ossalica e quella azotata, conclude osservando che non esiste una proporzione tra i valori dell'ossalemia e la funzionalità renale valutabile dalle altre ricerche ematocliniche ed in base alle manifestazioni cliniche. E' perciò una prova da escludere.

Anche un'altra sostanza proteica, la creatinina, che rientra nell'azoto non ureico, è stato oggetto di numerose ricerche, ma anche esso non aumenta parallelamente alla polipeptidemia e normalmente non supera i due milligrammi per mille: nell'insufficienza renale salirebbe a 4-5 mgr. ed anche di più. Nelle nefriti croniche e nelle lievi iperazotemie può mantenersi normale e pertanto ha uno scarso valore nelle forme iniziali.

Passando ad un altro corpo azotato residuo diverso dell'urea, l'indacano, è stato anche esso preso in considerazione e secondo Beltrametti il suo aumento sarebbe più precoce dell'iperazotemia la prognosi in modo più diretto. Ma il fatto che questa sostanza aromatica sembra prodursi nell'intestino e trasformarsi sul fegato, dopo essere passato in

circolo, dimostra la qualità facilmente influenzabile dal metabolismo ancora oscuro, di tale prodotto. Per l'abnorme produzione ad opera dell'intestino essa non costituisce perciò garanzia quale indice della funzionalità renale.

Quanto alla reazione xantoproteica di Bechar proposta allo stesso scopo, in uno studio recente, Beltrametti osserva che la ritenzione di un tal corpo aromatico si riscontra con facilità in molte malattie infettive e cardio-polmonari mentre perchè si verifichi nell'insufficienza renale si richiede una deficienza piuttosto spiccata di questa funzionalità. Pertanto dobbiamo escluderla dalle prove utili al nostro scopo.

Giraud studiando un'altro prodotto aromatico, l'indossile, nel sangue e nelle urine avrebbe trovato una dissociazione di questi due valori nei casi di insufficienza renale; l'iperindossilemia sarebbe sintoma prezioso per la diagnosi della nefrite cronica. Laroque, Serane e Maire hanno riconosciuto a questo fatto notevole importanza perchè nell'insufficienza renale lieve precederebbe la fase azotemica. Ma a queste prime osservazioni non sono seguite conferme successive e quindi non può questa ricerca considerarsi collaudata per entrare nella pratica corrente.

Le indagini condotte sistematicamente negli ultimi anni tra i vari componenti ematici allo scopo di riscontrare un qualche valore funzionale si sono estese anche al colesterolo ed al cloro. Circa il primo che normalmente è compreso tra 160 e 230 mm. gr. per litro ricordo come Chauffard, Laroque e Grigaux l'hanno trovato più alto nelle forme non uremiche mentre tende ad abbassarsi con lo stabilirsi della ritenzione azotata. Però a tal riguardo le opinioni sono contraddittorie; per alcuni A. A. il colesterolo sarebbe elevato nelle nefrosi e nei casi di buona prognosi, si manterrebbe

nei limiti normali allorchè vi è intossicazione ureica o risentimento cardiovascolare. Recentemente Ashebruger hanno confermato l'esistenza di un rapporto tra uremia e colesterolo del genere descritto da Chauffard, ma riconoscono che tale rapporto è incostante, soltanto in casi di ipercolesterolemia dà affidamento di buona prognosi.

Quanto alla cloremia moltissime sono state le indagini recenti ed interessanti lo studio specie dei fenomeni di declinazione e di cloropessia, fatti tutti che interessano il patologo negli stati di insufficienza renale avanzata durante la quale si ha ipocloremia. Invece nel periodo iniziale dell'insufficienza la cloremia è normale o le sue variazioni così lievi da essere messe in rapporto alla eventuale diuresi ed alla alimentazione. Quindi nulla di utile ai nostri fini può esser ricavato dal dosaggio del colesterolo e dei cloruri.

Con la misurazione delle sostanze disciolte nel siero ematico da sole o associate alla misurazione dell'urea nel sangue si passa allo studio delle prove funzionali propriamente dette che in un rapporto dei vari prodotti riscontrati vorrebbero trovare l'indice di lavoro del rene. La più nota è la cosiddetta costante di Ambard o costante ureosecretoria. Ma essa richiede lungo tempo e numerose condizioni fisiologiche e patologiche possono provocare rapidi squilibri delle sostanze esaminate per il calcolo di questa prova, cioè: il tasso ureico nel sangue, la concentrazione dell'urea nell'urina e la quantità di quest'ultima eliminata in una unità di tempo. Oggi tende a prevalere l'opinione avanzata della scuola tedesca che le cosiddette leggi di Ambard siano inesatte e soprattutto da rivedere il presunto rapporto tra la quantità di urea nelle urine e l'azotemia nelle varie possibilità fisiologiche dell'uomo normale.

In Francia per opera di Legueu si è cercato di controbattere le accuse rivolte alle leggi di Ambard, ma per riconoscimento di altri illustri urologhi francesi le critiche sono state riconosciute giuste. Giustamente Giordanengo, trattando dell'esplorazione funzionale globale dei reni asseriva nel 1931 che, per quanto sia stata compiuta molta strada, siamo ancora lontani dall'aver trovato una costante ureo-secretoria. A ciò aggiungasi che per tali indagini occorre una preparazione del soggetto con un digiuno e che la prova richiede oltre due ore e pertanto non è consigliabile la sua applicazione nel campo assicurativo.

Invece in questi ultimi anni si è largamente diffusa, soprattutto in America la prova del « Blood Urea Clearance » espressa sinteticamente con le iniziali B. U. C. la quale ha lo scopo di accertare il coefficiente di depurazione renale di un determinato quantitativo di plasma renatico in un'unità di tempo. Questa ricerca è detta anche dal nome degli Aa., Moeller, Mc. Intosh e V. Slyke, si basa su modifiche alle leggi di Ambard che vengono notevolmente semplificate. Anche la tecnica è abbastanza sollecita riducendosi al prelevamento delle urine in tre volte nello spazio di 90 minuti e ad un'azotemia dopo aver somministrato una colazione di prova. Come si vede, tranne il sacrificio del digiuno, che si richiede anche per praticare la semplice azotemia, il tempo richiesto non è eccessivo e una tale ricerca è la migliore e la più sollecita per le nostre indagini. Torneremo infine su questa prova.

Anche i controlli praticati in Italia sono stati in complesso molto favorevoli alla B.U.C. come hanno riconosciuto Moretti, Marino, Lazzaro e Ferro-Luzzi. Quest'ultimo, i cui lavori di urologia hanno avuto riconoscimento anche all'estero, da un'esame di 36 individui sani

e di 16 malati l'anno scorso riconosceva la semplicità e la praticità di questa indagine rispetto alle altre proposte per l'addietro. Soltanto Ferro-Luzzi ritiene che il valore di depurazione espresso dalla B.U.C. rappresenta un valore empirico o comunque qualche cosa di più del numero dei cc. di sangue depurato dall'urea, sarebbe perciò un semplice indice aritmetico anzichè una costante come hanno ritenuto gli A. A. americani.

Accanto a queste prove di funzionalità con semplice ricerca nel plasma sanguigno e nelle urine, sono state proposte le cosiddette prove di carico, con le quali, previa somministrazione, si accerta l'eliminazione di alcune sostanze quali i cloruri l'urea e la creatinina. Il carico con 10 gr. di urea, che nel sano provoca una curva iperazotemica compresa in due ore, nel malato è molto più ampia e lenta, e sebbene recentemente Piazza ne abbia dimostrata la sua utilità, richiede molteplici prelevamenti di sangue ed esplora una sola funzione.

Alle stesse conclusioni dobbiamo giungere per quanto riguarda la prova della ammoniuria provocata preconizzata da Jambran e successivamente ripresa da Sacchi nel 1933; il tasso ammoniacale sarebbe tanto più elevato tanto più il rene è integro, tanto più basso e a ritmo ritardato quanto il rene leso. Questa ricerca, che ha dato a Sacchi buoni risultati, suggerirebbe una funzione interna renale, l'ammonioformazione, di grande importanza nell'equilibrio acido-base di cui accenneremo successivamente.

L'indagine sul valore della creatinina, anzichè con la prova di carico è preferibile adottarla per la prova di Rehberg detta anche metodo del filtrato glomerulare ed ha lo scopo di stabilire la quantità di filtrato in una unità di tempo. Richiede una tecnica simile alla B. U. C. con un unico prelevamento di

sangue e due di urina nello stesso tempo di 90 minuti. Nelle conclusioni vedremo perchè è preferibile la B. U. C. Ma tenuto conto degli speciali scopi delle visite di assicurazione ci sembra buona e comunque migliore di gran lunga a tutte le prove di carico accettate con fastidio anche da malati.

A maggior ragione si dovrà bandire dai nostri mezzi di indagine la eliminazione provocata di sostanze coloranti, abitualmente iniettate per endovena, come la fenolsulfonftaleina, il bleu di metilene, la florizina ed altre sostanze. Specialmente la prima è stata ripresa da recenti ricerche praticate da Buneu e Constantinescu come pure da Negro e Levy i quali AA. l'hanno trovata utile per la conoscenza della funzionalità renale e superiore alla costante di Ambard; ma per le ragioni già dette sono inadatte ai nostri scopi.

L'urologia nell'ultimo ventennio oltre ad aver preso in esame, come abbiám visto, tutte le sostanze disciolte nell'urina e nel sangue ha pure, attraverso prove di carico, ricercato l'indice di funzionalità o le probabili costanti associando più ricerche come abbiám visto per la prova di Ambard, per quella di Moeller e Mac Intosh od in quella di Rehberg. Successivamente sono state estese le indagini a ricerche fisico-chimiche di carattere più vasto che tiene conto del rapporto di interdipendenza tra il rene e il restante organismo. Ed allora si è passati a studiare l'equilibrio acido-base e l'equilibrio minerale.

All'inizio di questo lavoro abbiám già accennato alla funzione ammonio-genetica del rene recentemente scoperta; or bene una diminuita capacità renale con ritenzione dei fosfati acidi nel sangue determina una diminuzione della riserva alcalina nonostante l'esistenza della funzione ammonio-genetica. L'acidosi renale, che in tal modo si stabilisce, è però

incostante e riguarda i casi di insufficienza renale grave; nelle forme iniziali, si può presumere più che accertare una acidosi latente.

Eguualmente tardive e quindi non aderenti al nostro scopo sono le ricerche che riguardano le modificazioni dell'equilibrio minerale del sangue. Abbiám già accennato al cloro; sembra che il calcio presenti una variazione più precoce dell'uremia stessa, esso sarebbe diminuito; invece lo zolfo presenterebbe un aumento ugualmente anticipato sul valore uremico.

Questo rapido panorama sulle indagini della funzionalità renale che non ha la pretesa di esser completo ci dimostra quanto numerosi siano stati gli sforzi per giungere ad una soluzione per diagnosticare la funzionalità renale. I risultati riferiti presentano troppe oscillazioni a seconda degli sperimentatori. Ciò perchè il rene ha funzioni molteplici e complesse, nè alcuna delle prove proposte può esprimere tutto il lavoro che deve compiere tale organo. Occorrerebbe che una prova da sola ci desse costanti variazioni delle funzioni ogni qualvolta esistono uguali condizioni anormali; dovrebbe pure indicare se l'alterazione è funzionale od anatomica come pure esprimere il lavoro compiuto, quello da compiere e la capacità di riserva latente. Tutto ciò con una tecnica semplice, senza sovraccarico dei reni nè pericolo per il soggetto, è cosa lontana dall'esser raggiunta oggi, nè ci sembra possibile per un prossimo domani.

Nell'attesa crediamo poter supplire a tale deficienza associando più prove di cui alcune sono causa ed altre sono effetto della disfunzione renale, per apprezzarne la capacità lavorativa.

* * *

Oltre l'albuminuria e la cilindruria tutti gli altri anormali reperti nelle uri-

ne e nel sangue sono espressione di una deficiente funzionalità renale. Ma l'esperienza clinica ci dice che esiste un sistema dell'organismo straordinariamente sensibile alla deficienza di alcune funzionalità renali, esso è l'apparato cardio vascolare e la pressione sanguigna che è la prima ad essere alterata. Mentre di solito quest'ultima segue l'apparizione della nefrite cronica, talvolta la precede, come nel caso riferito da Diker alla Società degli ospedali di Bruxelles il 13 giugno 1935.

Sebbene l'ipertensione possa talvolta essere essenziale e senza alterazione renale, la sua presenza aggrava fortemente la prognosi di ogni albuminuria. E' interessante ricordare che nell'ipertensione parossistica, secondo quanto ha descritto Genes si può secondariamente sviluppare una lesione renale. Non v'è però dubbio che in pratica, come ricorda Rathery, nella più gran parte dei casi è in una lesione renale che dobbiamo ricercare la causa dell'ipertensione.

In uno studio di Savager e Marinesco, che si riferisce a 215 malati di ipertensione, nell'80 % dei casi l'aumento della pressione sarebbe stato primitivo e il disturbo renale secondario. Una tale concezione ci sembra però troppo diversa dall'osservazione medica corrente perchè non debba essere sottoposta a controlli rigorosi. Anche circa il meccanismo dell'ipertensione nelle nefropatie la concezione di Kylin sull'esistenza di una capillaropatia universale (la classica fibrosi artero-capillare di Goll e Sutton) ci sembra ancora la migliore sebbene la capillaroscopia abbia dati risultati incerti.

In un interessante e completo lavoro di Marcolongo, questo A. riferisce numerosi casi di glomerulonefrite giunti allo stadio avanzato senza ipertensione, forse per incompleta evoluzione del processo morboso in associazione a fattori ignoti. In altri casi dello stesso A. l'iper-

tensione era comparsa solo nelle fasi estreme. Ma, come conclude giustamente Marcolongo, questo fenomeno detto « anipertonia » non è sufficiente a far presumere una autonomia del processo ipertensivo da quello renale; anzi per Marcolongo il primo può essere meglio spiegato con le dottrine renali anzichè con quelle extrarenali.

A parte tali questioni patogenetiche non v'è dubbio che la presenza di una ipertensione peggiora fortemente la prognosi di ogni albuminurico. In alcuni dati statistici del Medical Impairment Study del 1929, riferiti da Winternitz, si trova che la sovramortalità negli ipertesi rispetto ai sani risulta del 95 % per salire rispettivamente a 122 ed a 182 % quando coesiste albuminuria intermittente o costante.

Nelle conclusioni della sua relazione sull'ipertensione Winternitz al Congresso Internazionale di Medicina Assicurativa del 1935, dopo aver riferito che la forma genuina va tenuta distinta da quella renale giustifica tale distinzione perchè mentre la prima è « di prognosi relativamente benigna, la forma renale è di andamento rapidamente fatale ».

Accanto all'esame della pressione si dovrà naturalmente procedere all'esame completo dell'apparato cardio-vascolare, misurando soprattutto l'aria cardiaca il cui aumento depone per una nefropatia a tipo sclerotico. Non occorre insistere sull'importanza di tale ricerca quando si richiami alla mente gli studi di Volhard nella successione delle sclerosi renali.

In connessione diretta con l'intossicazione ureica si deve, tra i sintomi a distanza, ricordare la non rara alterazione della retina. Talvolta essa è il primo segno di una sclerosi maligna, però, data la sua incostanza, la mancanza di essa non è sufficiente per fare una prognosi buona.

L'esame sistematico del fondo oculare ha fatto riscontrare una retinite albuminurica soltanto nel 33 % dei soggetti albuminurici; comunque la sua presenza va ricordata anche perchè indica sempre una prognosi infausta.

Ben poco invece può dire ai fini della prognosi dell'albuminuria, l'esame obiettivo degli altri apparati; tranne gli edemi e la succolenza del volto, sintomi questi che vanno ricercati con cura. Anche il grado dell'anemia ha importanza notevole. La presenza di uno di questi sintomi, in individui che si dichiarano sani, richiede sempre un accurato esame delle urine. Una parte notevole di essi per l'accertamento di una nefropatia è costituita dall'anamnesi, specie dalle malattie pregresse ecc. e dai sintomi subiettivi (poliuria, nicturia, ecc.). Questi elementi mantengono il loro valore anche nella medicina assicurativa nella quale l'assicurando deve collaborare lealmente col medico per ogni accertamento che questi credesse necessario.

Pur costituendo questi sintomi elementi preziosi ai fini prognostici, come ad esempio la conoscenza dei segni subiettivi della piccola uremia, abbiamo creduto attenerci prevalentemente ai dati obiettivi sui quali si fonda il giudizio del medico di assicurazione. Con ciò non vogliamo diminuire il loro valore clinico; soltanto la loro asserita mancanza non deve modificar il nostro criterio prognostico che deriva dal complesso di tutti gli elementi.

Questi risultano innanzi tutto dall'analisi completa delle urine (quantità dell'albumina, peso sp., urea, cloruri, sedimento) e dall'azotemia. Di grande importanza possono essere alcune prove di funzionalità, che nei casi incerti sono consigliabili badando di scegliere la più sollecita e quella che nel contempo dia affidamento di sensibilità. Ad un terzo

gruppo di indagini sono da ascrivere gli elementi extrarenali, quale l'esame cardiovascolare, specialmente la pressione, quello del fondo dell'occhio ed eventuali edemi in zone elettive.

Infine in un quarto ed ultimo gruppo ascriveremo gli elementi anamnestici sia sull'agente determinante, sia sulla durata della malattia come pure sul gentilizio e sulla sintomatologia subiettiva; fatti tutti che dovremo raccogliere dalla viva voce dell'assicurato stesso.

Il giudizio globale sarà tanto più rispondente al vero quanto più si cercherà di riassumere in esso i singoli giudizi che per ognuno dei quattro gruppi suddetti è stato fatto in base ai risultati ottenuti. Vedremo nelle conclusioni perchè sia preferibile abbandonare il concetto di voler giungere ad una diagnosi clinica del tipo della nefropatia in base ad una sola visita e con dichiarazioni talvolta reticenti come accade nel nostro campo; ma dai singoli giudizi dovremo stabilire il grado dell'entità del rischio che offre un'albuminuria.

* * *

Nessuno studio di Medicina assicurativa può fare astrazione dei risultati statistici; questi costituiscono il punto di riferimento più importante, poichè una malattia può presentare modificazioni graduali di morbilità o di mortalità che a lungo andare portano radicali modificazioni nei risultati di sopravvivenza. Nè si deve dimenticare che la terapia e l'igiene in questo ultimo trentennio hanno migliorato la prognosi di molte malattie come pure la diagnostica stessa è in continua evoluzione specialmente nelle ricerche ematochimiche in confronto a 20 anni fa.

Mentre la patologia da un lato nella descrizione del tipo tende ad identificare l'ectipo e la medicina sociale dall'altro studia l'andamento dei fenomeni mor-

Decessi per nefrite cronica nel Regno

ANNI	0 - 20		20 - 29		30 - 39		40 - 49		50 - 59		60 - 69		70 - 79		80 e oltre		TOTALI	
	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D
1926	310	445	261	480	374	595	551	728	9729	960	1513	1472	1435	1287	392	437	5765	6304
1927	278	538	286	422	364	521	555	716	897	949	1504	1508	1518	1509	478	458	5880	6421
1928	330	355	255	442	346	577	577	742	892	1024	1385	1473	1526	1550	537	513	5848	6676
1929	296	290	266	360	343	540	560	723	910	1092	1497	1545	1632	1622	557	546	6061	6718
1930	270	275	243	342	315	460	518	749	868	961	1313	1390	1490	1434	456	458	5473	6069
1931	254	293	243	350	336	481	522	670	849	1004	1417	1572	1585	1590	556	572	5762	6531
1932	1615	1451	301	427	343	566	513	719	910	1049	1552	1673	1701	1662	638	614	7573	8161
1933	106	111	101	101	145	182	254	313	461	508	795	944	923	1034	355	403	3140	3596
1934	117	96	100	112	145	164	257	288	450	558	796	892	854	1034	356	384	3075	3528

bosi nelle collettività, la Medicina delle Assicurazioni Vita costituisce quasi la fusione tra queste due scienze poichè, mentre esamina secondo le norme della patologia il singolo deve, per la prognosi, tener conto delle molteplici evenienze e della probabilità che la statistica soltanto può indicare. Possiamo però nella nostra malattia utilizzare la statistica per accertare l'andamento della mortalità per nefrite, o determinare quali sono i gruppi di età predisposti, oppure le variazioni regionali o professionali? Ben poco può darci la statistica di morte in questo campo, quando si rifletta che il medico fa diagnosi di nefrite allo stato civile in occasione di morte anche quando nella malattia varii elementi tossinfettivi non ben identificabili hanno dato luogo ad un'albuminuria.

Così pure nelle persone di età avanzata vengono denunciati morti per nefrite molti soggetti di età superiore a 70 anni presso i quali le condizioni del miocardio e soprattutto delle arterie hanno un'importanza fondamentale.

Si scorra ad es. la tav. I che si riferisce alla popolazione del Regno. L'appar-

rente diminuzione degli anni 1933 e 1934 è dovuta al fatto che negli anni antecedenti tutte le nefriti indeterminate venivano confuse con quelle croniche. Nel complesso, però, la nefrite in genere tende a diminuire come dichiarazione della causa di morte; infatti mentre nel 1926 vennero denunciati circa 24.000 decessi tra forme acute e croniche nel 1934 essi scendevano a 16.700. E' probabile che un più scrupoloso criterio diagnostico guidi ora il medico per la denuncia allo Stato civile. La massima mortalità nell'ottennio in esame è stata riscontrata nel gruppo di età 70-79 anni senza apprezzabili spostamenti.

E' da notare poi che per l'anno 1932 la nefrite è stata riunita in un unico gruppo.

Nella Tav. II sono riferiti i sinistri dell'I. N. A. per nefrite cronica verificatisi durante il decennio 1926-1936. Il numero più alto di decessi si riscontra, a differenza di quanto abbiamo visto nella popolazione del Regno, nel gruppo di età 50-54. Questo fenomeno è dovuto, riteniamo, non già ad un processo anti-selettivo ma alla relativa recente for-

**Disposizione per gruppi di età all'ingresso ed alla morte dei sinistri
dell' I. N. A. per nefrite cronica - Anni 1926-1935**

(Ordinarie con visita medica - solo uomini)

Gruppi di età all'ingresso	Gruppi di età alla morte										Totale
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 oltre	
20-24	—	1	—	1	2	1	—	—	—	—	5
25-29	—	4	6	4	1	6	—	1	—	—	22
30-34	—	—	1	11	11	10	3	—	—	—	36
35-39	—	—	—	4	19	13	13	9	—	—	58
40-44	—	—	—	—	3	18	21	11	3	2	58
45-49	—	—	—	—	—	6	19	10	8	2	45
50-54	—	—	—	—	—	—	9	18	8	6	41
55-59	—	—	—	—	—	—	—	2	6	5	13
60-64	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3
65 oltre	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Totale	—	5	7	20	36	54	65	51	25	18	281

mazione del Portafoglio; che per la più gran parte è costituita da contratti di soli 10-15 anni di antidurata. Si deve poi tener presente che sono stati esclusi i sinistri del Portafoglio Precostituito e che sono molto diffuse in Italia le forme di assicurazione mista le quali maturano verso i 60 anni sfuggendo in tal modo al nostro controllo.

Infatti la differenza che si riscontra tra le due statistiche è molto minore quando ci si limiti a raffrontare solo i gruppi di età maggiormente rappresentati nei contratti di assicurazione. Come si vede nella Tav. III il confronto è stato limitato al trentennio 30-59 anni ed in tal modo l'andamento nei due gruppi in esame è abbastanza parallelo.

Crediamo comunque utile richiamare l'attenzione anche sulla Tavola IV in cui tutti i sinistri per nefrite cronica nel decennio in esame sono divisi per antidurata. Poichè la medicina ci

insegna che ogni nefrite cronica ha una prognosi diversa, specie se il soggetto pratica cure appropriate, possiamo dire che la malattia presenti una durata variabilissima che va dai 2

TAV. III.

**Rapporto % della mortalità nell'I.N.A. e
nella popolazione del Regno per nefrite
cronica.**

(Solo uomini - Gruppi di età 30-59 anni)

Gruppi di età	Regno	I.N.A.
30-39	19,07	11,59
40-49	30,55	38,63
50-59	50,38	49,78
Totale	100 —	100 —

N. B. — I rapporti sono stati stabiliti per l'I.N.A. sul decennio 1926-1935 e per il Regno in base alle statistiche dal 1926 al 1935 con esclusione del 1932 (v. testo).

Antidurata dei sinistri per nefrite cronica*(I.N.A. 1928-1935 - solo uomini)*

	0 - 6 m	6 m - 1 a	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5	5 - 10	10 - 15	15 - 20	20 - 25	TOTALE
N. casi	3	5	11	22	24	25	86	54	45	6	281
%	1,07	1,78	3,91	7,83	8,54	8,90	30,60	19,22	16,01	2,14	100

ai 20 anni. Come cifra teorica media possiamo dire che, allorché l'insufficienza renale non è molto spiccata, la malattia si protrae sino all'esito fatale per la durata di 5-10 anni.

Un primo esame della Tav. IV potrebbe far presumere che la più gran parte degli assicurati morti entro un tale periodo di antidurata sia stato al corrente della affezione che li minava ed in questo periodo rientra il 64,63 % dei sinistri in esame. Ciononostante per varie ragioni, oltre per quello che abbiamo sopra accennato, non crediamo probabile l'esistenza di un vero processo antiselettivo.

Anzitutto la prognosi di questa malattia allo stato iniziale (l'unico che potrebbe sfuggire ad una visita sommaria) è molto variabile e non vi sarebbe desiderio di carpire il contratto di assicurazione, essendo l'albuminurico lieve convinto di avere davanti a sé un lungo periodo di vita. Ben differente è la situazione del tubercolotico, dell'anginoso, e del carcinomatoso che con semplici cure palliative intravedono non lontana la loro fine. I nefritici conclamati poi non sfuggono alla selezione durante la visita e per tanto non entrano tra i nostri soggetti assicurati.

Nella Tav. V abbiamo riunito alcuni dati che riguardano sempre i casi in esame. Poiché le funzioni di impiegato, ufficiale e le professioni libere non offrono alcuna speciale pericolosità per il

rene, queste voci risultano maggiori per la semplice prevalenza dei contratti di assicurazione fra tali categorie. Lo stesso dobbiamo ritenere per ciò che riguarda la prevalenza regionale. Quanto alla costituzione accanto agli individui normali che prevalgono, notiamo che il lieve sovrappeso è frequente fra i candidati della nefrite cronica; lo stesso fatto osserveremo in altri gruppi statistici.

E' poi bene ricordare che dallo spoglio delle schede è risultato che soltanto tre di tali soggetti dichiararono all'ingresso di essere o di essere stati albuminurici. Il fattore infettivo si riscontra raramente; infatti troviamo nell'anamnesi soltanto 3 casi di reumatismo acuto, 4 di sifilide, 18 di tifo, 9 di morbillo e nessuno di scarlattina.

Passando all'esame obiettivo nei rapporti medici di questi sinistrati non abbiamo riscontrato niente a carico dell'apparato urinario, ma soltanto un caso di vizio di cuore, una deviazione della colonna, due casi di catarro bronchiale ed uno di enfisema.

Più interessante è invece l'indagine sulle tare nel gentilizio. Infatti in 17 casi un genitore era morto di nefrite, in ben 45 vi era stata cardiopatia ed in altri 28 era dichiarata una malattia nervosa degli ascendenti. Da queste notizie, come dall'esame delle cause di morte fra gli albuminurici rifiutati, che tra poco esamineremo, possiamo ritenere che la nefropatia si riscontri nel gen-

Alcuni dati sui sinistri dell' I. N. A. per nefrite cronica

(decennio 1926-1935)

P R O F E S S I O N I													
Agricoltori	Industriali	Venditori rappresen- tanti	Operai	Personale FF. SS.	Personale fatica	Personale subalterno	Aeronau- tica	Ufficiali impiegati	Professioni libere	Proprietari	Cond. non profession- nali	Impiegati	TOTALE
5	55	33	17	3	4	7	7	73	62	8	5	2	281

R E G I O N I																		
Pie- monte	Liguria	Lom- bardia	Vene- zia	Emilia	To- scana	Marche	Lazio	Umbria	Abruz- zi	Cam- pania	Puglia	Luca- nia	Calab- ria	Sicilia	Sarde- gna	Colonie	Estero	TOTALE
23	7	37	33	22	16	6	32	3	6	34	13	5	8	90	3	1	2	281

C O S T I T U Z I O N E

SOTTOPESO						SOVRAPESO						
normale	lieve	medio	notevole	notevole	notevole	lieve	medio	notevole	notevole	notevole	imp.	TOTALE
112	19	5	2	—	—	96	23	2	1	—	16	281



Rifiuti dell'I. N. A. per albuminuria e nefrite*(1928-1935 - solo uomini)*

Anno del rifiuto	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	Totale
Viventi	20	20	31	25	17	35	34	25	207
Morti	2	4	5	2	—	3	2	—	18
Totale proposte	22	24	36	27	17	38	36	25	225

tilizio di questi sinistrati non soltanto nei 17 casi denunciati ma anche nella più gran parte di quelli riferiti a cardiopatia la cui origine deve ricercarsi probabilmente in una ipertensione con albuminuria più o meno latente.

Sappiamo che questa labilità renale è abbastanza frequente ed a torto viene trascurato dai medici come dato ereditario. Un tale fenomeno che Castaigne chiama di « debilità renale » era stato studiato molto tempo fa anche da Lécorché e Talamon che lo ritenevano dovuto ad una minor resistenza dell'epitelio renale il quale predispone questi organi a subire più facilmente l'azione nociva degli agenti morbosi.

Dimostrazioni della frequenza familiare di tale malattia non mancano nella letteratura; già Pel oltre 30 anni fa ne descrisse 18 casi in 3 generazioni. Più recentemente Dickinson riferisce di un'altra famiglia in cui si manifestò la nefropatia in modo molto spiccato tanto che alla terza generazione di nonni al-

buminurici ben 6 su 16 individui erano malati. Antonietti e Muggia, che riferiscono questi casi, hanno ricomposto l'albero genealogico dell'eredità morbosa della famiglia.

Abbiamo pure creduto meritevole d'esame per lumeggiare il nostro problema ricercare gli Assicurandi che erano stati dall'I. N. A. rifiutati per albuminuria e nefrite cronica, e accertare quanti di essi fossero rimasti ancora in vita. I soggetti in esame si riferiscono ai rifiuti degli anni 1928-35; sarebbe stato desiderabile avere a disposizione schede più antiche, ma ragioni pratiche ne hanno limitato il campo di indagine.

Nella Tav. VI ho raccolto tutti i casi di rifiuto divisi per anno ed i morti distribuiti secondo l'anno del rifiuto. La mortalità è stata inferiore al 10 % dei casi; dev'essere però tener presente che si tratta di proposte rifiutate recentemente. Ad accertare se col trascorrere del tempo dalla visita aumenta il numero dei morti abbiamo costruito la Tav. VII; ma

Albuminurici rifiutati dall'I. N. A. deceduti*(Periodo di sopravvivenza al rifiuto)*

0 - 1 anno	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5	5 - 6	6 - 7	7 - 8	Totale
2	4	3	1	3	1	3	1	18

essa non depone chiaramente in tal senso perchè di 18 morti, ben 9 sono deceduti nei primi 3 anni.

Quanto alla causa che ha condotto a morte purtroppo ci mancano notizie di 9 casi non avendo i Comuni interessati da noi comunicato la diagnosi esatta. Per gli altri 9 troviamo 3 casi di nefrite cronica, 3 di emorragia cerebrale, 3 di angina pectoris ed 1 caso di miocardite. Come si vede in tutte le denunce delle quali sappiamo l'esito, la nefrite rappresenta direttamente o attraverso una complicanza cardio-vascolare la causa vera della morte. Notevoli i due casi di angina la cui associazione all'albuminuria è stata da noi denunciata in uno studio sull'angina.

Quanto all'esame obiettivo di questi rifiutati accanto all'albuminuria troviamo 20 casi di malattie urinarie e 44 di contemporanea affezione cardiaca in 12 erano state riscontrate note di arteriosclerosi.

Nella Tav. VIII ho riunito alcuni dati anamnestici: notevoli tra le malattie pregresse il tifo, il reumatismo, la scarlattina, oltre l'albuminuria e la nefrite. Quanto alla costituzione accan-

to ai soggetti normali prevalgono i lievi sovrappesi differendo di poco da quanto abbiamo osservato tra i sinistri per la stessa causa. A tale proposito facciamo osservare che individui simili appartengono al tipo megalosplacnico al contrario delle cosiddette albuminurie benigne, delle quali la più nota è quella ortostatica in cui prevale il tipo longilineo microsplacnico di Viola. Antognetti e Muggia in uno studio antropometrico di 75 adolescenti affetti da albuminuria ortostatica, pur avendo riscontrato la longitipia fisiologica dell'età in base ad altri elementi, ritengono che questi soggetti una volta divenuti adulti si orienteranno verso la macrosplacnia. Dobbiamo perciò concludere che tanto le nefropatie quanto le forme ortostatiche confluiscono in un'unica costituzione somatica.

Per completare lo studio degli albuminurici dal punto di vista assicurativo riportiamo alcuni dati ricavati dalle schede del Consorzio Italiano dei Rischi Tarati presso il quale sono denunciati e assicurati d'ufficio tutti gli albuminurici delle Compagnie Italiane. Anche a tale riguardo la costituzione re-

TAV. VIII

Alcune malattie nell'anamnesi dei rifiuti

Tifo	Morbillo	Scarlattina	Eresipela	sifilide	Setticemia	Reumatis. articolare	Polmonite	Nefrite	Albuminuria
12	5	5	1	4	1	5	6	2	18

FORMA DI COSTITUZIONE

Normale	Sottopeso lieve	Sottopeso medio	Sottopeso notevole	Imprecis.	Sovrapeso lieve	Sovrapeso medio	Sovrapeso notevole	Totale
65	17	11	5	6	82	18	3	207 vivi
6		1		1	7	1	2	18 morti

Andamento dei contratti tarati per albuminuria e nefrite

(C. I. R. T. 1928-1935)

Antidurata da	0-1a	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6-7	7-8	Imprec.	Totale
Contratti perfezionati . . .	219	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Riporto N.º contratti . . .	—	179	150	145	136	134	131	127	127	—
Abbandoni e riscatti . . .	88	28	5	8	2	1	4	—	3	89
Sinistri	2	1	—	1	—	2	—	—	—	6
Eliminati	40	29	5	9	2	3	4	—	3	95
% di eliminazione sui con- tratti dell'anno	18.26	16.20	3.33	6.21	1.47	2.24	3.05	—	2.36	43.38
Rimasti in vigore	179	150	145	136	134	131	127	—	124	124

cente di questo Ente (1928) non ci permette una visione ampia e prolungata di questi contratti, comunque offre notevole interesse per il medico di assicurazione. Presso il C. I. R. T. sono stati assicurati nell'ottennio 1928-35 complessivamente 219 albuminurici; di questi mantengono in vigore la polizza 124 individui. Nella Tav. IX abbiamo riunito l'andamento di questi contratti e le vicissitudini che li hanno notevolmente falcidiati.

Dal punto di vista medico possiamo notare con compiacimento che i sinistri verificatesi sotto rischio sono stati solo 6. E' probabile, che come pensa Winternitz per tutti i tarati, queste persone al corrente della malattia e di condizione agiata abbiano usato tutte le cautele per evitare l'aggravamento dell'affezione. Infatti i 6 sinistri sono dovuti, tranne uno, a cause intercorrenti, e cioè 2 carcinomi, 1 diabete, 2 polmoniti ed 1 angina pectoris. Quest'ultima, come abbiamo ricordato nell'esame dei sinistri dell'I. N. A., deve riconoscere nell'albuminuria un fattore predisponente, per tutti gli altri l'obitus è dovuto ad altra malattia.

Se però gli assicurati albuminurici del C. I. R. T. presentano una mortalità specifica rispetto a quella degli altri assicurati non superiore dal punto di vista assicurativo, presentano una forte eliminazione per molteplici ragioni. Tra queste prevale la convinzione dell'assicurato il quale ritiene di essere a torto considerato come malato, mentre è convinto di essere affetto soltanto da un disturbo di lieve entità. Notevole in questa categoria è l'abbandono dei contratti che nei primi due anni supera i 2/3 di quelli verificatesi nel periodo in esame. Durante tutto l'ottennio l'eliminazione spontanea ha raggiunto il 43,38 % degli assicurati. A questi si dovrebbero aggiungere coloro che proposti per il C. I. R. T. non hanno perfezionato il contratto. Come si vede è una percentuale ragguardevolissimo di assicurati che vengono in tal modo perduti, la tabella IX lo dimostra in modo impressionante. Quando si rifletta, come abbiamo visto, che per la malattia in oggetto a causa della taratura, non si è verificato neanche un sinistro tra questi assicurati, sorge evidente il problema se non convenga, sia per un senso

Alcuni dati somatici del C. I. R. T.

P E S O

Kg. 40 - 50	Kg. 51 - 60	Kg. 61 - 70	Kg. 71 - 80	Kg. 81 - 90	Kg. 91 e oltre	Impr.	TOTALE
4	24	63	71	40	11	6	219

PRESSIONE ARTERIOSA MASSIMA

Mm. Hg. 85 - 110	Mm. Hg. 111 - 120	Mm. Hg. 121 - 130	Mm. Hg. 131 - 140	Mm. Hg. 141 - 150	Mm. Hg. 151 - 160	Mm. Hg. 161 - 170	Mm. Hg. 171 - 180
15	22	28	23	17	10	2	3

AZOTEMIA

fino a 0,30‰	da 0,31 a 0,40	da 0,41 a 0,50	da 0,51 a 0,60	da 0,61 a 0,70	da 0,71 a 0,90	da 0,91 a 1,00
10	17	12	4	2	—	1

di perequazione sia per convenienza industriale assicurativa, di procedere ad una benevola revisione delle tarature applicate agli albuminurici.

Sebbene il C. I. R. T. non abbia elementi sufficienti per accertare tutte le proposte avanzate dagli albuminurici, tuttavia riteniamo di non esser lontani dal vero affermando che appena 1/5 di questi tarati proposti perfezionino e mantengano in vita il contratto. Infine a completare questo quadro dovrebbero rientrare nella nostra classifica i casi di albuminuria intermittente che non giungono al C. I. R. T.; ma, con lievi tassi di sovramortalità, sono accettati dalle singole Compagnie.

Ritornando all'esame degli albuminurici del C. I. R. T. osserviamo ora alcuni dati somatici nella tabella X. Il peso, come si vede, è leggermente superiore al normale come ci risultava anche per i rifiuti dei sinistri dell'I. N. A. Quanto alla pressione arteriosa vennero accettati dal C. I. R. T. individui in cui la Mx non superava i 180 mm.; complessivamente però solo in 75 casi era più alta di 150 mm. così divisi: 10 com-

presi tra 151 e 160 mm., 3 fra 161 e 170 mm. e gli altri 3 entro i 180 mm. Nella stessa tabella X abbiamo riassunto i risultati dell'azotemia quando questa ricerca era stata praticata. Naturalmente i soggetti portatori di azotemia alta sono stati sistematicamente rifiutati, come si vede quasi tutti i valori degli assicurati sono inferiori a 0,50 per mille.

Nella Tab. XI abbiamo riuniti, sempre negli stessi soggetti, oltre alle professioni, le tare dei genitori. Tra queste, sono notevoli, come già per le altre statistiche esaminate, le malattie del cuore e dei vasi che si riscontravano nel gentilizio di 25 assicurati. Nella stessa tabella abbiamo riportato l'età all'ingresso di questi soggetti: prevale naturalmente il gruppo di età 40-44, epoca in cui le albuminurie sulla base anatomica cominciano ad esser frequenti.

Ciò è dimostrato anche dalla costituzione di questi assicurati che si differenziano molto da quelli portatori della albuminuria ortostatica dei giovani; sebbene in base a quanto riferiscono Antognetti e Muggia col passare degli anni i soggetti portatori di tale for-

Albuminurici e nefritici assicurati dal C. I. R. T.

(1928-1935)

PROFESSIONI

Agricoltori	Industriali e commercianti	Venditori derrate e generi alimentari	Operai	Addetti ai trasporti e affini	Persone di fatica e di servizio	Personale subalterno dello Stato e di enti pubblici	Esercito, Marina, Aeronautica e altri corpi Armati	Culto professioni ed arti libere	Ufficiali impiegati e pensionati	Proprietari e benestanti	Condizioni non professionali	TOTALE
1	61	2	16	1	2	4	1	42	60	19	10	219

ETÀ ALL'INGRESSO

Inf. a 25 a.	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 60	TOTALE
8	35	43	35	51	21	20	6	219

TARA NEI GENITORI

Tubercolosi polmonare	Tumori maligni	Gotta e reumatismo articolare	Diabete	Malattie mentali	Ulcera duodenale	Nefrite malattie dei reni	Malattie del cuore e vasi
2	13	1	6	3	2	9	25

ma tendano a modificare la loro costizione.

Infine nella Tabella XII abbiamo riportato la distribuzione per classi di so-

vrarmortalità degli albuminurici accettati dal C. I. R. T.; come si vede all'incirca il 70 % di essi è stato classificato nelle classi comprese tra il 50 e il 75 %.

Distribuzione del rischio di sopramortalità per Albuminuria

(C. I. R. T. - 1928-35)

Normale o al 25 %	50 %	75 %	100 %	125 %	150 %	TOTALE DEI CASI
12	74	80	22	27	4	219

Riepilogando la nostra esposizione statistica meritano di essere ricordati i seguenti fatti. Nei sinistri dell'I. N. A. attualmente la morte per nefrite cronica prevale nel gruppo di età 50-54 anni senza che tal fatto abbia valore antiselettivo; la malattia colpisce i soggetti normali e con lieve sovrappeso; nel genilizio sono poi frequenti malattie di cuore, nefropatie e malattie nervose. Al contrario era quasi sempre muta l'anamnesi (tre casi di albuminuria) e l'esame obiettivo non aveva mai fatto riscontrare nulla a carico delle urine.

Nel dubbio che questa analisi non fosse stata praticata con quel rigore che la ricerca richiede abbiamo voluto verificare se le visite praticate presso le grandi Agenzie (capoluoghi superiori a 100.000 abitanti) provviste di gabinetti di analisi completi avesse permesso una migliore selezione ed un conseguente minor numero di sinistri per nefrite cro-

	Grandi Agenzie	Piccole Agenzie
Sinistri per nefrite cronica N.	142	139
Tavole dei Sinistri per tutte le cause . . . N.	6673	7048
% dei primi rispetto ai secondi	2,13%	1,97%

nica. Dal seguente prospetto ottenuto, possiamo, caso mai, trovare invece un lieve vantaggio per le piccole città; ma data la poca entità che li differenzia possiamo concludere per un eguale comportamento e che comunque l'esigua percentuale media del 2 %, che costituiscono i sinistri per nefrite cronica, ci dimostra come questa affezione cronica colpisca in modo non eccessivo gli assicurati dell'I. N. A. dopo aver subito la selezione della visita all'ingresso.

Quanto ai dati ricavati dai rifiutati, dato il breve periodo trascorso, non of-

frono tutti gli elementi che dopo un tempo maggiore si sarebbero potuti ottenere. Merita però riflessione il fatto che in tutti i casi dei quali ci è stata comunicata la causa di morte questa è da mettersi in rapporto diretto o indiretto con la nefropatia.

Quanto ai dati del C. I. R. T., la cui recente costituzione non può permetterci una vasta visione sul decorso di una così proteiforme malattia che è una tara a lunga scadenza, essi tendono a dimostrare una mortalità molto bassa per la malattia in oggetto, almeno nei primi anni. Tale andamento dovuto forse alle cure igieniche e dietetiche mantenute, insieme ai notevoli abbandoni fa porre il quesito se non sia consigliabile un riesame delle tabelle di questi soggetti.

* * *

Abbiamo passato in rassegna, in base ai moderni criteri di fisiopatologia renale quasi tutte le ricerche praticate o proposte per determinare la prognosi di una albuminuria. Possiamo adesso concludere che ai fini dell'accertamento obiettivo assicurativo, è bene tralasciare la qualifica clinica di nefrite poco indicativa dal punto di vista prognostico (le nefrosclerosi benigne possono dare sopravvivenze di 20-30 anni) ma sarebbe preferibile attenersi alla qualifica di albuminuria. A completamento di questo sintoma si dovrà specificare coi segni accessori chimico-clinici la funzionalità e la capacità di riserva del rene.

Anche la divisione in albuminurie benigne e nefropatiche non ci sembra consigliabile poichè, se nella clinica generale si può parlare di forme ortostatiche negli adolescenti, tra gli adulti una simile forma è molto rara e discutibile. Caso mai sarebbe preferibile il termine

di albuminurie funzionali. A che cosa si riducono infine le cosiddette albuminurie benigne? Il Ceconi con Marcolongo nell'ultima edizione del trattato la limitano a due forme il rene da stasi e la ortostatica.

La prima è secondaria ad una insufficienza cardiaca della quale rappresenta un sintoma abbastanza tardivo e per la gravità degli altri fatti che l'accompagnano non entra nel campo del medico di assicurazione.

Quanto al vasto e discusso gruppo delle albuminurie ortostatiche esse sono in realtà espressione di vari disturbi tra i quali valgono quelli dell'apparato circolatorio.

Antognetti e Muggia, che anni addietro fecero uno studio completo dell'argomento, osservarono come in base alle caratteristiche urinarie ed ematiche l'albuminuria ortostatica si avvicini molto a quella da stasi lieve renale e se ne differenzia soprattutto per la prova degli alcali. Tali AA. hanno confermato che la somministrazione di bicarbonato fa scomparire nel 50 % degli ortostatici l'albuminuria, nel 9 % di questi diminuisce e negli altri rimane invariata. Gli stessi AA. riconoscono l'importanza del fattore extrarenale in questa forma clinica ammettendo il valore secondario di un simile disturbo che rappresenta di solito una conseguenza della costituzione.

Questa causa potrà esser riscontrata o nella crisi puberale, che provoca uno squilibrio ormonico secondo il concetto di Pende con l'inibizione surreno-genitale ed iperfunzione tiroideo-ipofisaria, oppure nell'angioipotonìa costituzionale del Ferrannini. Fin dal 1903 tale scienziato aveva accertato in questi soggetti adolescenti un meccanismo in cui la sofferenza glomerulare è dovuta tanto alla pressione arteriosa locale per una iperemia attiva, quanto ad una iperemia passiva in seguito all'aumento della

pressione venosa locale. Nè si deve dimenticare, nella patogenesi di questa albuminuria, il contributo dato dalla lordosi che rappresenta un notevole coefficiente di stasi nella cava ed in un tutto il sistema venoso renale (Jehle).

Pochi mesi fa Merklen, trattando di questa albuminuria e di tale *vexata quaestio*, se debba cioè ritenersi di origine renale od extrarenale confessava che nonostante il decorso clinico si son viste nefriti guarire ed albuminurie cosiddette funzionali presentare segni di insufficienza renale. Lo stesso Rathery in una rivista sulle albuminurie giovanili riconosce che la forma ortostatica, pur permettendo l'assicurazione, verso i 40-50 anni può degenerare in nefrite cronica.

Marfan pensava ad azione di ormoni sulle cellule renali dell'età giovanile e chiamava queste forme efebocrasiche. Govart ritiene che in queste forme come in quelle da stasi si abbia dilatazione dei capillari renali e sia diminuita la impermeabilità per i colloidì.

Da ciò la utilità per noi di non accettare con l'etichetta di benigna nessuna albuminuria, soprattutto dopo l'adolescenza, come nei casi che a noi occorrono. Noi riteniamo che ogni albuminurico vada studiato a sè ed abbia una prognosi propria in base agli esami indice che sotto riassumeremo.

Interessa molto di più a noi l'albuminuria residua e post-nefritica che secondo alcuni AA. dovrebbe esser considerata tra le cosiddette albuminurie benigne. Giustamente a tal proposito il Semini, che in linea di massima concorda con le conclusioni della Commissione dei Rischi Tarati costituita dall'I. N. A. nel 1918 (da noi esaminate in un articolo che riguardava la parte storica di questo argomento) osservava che l'albuminuria merita in questi casi un

attento esame perchè rappresenta un periodo di latenza di una nefrite mista.

Riteniamo che anche questa forma debba rientrare tra le albuminurie in genere. Quanto alla prognosi il complesso dei sintomi la potrà stabilire. Questa modificazione di opinione è giustificata dalle molteplici modificazioni dei sulle nefropatie verificatesi nell'ultimo ventennio. Pensiamo che nel 1891 Lecorché e Talamon consideravano come esito di nefrite e guarigione funzionale i casi in cui esisteva anche un'ipertrofia cardiaca!

Ben altro si richiede oggi per affermare che una nefrite è guarita. Bard della Clinica Medica di Ginevra riteneva che in questi casi si stabilisse una cicatrice renale con albuminuria senza altri fatti patologici subbiettivi. Crediamo che attualmente si debba classificare il rischio albuminurico in base ai criteri che si desumono dalle indagini sopra ricordate le quali permettono di indicare eventuali ritensioni o deficienze funzionali che per comodità si possono aggregare nella seguente maniera:

I Gruppo. — Dal complesso degli esami urinari stabilire se, oltre all'albuminuria, esistano altre alterazioni specialmente: deficienze del p. specifico, dell'urea o dei cloruri e se nel sedimento si riscontra ematuria o cilindruria specificando di quest'ultimo il tipo. Non è esatto qualificare nefrite ogni qualvolta compaiono cilindri jalini non eccezionali nelle forme ortostatiche; solo dal complesso di ricerche potremo stabilire il grado della lesione. Nel sangue si ricercherà l'azotemia che ci farà conoscere come un rene ha fino allora adempiuto al suo lavoro; le altre indagini ematiche passate in rivista per la loro incertezza non possono entrare fra le ricerche pratiche di assicurazione.

II Gruppo. — Nei casi dubbi o per forti capitali è bene procedere ad una delle seguenti prove funzionali: B.U.C., prova di Rehberg o quella della diluizione di Volhard. Le prime due sono abbastanza sollecite richiedendo 90 minuti di tempo e la precauzione del digiuno, la terza non meno di due ore e mezza ma è consigliabile nei soggetti che rifiutano il prelevamento del sangue. La B. U. C. è preferibile per ragioni varie già dette e su cui dopo torneremo. Si debbono bandire tutte le prove di carico con sostanze estranee sia per os che per endovena. La prova della concentrazione di Volhard, pur essendo una delle migliori, richiede un tempo molto lungo e perciò non può essere consigliata che in casi speciali.

III Gruppo. — Praticare sempre l'esame cardio-vascolare e determinare accuratamente la pressione arteriosa. Molto importanti sono le eventuali alterazioni del fondo dell'occhio, esse come l'anemia, la succulenza dei tessuti palpebrali sono reperti rari nelle nefropatie croniche ma indici di prognosi sempre grave e pertanto rischi da rifiutare.

IV Gruppo. — Nell'anamnesi personale e nel gentilizio ricercare le nefropatie ed anche le cardiopatie che, come abbiám visto, frequentemente si rinvencono nei nostri assicurati deceduti per nefrite cronica. Sarà pure fatta indagine sui sintomi della piccola intossicazione ureica, ma non si darà valore ai casi in cui essa risultasse negativa.

* * *

Il giudizio del rischio deve ricavarsi dalla sintesi dei singoli giudizi. Di questi, mentre sono sempre indispensabili i numeri indicati ai gruppi I, III, IV, le ricerche indicate nel II gruppo saranno praticate solo quando speciali ragioni di dubbio lo richiederanno. In tal modo po-

tremo estendere i contratti di assicurazioni con un'alea ridotta per l'età.

Le stesse compagnie americane hanno ammesso che bisogna allargare le indagini limitate finora al dosaggio dell'albumina e dei cilindri. Evers, Medico Capo della New York Metro L. I. C. al congresso del 1935 dei medici direttori di A. Vita americani, riconosce questa necessità quando, oltre il rene, risulti lesa un altro apparato e riporta dati importanti. Credo sia bene insistere su questa necessità di allargare le indagini in speciali casi che potrebbero sembrare quasi sempre buoni.

Se i dati del C. I. R. T. sembrano deporre in senso ottimista, dobbiamo riflettere che essi hanno un'antidurata media di soli quattro anni e che tutti i decessi verificatisi tra i rifiutati sono da mettere in rapporto diretto od indiretto con la nefropatia. Ecco l'opportunità di praticare ricerche funzionali che trovo consigliate anche all'Estero; ad es. da Hecheer in Germania con le due prove di Volhard. Noi, qualora non fosse possibile praticare la B. U. C., consiglieremmo la prova della diluizione che richiede un tempo non eccessivo.

Recentemente Ferro-Luzzi ha proposto, allo scopo di riunire in un unico quadro le varie qualità funzionali e di eliminazione di un rene, la composizione di un grafico che l'A. ha chiamato urogramma. Questo indica la quantità di urina emessa per c. c. al minuto, il filtrato glomerulare secondo la prova di Rehberg, l'azotemia, la concentrazione ureica del liquido riassorbito ed infine il valore del B.U.C. espresso in per cento del normale. La determinazione di queste prove che ha scopi di diagnosi clinica a noi interessano solo parzialmente; per i nostri scopi sono sufficienti oltre l'azotemia, la B.U.C. o la prova di Rehberg. Queste, come abbiamo visto, richiedono

90 minuti ed un prelevamento unico di sangue per dosare rispettivamente l'azoto o la creatinina. La Rehberg, in quanto esprime il filtrato glomerulare, ci dice se esiste una affezione del glomerulo, la B.U.C. invece indica in modo generico il grado della deficienza renale. I controlli eseguiti da Marcolongo e Ferro-Luzzi confermano che essa risponde bene alle finalità funzionali che a noi interessano.

Inoltre con un unico esame di sangue otteniamo anche l'azotemia, ricerca che è sempre indispensabile per queste indagini. La prova della diluizione potrà sostituire la B. U. C. nei casi in cui fosse impossibile il prelevamento del sangue.

Passando ad esaminare il rischio possiamo dire che se esso non è eccessivo quando tutte le funzioni sono normali e l'albuminuria è lieve ed isolata, col comparire degli altri sintomi e dell'insufficienza latente esso rischio invece cresce rapidamente. Non è facile stabilire un ordine circa l'importanza che rivestono i singoli sintomi poichè talvolta compaiono in modo spiccato talora sono appena accennati; lo stesso dobbiamo dire delle alterazioni funzionali. Poichè non conosciamo il meccanismo che regola le varie funzioni dobbiamo, a scopo precauzionale giudicare con molta severità i casi di albuminuria complicata da uno dei seguenti elementi: iperazotemia, o ipertensione notevoli, deficiente funzionalità comunque dimostrata, retinite. Il semplice fatto della esistenza di una di queste alterazioni ci deve far considerare il caso di cattiva prognosi.

Nella relazione di Evers, già ricordata, questo A., studiando sul materiale della Metro L.I.C., presenta un interessante prospetto che convalida questa nostra opinione. Come si vede, a seconda dei gruppi esaminati, esiste una forte differenza dei casi di morte verificatisi.

	Casi di morte verificatisi	Morte presunta	% delle M. reali con le presun.
I. - Soggetti con sola albuminuria in atto o nell'anamnesi	78	83,2	94 %
II. - Soggetti con albuminuria cilindruria ematuria o piuria . .	100	71,7	139 %
III. - Soggetti con albuminuria e lesione cardiovascolare	397	137,1	312 %

E' specialmente il terzo gruppo che presenta una mortalità molto superiore a quella presunta, da ciò la poca convenienza di accettare questi rischi anche a condizioni onerose. Per gli altri due gruppi invece è possibile, graduando il soprapremio, accettarli come rischi tarati.

Prima di definire un rischio occorre pure stabilire se e quale importanza debba esser data all'età. Nella succitata relazione Evers riporta risultati che hanno sorpreso anche i colleghi del proprio paese. Infatti egli trova nei sinistri del secondo gruppo un rapporto, per i soggetti inferiori a 40 anni tra la mortalità reale e quella presunta del 139 %. Tale cifra che l'A. spiega con la maggiore gravità della malattia nei giovani è contraddetta dagli altri dati americani quali quelli Brandshaw della Mutual Life che invece trova al disotto di 40 anni un rapporto del 118 % e al disopra esso sale a 131 %. In questa indagine gli albuminurici sono però stati considerati in un unico gruppo.

Ciò che è risultato dalla nostra statistica conferma l'opinione corrente, come cioè l'albuminuria conduca più facilmente a morte col progredire dell'età. E' perciò giustificato il motivo delle tarature crescenti, tale principio potrebbe solo esser corretto con una revisione perio-

dica da richiedersi a facoltà dell'assicurando.

Da questa rassegna nella quale abbiamo voluto accennare a tutti gli argomenti più recenti di fisiopatologia renale, attraverso una disamina delle infinite ricerche emato-chimiche, pur non avendo trovato la prova unica della funzionalità renale dobbiamo riconoscere che la scienza va facendo anche in questo campo grandi progressi.

Attualmente, in confronto a 20 anni fa, oltre le più complete cognizioni fisico-chimiche, i dati statistici posseduti ci permettono e meglio ancora i dati che potremo raccogliere, ci permetteranno, tra un decennio di divulgare sempre più i contratti di assicurazione ad un gruppo numeroso di individui che fino a qualche anno fa non avevano alcuna possibilità di beneficiare della previdenza sulla vita.

AUTORIASSUNTO.

Ricordate le moderne teorie sulla funzionalità renale e sul meccanismo dell'albuminuria e messi in rilievo i concetti neo-umorali che attualmente tendono a prevalere, l'A. passa ad esaminare tutte le indagini da praticare nelle urine e nel sangue proposte nell'ultimo ventennio. In assenza di una prova unica sicura sulla funzionalità renale propone la ricerca dei sintomi più sicuri secondo quattro gruppi.

Il giudizio complessivo per l'accettazione di un albuminurico risulterà dalla sintesi dei singoli risultati.

Alcune tabelle statistiche ricavate dalla popolazione del Regno, dal materiale dell'I. N. A. e del C. I. R. T. completano il quadro nosografico e lumeggiano la prognosi di questa proteiforme malattia.

BIBLIOGRAFIA

- ANTOGNETTI e MUGGIA, *Le albuminurie benigne*, Milano, 1929.
- ASHE e BRUGER, *Il tasso di colesterolo nelle nefriti*, The Amer. Jour. of med. Sc. T. 186, nov. 1933.
- Association of Life Assurance of America, vol. XXII, 1935, New York. Relaz. Dottor EVERS e relaz. Dott. BRAUSHAW.
- BELTRAMETTI, *La relazione xantoproteica nelle nefropatie ecc.*, Riforma Medica, 1931, n. 2.
- BENNET, *La prognosi nelle nefriti*, The Lancet, gennaio 1935.
- BUZEN e COSTANTINESCO, *L'ipertrofia compensaria dei reni*, Journ. d'urol., 1933, n. 1.
- CAMBIER, *Applicazione della T. di Rehberg alle malattie renali*, Annales de médecine, T. XXXII, n. 4, 1933.
- CAMBIER e HAURIEZ, *L'azotemia negli ipertesi*, Journ. des praticiens, I-II-36 Médecine, T. XXXV, n. 4 nov. 1933.
- CASTAIGNE e CHAUMERLIAC, *Densimetria semplice delle urine frazionate nelle 24 h. per la diagnosi della insufficienza renale*, Jour. medical Français, nov. 1932.
- CASTAIGNE, *Il significato clinico del testo d'urea nella pratica medica*, Journal medical Français, maggio 1936.
- CECONI e MARCOLONGO, *Medicina Interna*, volume II, 1936.
- CABBANICA e BOLO, *Della Esplorazione funzionale del rene*, Manon Peres, 1930.
- DICKER, *La pressione arteriosa negli stati pre-nefritici*, Soc. U. hopitaux Bruxelles 16 giugno 1935, Presse medical, 1935.
- L. FERRANNINI, *La distinzione tra nefriti e nefrosi*, Riforma Medica, 1931, n. 5.
- FERRO-LUZZI, *La prova di Muller, Mc. Intosh — per lo studio della funzionalità renale —* Archivio Farmacol. Speriment. T. XXXI, vol. 54, fasc. III.
- FERRO-LUZZI, *Esame funzionale dei reni con particolare riguardo alla d. d. delle nefropatie*, Arch. Soc. mediche, 1936, n. 4.
- GIORDANENGO, *L'esplorazione funzionale dei reni*, Minerva Medica, A. 1931, n. 34.
- LEVINE, *Contributo allo studio dell'albuminuria cicatriziale*, Tesi di laurea presso la Clinica Med. di Ginevra (Prof. Bard), 1922.
- LO CASCIO, *I polipeptidi nel sangue*, Diagnostica e Tecnica di Laboratorio, 1937, n. 3 e 4.
- MEINZ, *Le basi fisico-chimiche dell'albuminuria*, Klin Wochenschrift, 1931, n. 4.
- MARCOLONGO, *Il comportamento delle globuline urinarie nelle diverse nefropatie*, Minerva Medica, 1932, n. 39.
- MARCOLONGO, *Rilievi clinici sull'ipertensione nella nefropatia*, Cuore e Circolazione, 1935, n. 8.
- NOUMENBRUCH e WEISER, *L'azotemia non ureica e suo trattamento ecc.*, Presse medical, 1935, n. 94.
- KORANYI, *Sopra il meccanismo dell'albuminuria*, rif. in Revue Journax de la Presse, 1936, n. 85.
- PASTEUR VALLERY REDOT, *Le nefriti azotemiche*, Bruxelles Medical, 1931, n. 47.
- RATHERY e FROMENT, *La classificazione delle nefriti*, Presse Med., 1934, n. 24 e 27.
- RATHERY, *Le albuminurie giovanili*, Journal des Praticiens, 1934, n. 15 rif. in Minerva Medica 1934, n. 38.
- SACCHI, *La prova dell'ammoniuria provocata nella funzione renale*, Minerva Medica, 1933, n. 25.
- SCAGLIONI, *Ossalemiä e ossaluria in rapporto alla funzionalità renale*, La Riforma Medica 1935, n. 10.
- SEMINI, *La Medicina delle Assicurazioni Vita*, Treviso, 1936.
- SIGNET, *Ciò che dicono i cilindri urinari*, L'Hôpital, 1931, n. 4.
- STARNA, *L'accettazione degli albuminurici nell'assicurazione vita*, L'Assistenza Sanitaria, 1936, n. 6.
- TABANELLI, *Esame della funzionalità renale mediante iposolfito di soda*, La Clinica chirurgica, 1932, n. 3.
- WESSELOW GOEDBY, *Anigdalità e albuminuria*, The British med. journal, 1935, n. 3881, pagg. 1065-67.
- WINTERNITZ, *La prognosi dell'ipertensione in « Transactions of The International Congress on Life Assurance Medicine »*, London, 1935.

Alcune considerazioni sull'infezione malarica nella zona dell'Alto Giuba e suoi rapporti con l'Assicurazione Vita

Dott. MANOZZI FERNANDO

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

Nella zona dell'Alto Giuba e, posso dire, in tutta la Somalia, le infezioni malariche quartanarie sono rarissime (non ne ho vedute mai in dieci mesi); le terzinarie benigne invece, abbastanza frequenti, e si presentano, quasi senza eccezione, con violento brivido iniziale e crisi termica accompagnata da profusa sudorazione. La periodicità degli accessi non è quasi mai classica, verificandosi spessissimo il tipo di febbre quotidiana.

Il problema della malaria, quanto mai vasto, complesso e di difficile soluzione, si impernia invece quasi esclusivamente, sulla conoscenza, lo studio, l'indagine, della forma più comune, dominante, severa di infezione malarica: la terzana maligna estivo-autunnale.

Sarà bene far conoscere ai medici che andranno nelle zone dell'Impero a portare, con i sacerdoti e i maestri, la forma più aristocratica di civiltà, quella del pensiero e della scienza, le modalità con cui si presenta all'osservazione clinica quest'ultima forma di malaria.

A prescindere dalle perniciose, di cui farò cenno dopo, la comune estivo-autunnale si manifesta nella maggioranza dei casi, con attacchi quotidiani, quasi sempre pomeridiani, della durata di dieci-quindici ore, dopo le quali la febbre cade per crisi o rapida lisi, accompagnata da sudorazione più o meno abbondante. Anche nei casi di febbre continua o subcontinua, indubbiamente di gran lunga meno frequenti, una accu-

rata indagine anamnestica ed un preciso controllo termometrico, svelano la remittenza quotidiana; la ripresa è quasi sempre preceduta da brivido, magari appena accennato, ma che il paziente ricorda e riferisce.

Questo modo di presentarsi della terzana maligna è indubbiamente un po' fuori dai classici schemi, specie tenuto conto del fatto che circa il 50% dei colpiti rientra in questa categoria.

Naturalmente il controllo microscopico, e molto la pratica di chi ha visto centinaia di casi uguali, convalidano ed accertano la diagnosi di forma. Nei primissimi tempi del conflitto Italo-Etiopico, quando pochi medici conoscevano bene le zone tropicali e la loro patologia, non si pensò alla malaria di fronte a polmonitici, dissenterici, emiplegici, cerebrali, bulbari, meningei, tetanici, psicopatici: ed ho accennato alle perniciose osservate da me e dai colleghi dell'Ospedale da campo 448, nel quale ho prestato servizio, ed ove fu subito fatta la diagnosi di malaria perchè il Direttore dell'Ospedale, 1° Capitano Parisi dott. Ennio, conosceva da maestro la Colonia e la sua morbilità. Tali malati venivano ospedalizzati sei-otto giorni dopo l'inizio della forma morbosa, non chinizzati: l'esatta e rapida diagnosi, l'immediata chininoterapia endovenosa, nulla poterono in quasi tutti i casi, e talora l'exitus avvenne fulmineamente, cinque ore appena in un paziente entrato non gravissimo in Ospedale e poco

dopo colpito da una crisi circolatoria: la morte avvenne in algidismo.

Chi ha visto tali misfatti dell'infezione malarica, ha acquistato quella forma di esagerata prudenza e di allarmismo che ha fatto del medico coloniale (parlo sempre della zona nella quale ho vissuto) un terapista sui generis: chinino a tutti i febbricitanti, a proposito ed a sproposito.

E' giustificato questo trattamento generale? E' certamente irrazionale, non scientifico, può anche ripugnare al medico il quale vorrebbe sempre prima sceverare e poi approntare la cura, ma è giustificatissimo.

Pur sapendo che quasi sempre la curva termica tradisce l'origine malarica dell'affezione in esame (e mi riporto a quanto ho precedentemente detto), nessun medico deve attendere la soluzione del dubbio diagnostico a braccia conserte, perchè al di là di un certo limite, che spesso nessun sintomo particolare fa prevedere, il malato è irrimediabilmente perduto.

Tutti i febbricitanti debbono quindi essere chininizzati e a dosi terapeutiche, salvo a sospendere la cura specifica quando il dubbio non ha più ragione di esistere e di tormentare.

Il chinino somministrato periodicamente quando ce n'è bisogno o quando si suppone che potrebbe essercene bisogno, non ha mai fatto male ad alcuno. Di fronte alle intolleranze e particolarmente all'emoglobinuria, si cambia medicinale e si ricorre all'afebrina, che non teme pericoli ed ha rappresentato per il nostro ospedale, una scorta più preziosa dei viveri di riserva.

Queste mie affermazioni urteranno certamente molte coscienze di medici, ma ad essi rispondo serenamente che ad una malattia così grave come la malaria e così multiforme da investire senza eccezione tutti gli organi della econo-

mia organica, (quando conosciamo le dolorose conseguenze) dobbiamo opporre tutti i mezzi di cui la scienza dispone.

Due parole sulla profilassi, che in Africa Orientale è stata rigorosamente applicata per tutti.

Per unità, di civili o militari, dislocate lontano da centri sanitari e alle quali il medico si porta periodicamente, tale prevenzione è necessaria, perchè si evitano le perniciose. Ma è certo dannoso profilassare chi è poco distante da ospedali e medici. Il primo attacco non è mai pernicioso ed il pronto intervento della terapia chininica rapidamente guarisce: nessun pericolo dunque dove l'opera del sanitario può essere vigile. In tal modo si eliminano due gravi inconvenienti: il presentarsi assolutamente atipico dell'infezione, che cambia fisionomia alla forma morbosa e spesso ne rende incerto il giudizio diagnostico; e l'ostinata resistenza al rimedio, che sconcerta e mette a dura prova le risorse del medico. Questi vede il malato febbricitare (ad onta del chinino somministrato per tutte le vie) talora per decine di giorni, rapidamente anemizzarsi ed astenizzarsi, con grave rischio dell'organismo che solo a stento riuscirà poi a riprendersi.

Questo a prescindere dal fatto di ben nota acquisizione che la profilassi chininica, continua o discontinua, non preserva da espressioni severe dell'infezione: non perniciose comitate, ma perniciosiformi.

Si potrebbe obiettare che la profilassi riduce la casistica. Mi permetto di formulare in proposito molte riserve, ed ammesso anche che ciò sia esatto non bisogna dimenticare che l'individuo il quale vive tra le zanzare parassitifere, o prima o poi, a dispetto della scarsa carica chininica che la profilassi determina, s'infetta certamente.

Desidero soffermarmi un po' più a

lungo sull'infezione malarica cronica, che rappresenta, per molte zone dell'Impero, un problema di importanza sociale e investe in pieno il rischio delle assicurazioni vita.

Teniamo conto che un buon numero di malarizzati, nonostante la più scrupolosa terapia, non si rimette in equilibrio organico per un insieme di motivi dei quali voglio elencare quelli che a me sembrano più probatori:

1) la virulenza del parassita;

2) la persistenza del parassita;

3) l'anemia postmalarica, conseguenza della vasta invasione parassitaria degli eritrociti, dell'impegno degli organi emopoietici e di fattori tossici molteplici. Ricordo anemizzati con 800 mila globuli rossi e anemie perniciosiformi col quadro ematologico della Biermer. L'epatoterapia ha ben risposto anche nelle anemie secondarie.

Tali pazienti restano pallidi, dispnoici, hanno scarso appetito, si stancano facilmente, talora febbricitano nel pomeriggio, od anche tutto il giorno, pur dovendosi spesso supporre, per il ripetuto controllo microscopico negativo e la precedente cura chininica ben condotta, che siano sterilizzati. La ragione di tutto ciò è da ricercarsi sopra tutto nelle condizioni climatiche: temperatura alta, uniforme, snervante, che già di per sé induce una notevole emolisi: è bastato in molti casi trasferire il malato da Lugh-Ferrandi in zone più elevate (Baidoa: 400 m. s. m.) per vederlo rapidamente rifiorire;

4) l'alimentazione incongrua, per tutte le ben note ragioni: non verdure fresche, non carni nutrienti come il pollo, non latte recente, non pane di farina perfettamente e bene conservata;

5) il pregresso lavoro, condotto con alacre zelo perchè il corpo era sano, ma

in un clima avverso, cui l'europeo, abituato all'avvicinarsi delle stagioni, solo dopo molto tempo si adatta; incide sulle risorse organiche, che non sono più valide allora proprio che dovrebbero esserlo;

6) l'avvilimento del malato o del convalescente che teme di peggiorare o di non guarire più, ed è lontanissimo dalla famiglia e dalla patria.

C'è un solo modo per far guarire questi cronici (mi sia permesso chiamare così anche gli individui che non albergano più il parassita nel loro organismo): trasferirli, per un non breve periodo, sulla costa, meglio in zone un po' elevate o addirittura in clima mediterraneo, farli riposare, corroborarli, rasserenarli.

E' di questo complesso di provvidenze che dovrà essere tenuto conto per valutare il rischio assicurativo, perchè l'esperienza vissuta mi ha detto che il malarico mal guarito o cronicizzato, non si riprende se resta, o, peggio, lavora, nella stessa zona in cui ha contratto l'infezione.

Ai fini del rischio assicurativo, va tenuto poi anche gran conto delle possibili malattie intercorrenti, soprattutto a carico degli apparati digerente e respiratorio, alle quali ben poco avrebbe da opporre un organismo così duramente provato.

Queste poche note scaturiscono dalla breve esperienza di un anno e già possono far capire quanto, in tema di malaria nelle zone dell'Impero, ci sia da fare e quanto certo si farà. La Nazione che in solo sette mesi ha liberato da una secolare barbarie otto milioni di uomini, affronterà tutti gli ostacoli che si oppongono alla soluzione del problema della malaria, con la stessa sicurezza di vittoria con cui ha saputo dominare eventi ed elementi durante il conflitto.

*Medicina Legale della Assicurazione Vita***Del danno che può derivare in Assicurazione Vita dalle reticenze dell'assicurando***(A proposito di un sinistro di morte per ulcera duodenale perforata)*

Dr. FERNANDO VICENTINI

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

Per quanto l'importante argomento della reticenza nei riguardi della assicurazione vita, sia stato in questa rivista esaurientemente e con molta competenza trattato da vari autori, tuttavia ritengo di qualche interesse tornarvi sopra a proposito di un sinistro di morte che ho avuto occasione di esaminare.

Nel settembre 1936, moriva in X... per ulcera duodenale perforata un individuo di sesso maschile in età di anni 52, il quale circa un anno prima aveva stipulato un contratto di assicurazione sulla vita, con visita medica. Al Medico Fiduciario incaricato di esaminarlo, egli aveva dichiarato di avere sofferto, dieci anni prima, di polmonite ed aveva taciuto ogni altro precedente patologico. Nulla avendo riscontrato di patologico il predetto Fiduciario, nello stato presente dell'assicurando, questi fu accettato in assicurazione a condizioni normali e fu emessa la relativa polizza.

Data la breve antidurata del contratto sinistrato, vennero effettuate indagini sanitarie le quali misero in luce che l'assicurato era un sifilitico di vecchia data e che circa dieci anni prima della morte g'li era stata diagnosticata una forma di tabe dorsale per la quale era stato sottoposto ad adatte cure, con buon risultato. Durante il periodo più acuto di tale

malattia, egli aveva sofferto di coliche che erano state interpretate come crisi gastriche tabetiche. Alcuni mesi prima della morte l'assicurato aveva avvertito di nuovo dolori e formicolii agli arti inferiori che però si erano rapidamente e notevolmente attenuati in seguito a cura antiluetica a base di bismuto.

L'episodio finale è stato, attraverso le indagini, così ricostruito: mentre l'A. trovavasi a pranzo fu colpito improvvisamente da violenti dolori addominali; il medico curante subito accorso credette in un primo momento, che il paziente fosse stato nuovamente colpito da una crisi gastrica connessa con la tabe, ma di lì a poco dovette convincersi che egli si trovava di fronte ad una sindrome addominale acuta da perforazione. Il malato fu poco dopo sottoposto a laparatomia e fu così riscontrata una ulcera duodenale perforata. Purtroppo le risorse terapeutiche del caso non valsero a salvare l'infermo.

Come recentemente ha scritto il Prof. Romanelli, proprio a riguardo della questione medico-legale connessa con le ulcere gastro-duodenali, nei rapporti con la assicurazione vita (I. ROMANELLI, *Le ulcere gastro-duodenali e l'assicurazione vita*, Relazione al Congresso internazionale di medicina della assicurazione vita,

Londra 1935), « è compito del Medico della Direzione di un Ente di Assicurazione, di ricercare in ogni caso di sinistro di premorienza :

a) se vi è un rapporto diretto od indiretto tra la causa di morte e le condizioni di salute dell'assicurando alla assunzione del rischio ;

b) se l'assicurando ha denunziato all'assicuratore, alla stipulazione del contratto, tutti gli elementi necessari per la valutazione del rischio ».

Cerchiamo ora di analizzare il caso occorsoci, al lume di queste norme.

L'A. era affetto da tabe dorsale e morì di perforazione duodenale, dico perforazione e non ulcera duodenale, poichè non si hanno potuto avere elementi sufficientemente sicuri per la diagnosi anatomica della lesione. Egli aveva nel passato sofferto di coliche che erano state interpretate dai medici curanti per crisi gastriche tabetiche. Mi pongo subito il quesito se può esservi stato un rapporto diretto tra la tabe dorsale e la perforazione duodenale. Come si sa tra i sintomi più importanti e più frequenti della tabe dorsale sono le crisi viscerali, generalmente ritenute come l'espressione di uno stato irritativo delle fibre viscerali afferenti che compiono l'ufficio di trasmettere ai centri la sensibilità dei visceri (Mattiolo). Tra queste crisi, le più importanti sono le crisi gastriche che appaiono improvvisamente, senza apprezzabili cause, sotto forma di dolori gastrici acutissimi, irradiantisi al dorso, accompagnati da senso di costrizione all'epigastrio e da vomito abbondante, fortemente acido, talora sanguigno. Poche conoscenze e discordanti si hanno sulle condizioni anatomiche delle pareti dello stomaco dei tabetici con crisi viscerali. Alcuni autori sono del parere che non vi siano alterazioni apprezzabili. Ma il fatto di essersi riscontrato del sangue nelle sostanze vomitate durante tali

coliche, ha richiamato l'attenzione di altri studiosi. Così E. Müller nel Trattato di medicina di Mohr così si esprime al riguardo: « Talvolta le sostanze vomitate sono rossiccie o nericie, per la presenza di sangue (crises noires di Charcot). L'emorragia è per lo più parenchimatosa. Alla autopsia si trovano tutto al più piccole lacerazioni vasali ed ulcerazioni superficiali minime. In altri casi esistono complicazioni con malattie organiche grossolane dello stomaco o del fegato, soprattutto l'ulcera genuina o il carcinoma dello stomaco. E' anche possibile che coesista la sifilide gastrica (ulcera, gomme, ecc.) ».

R. Staehelin parlando, nel medesimo trattato, delle emorragie gastriche nelle malattie nervose, così si esprime: « Sono state sicuramente dimostrate nelle crisi tabetiche nelle quali o si tratta di emorragia di un'ulcera gastrica, provocata a sua volta dalle crisi, oppure di emorragie parenchimatose che si producono col vomito ».

Tuttociò parla per la possibile esistenza di un rapporto più o meno diretto tra lesioni gastriche e tabe dorsale. Ma oltre alle crisi gastriche, sono state riscontrate anche crisi intestinali ed anche diarree sanguigne nel corso della tabe. Ma v'è di più: la tabe dorsale produce spesso disturbi trofici rilevanti delle parti molli: cute, mucose, ecc. Il male perforante non è stato riscontrato solamente alla pianta del piede, ma può prodursi anche in altre parti del corpo, persino in bocca. Perchè dunque non potrebbe una perforazione duodenale riportarsi ad una tale etiopatogenesi?

Naturalmente siamo ancora nel campo delle ipotesi e non si può senz'altro affermare un diretto rapporto tra tabe dorsale e lesione anatomica gastro-duodenale.

Ma non bisogna dimenticare che la tabe dorsale è una malattia accertata

ormai sicuramente di origine sifilitica. La sifilide può colpire lo stomaco in tutti gli stadi manifestandosi sotto forma di gastrite, di gomme, di ulcerazioni. La sifilide gastrica e quindi anche duodenale fu un tempo ritenuta malattia molto rara. Oggi però si ritiene che essa sia certamente assai più frequente di quanto parrebbero dimostrare i non molti casi di cui la natura potè venire stabilita istologicamente. Si conoscono infatti parecchi malati con gravi lesioni organiche dello stomaco, nei quali per essersi pensato alla sifilide e averne eseguita la cura, si ottenne una stabile guarigione di tutti i disturbi (Busi).

Evidentemente anche la lesione duodenale, che causò la morte del nostro A., avrebbe potuto essere di natura sifilitica. Anche l'Uffreduzzi (*Trattato di Patologia Chirurgica*) dice che non mancano casi di ulcerazioni gastriche luetiche e che è difficile determinare esattamente i limiti che possono esservi tra l'ulcera peptica e l'ulcera luetica.

Il chirurgo che ebbe ad operare il nostro A. fece diagnosi di ulcera duodenale perforata ed al Medico della Direzione che a lui si rivolse per chiarimenti, disse che l'aspetto della lesione doveva far propendere per una ulcera peptica del duodeno. Ammettiamo pertanto che si trattasse effettivamente di una ulcera duodenale vera e propria, cioè non consecutiva a lesioni sifilitiche della parete. Com'è noto la etiopatogenesi di questa malattia è ancora, come dice il Gasbarrini nel *Trattato di Medicina interna* (Ceconi e Collaboratori) immerso nel buio ad onta dei numerosi studi sperimentali intesi a chiarirlo. « Sono state emesse le più svariate teorie: dobbiamo però ritenere che molteplici fattori di diversa natura, abbiano verosimilmente a concorrere per danneggiare la mucosa gastrica.

In alcuni casi furono invocate le le-

sioni croniche dei vasi gastrici (lesioni arteriosclerotiche o sifilitiche).

E' ammessa una influenza nervosa sullo sviluppo dell'ulcera gastrica (teoria neurogena); spesso gli ammalati di ulcera presentano disturbi nel campo del sistema nervoso vegetativo, che si ripercuotono sullo stomaco sia direttamente, sia per mezzo di azioni vasomotorie (spasmo di piccoli vasi della parete gastrica) » (Gagharrini).

Spasmi vasali sono da alcuni autori posti, nei tabici, alla base delle crisi viscerali: si tratterebbe di vere crisi vascolari a forma di angina di petto o di angina addominale (Mattirolo). Ci permettiamo di osservare come ipoteticamente, il ripetersi nei tabici, di queste crisi vascolari, potrebbe creare un terreno adatto alla formazione di ulcere gastro-duodenali. In conclusione per quanto non sia assolutamente provato, non si può disconoscere la possibilità di un più o meno diretto rapporto tra l'esistenza di una tabe dorsale (malattia di natura sicuramente sifilitica) e una ulcera duodenale.

Ma io voglio per un momento negare qualunque rapporto tra queste due affezioni e chiedermi se rimangono degli elementi per la contestazione del sinistro. L'A. negò di aver sofferto malattie all'infuori della polmonite ed in modo speciale negò di aver avuto sifilide; disse di trovarsi in perfetta salute e di non avere disturbi di sorta. Dette pertanto false dichiarazioni come ebbe a provare l'indagine medico-legale espletata. Quando fu sottoposto a visita medica trovavasi in uno di quei periodi di remissione dei sintomi, che possono riscontrarsi nei tabetici e potè così carpire la buona fede del medico fiduciario. Se, ripeto, noi neghiamo l'esistenza di ogni rapporto tra la tabe dorsale, malattia da cui era affetto l'assicurando e l'ulcera duodenale, malattia che lo condusse a morte, il con-

tratto è ugualmente contestabile perchè le reticenze e false dichiarazioni dell'assicurando su i suoi precedenti morbosì e sul suo stato presente, lo rendono in linea di diritto annullabile. Il secondo comma dell'art. 429 del Codice di Commercio, così si esprime: « L'assicurazione è nulla, sebbene la dichiarazione o la reticenza riguardi circostanze che in effetto non hanno influito sul danno o sulla perdita delle cose assicurate ».

Il nostro assicurando non ha denunziato all'assicuratore alla stipulazione del contratto, tutti gli elementi necessari per la valutazione del rischio. Anzi ha taciuto alcuni elementi di capitale importanza. E' ovvio che se l'Istituto assicuratore avesse saputo che l'assicurando vera affetto da tabe dorsale, sia pure ben curata, non avrebbe dato tanto facilmente il suo consenso al contratto, o lo avrebbe dato a condizioni speciali. In un articolo su « L'accettazione dei sifilitici in assicurazione vita » comparso nell'aprile 1936 in questa rivista, richiamai l'attenzione dei lettori sul fatto che « ogni sifilitico mentisce ed in qualità di candidato alla assicurazione vita, mentisce maggiormente (Hecher). Ciò può avvenire per innato pudore oppure perchè l'assicurando non ha dato grande importanza alla malattia sofferta od infine, ed è questo il caso più frequente, perchè egli teme di non essere accettato in assicurazione o di essere accettato a condizioni non convenienti ». Nel nostro caso non ritengo si debba pensare a ragioni di pudore in un uomo di 52 anni, il quale sa che ha il preciso dovere di rendere dichiarazioni sincere e risposte veritiere alle varie domande contenute nel quistionario medico. Anche ammettendo che egli ignorasse di essersi contagiato di sifilide non è possibile che egli ignorasse la importanza della malattia (tabe dorsale) per la quale si era curato per molti anni e che gli aveva procurato

sofferenze notevoli. Quindi nessuna attenuante può invocarsi a discolta delle dichiarazioni erronee rese dall'assicurando all'atto della visita medica per l'ingresso in assicurazione.

In questo ed in casi consimili l'Istituto assicuratore ha diritto di contestare il contratto e di restituire i premi pagati, a meno che per provata malafede non resti, a norma del 3° comma del succitato art. 429 del Codice di Commercio, proprietario di essi.

Ben disse il Prof. I. Romanelli nella Relazione al Congresso di Medicina Legale del 1933: « ... il contratto di assicurazione vita è un contratto di buona fede, emesso in base alle dichiarazioni sinceramente rese dall'assicurando circa le proprie condizioni di salute ».

In testa ai modelli che vengono usati dai Medici fiduciari per i rapporti di visita medica degli assicurandi è scritto in carattere ben visibile:

Dichiarazioni dell'Assicurando costituenti la base del contratto di assicurazione

e sotto al quistionario di tali dichiarazioni, prima della firma dell'assicurando, è ancora stampato:

« Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da me date con il presente documento sono veritiere ed esatte e che non ho taciuta omessa od alterata alcuna circostanza in rapporto con il quistionario stesso.

« Riconosco che le notizie e i dati richiestimi sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ».

La prima dicitura ha valore di monito a chi si accinge a rispondere al quistionario; sottoscrivendo la seconda, l'assicurando assume la responsabilità delle risposte date che, se erronee o reticenti

o false addirittura, autorizzano l'Ente ad annullare il contratto stesso.

Molto bene ha fatto a mio parere, l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni a togliere da sotto il quistionario delle dichiarazioni dell'assicurando, la firma del medico fiduciario, lasciando così unico responsabile della veridicità delle risposte, l'assicurando stesso.

Ho intitolato il presente articolo: « Del danno che può derivare in assicurazione vita dalle reticenze dell'assicurando ». Ad onore e vanto del popolo italiano sempre più sano nel corpo e

nello spirito, il numero dei contratti contestabili per reticenze o addirittura per malafede, va sempre più diminuendo. Vorrei però che quei pochi assicurandi, che al momento di sottoscrivere il contratto di assicurazione vita, sanno di aver reso dichiarazioni non del tutto vere al fiduciario, meditassero sulla importanza della firma che stanno per apporre e meditassero ancora sul fatto che nel caso di loro premorienza, il danneggiato non sarà l'Istituto assicuratore, ma i loro eredi che non potranno godere i benefici non indifferenti della previdenza assicurativa.

Indagini di statistica medica**La tavola di Clark e la sua applicazione pratica in un gruppo di assicurandi e assicurati veneti**

Dott. FERNANDO VICENTINI

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

Il Dott. Ch. P. Clark, direttore medico della « Mutual Benefit Life » ideò nel 1929 un metodo pratico per correggere gli errori commessi dai medici fiduciari nel valutare nei rapporti da loro compilati, il peso degli assicurandi esaminati. Questo metodo ebbe subito rapida diffusione nel Nord-America data la importanza del fattore peso, in medicina dell'assicurazione vita. Qualche anno dopo il Dr. O. F. Mendonca, medico capo della Compagnia Sud America, introdusse il metodo Clark in alcuni paesi latini e precisamente nel Brasile, nel Portogallo e nella Repubblica Argentina. Per poter giungere a ciò egli fece la conversione di tutte le cifre della tabella, originariamente redatta in misure inglesi, in quelle del sistema metrico decimale. Il Dr. Mendonca ha ottenuto con il metodo Clark, da lui opportunamente modificato, dei risultati veramente incoraggianti. In esperimenti da lui fatti servendosi dei rapporti compilati nella sede centrale della Compagnia egli ha visto che le indicazioni della tavola coincidevano in relazione al peso con quelle dei rapporti stessi in più del 70% delle esperienze fatte.

Nel 1934 fu pubblicato in *Assistenza Sanitaria*, anno 3°, n. 6, un interessante articolo del Prof. Dr. Mendonca dal titolo: « La tavola di Clark per la correzione degli errori nel peso e nelle misure somatiche forniti per gli assicurandi ». In tale lavoro l'autore si chiese: darà la tavola di Clark in altri paesi di

razza latina gli stessi risultati che ha fornito negli Stati Uniti?

Per rispondere a questo quesito ho indagato quale corrispondenza vi fosse tra i dati della tavola del Clark e quelli effettivamente riscontrati in un gruppo di cento individui nati nel Veneto (assicurandi o assicurati) i cui dati somatici erano stati rilevati con esattezza da me o da altri medici della Direzione dell'I. N. A. Ho poi fatto lo stesso controllo sulle misure somatiche di altri cento assicurandi, visitati da medici fiduciari.

Ma prima di riferire i risultati delle mie indagini ritengo opportuno illustrare il principio base della tavola di Clark ed il suo metodo di applicazione, desumendo l'uno e l'altro dal succitato lavoro del Dr. Mendonca.

Poichè nè il perimetro toracico, nè la circonferenza addominale possono essere ricavate dal peso o dalla altezza, isolatamente presi, il Clark ha ricercato se vi fosse una relazione speciale tra questi due elementi, mediante la quale le misure del torace e dell'addome siano in stretta analogia di proporzioni. Dopo molti esperimenti egli è giunto alla conclusione che la speciale relazione tra il peso e l'altezza, obbedisce ad una costante, rappresentata da una frazione del peso corrispondente ad una certa frazione od unità di altezza. La tavola di Clark avendo per base come unità di misura il piede, è stato necessario, per poter applicarla al sistema metrico decimale, considerare il suo equivalente in

cm. e tale utile conversione ha fatto il Prof. Mendonca, come sopra è detto. Egli così riassume il principio base della tavola: « Dal momento che vari individui grassi o magri, alti o bassi, hanno per ogni piede o per ogni trenta centimetri di altezza, lo stesso numero di kg. come peso, essi avranno fatalmente le stesse misure del torace e dell'addome. Analogamente, a determinate misure del torace e dell'addome corrisponde invariabilmente un determinato numero di kg. in peso ». (Vedi tavola di Clark nell'Assistenza Sanitaria 1934, n. 6, pagina 463).

Le cifre in essa contenute sono state ricavate dagli esami medici di n. 9392 assicurandi in età dai 14 ai 70 anni. Fa osservare il Mendonca che nelle indicazioni della tabella, in relazione al peso, occorre concedere un margine di kg. 4 e mezzo; tale margine è stato determinato statisticamente per controbilanciare i possibili effetti del fattore età.

Modo di usare la tavola. — Nelle prime tre colonne verticali sono le medie teoriche per il perimetro toracico in espirazione ed inspirazione e per la circonferenza addominale. Nella quarta colonna è riportata la somma di questi tre valori. Per adoperare la tabella si fa la somma delle due misure del torace e di quella dell'addome riscontrate in un rapporto di visita medica; si cerca nella quarta colonna la cifra uguale o che più ad essa si avvicina; nelle caselle affiancate verso destra sarà facile riscontrare la cifra teorica del peso corrispondente alla altezza dell'assicurando e confrontarla con quella del rapporto medico in esame.

* * *

Per saggiare la veridicità e conseguentemente l'utilità della tavola di Clark-Mendonca, ho confrontato con i pesi rea-

li quelli ricavati dalle misure del torace e dell'addome usando la detta tabella, relativi a 100 individui quasi tutti di sesso maschile (Clark non fa quistione di sesso nel suo lavoro) assicurandi o assicurati dell'I.N.A., nati nel Veneto, sottoposti a visita medica da me o da altri medici della Direzione.

Nel seguente prospetto sono riportati tutti i dati della ricerca disposti su otto colonne: I col. numero d'ordine che serve a contraddistinguere il soggetto dell'indagine. (Per ovvi motivi non ho riportato nemmeno le iniziali dei nomi). — II col. Statura in centimetri. — III col. Perimetro toracico in espirazione in cm. — IV col. Perimetro toracico in inspirazione in cm. — V col. Circonferenza addominale in cm. — VI col. Somma delle tre cifre precedenti: $Te + Ti + A.$ — VII col. Peso reale del soggetto. — VIII col. Peso ricavato con la tabella di Clark-Mendonca.

Nell'elencare gli individui nel prospetto ho tenuto conto del grado di corrispondenza delle due cifre del peso: corrispondenza perfetta, differenza di una unità in più o in meno, differenza di due unità in più o in meno, di tre unità ecc.

Se raggruppiamo adesso gli individui esaminati tenendo conto del grado di corrispondenza delle due cifre del peso (cifra reale e cifra desunta dalla Tabella di Clark-Mendonca) avremo:

corrispondenza perfetta	13
differenza di una unità in più o in meno	18
differenza di due unità in più o in meno	21
differenza di tre unità in più o in meno	19
differenza di quattro unità in più o in meno	11
differenza di cinque unità in più o in meno	5

Assicurandi e assicurati visitati da medici della Direzione dell' I. N. A.

Num.	Statura cm.	Perimetro toracico espirazione	Perimetro toracico inspirazione	Circonferenza addome	Te + Ti + A	Peso reale	Peso Tab. Clark
1	176	92	99	87	278	80	80
2	158	84	88	68	240	54	54
3	170	89	92	88	269	73	73
4	169	82	87	74	243	60	60
5	165	87	94	86	267	69	69
6	181	86	92	80	258	71	71
7	171	81	87	75	243	60	60
8	157	76	80	66	222	47	47
9	183	108	110	117	335	112	112
10	170	98	103	84	285	80	80
11	170	88	91	97	276	77	77
12	163	92	96	91	279	74	74
13	174	89	93	81	263	71	71
14	174	89	96	73	258	68	69
15	167	89	93	89	271	72	73
16	175	97	103	98	298	89	90
17	155	87	94	88	269	65	66
18	185	92	96	88	276	84	83
19	174	81	86	80	247	65	64
20	175	83	91	74	248	63	64
21	183	91	97	89	277	84	83
22	174	90	94	77	261	69	70
23	168	82	86	81	249	62	63
24	171	85	93	80	258	68	67
25	174	82	90	71	243	61	62
26	170	82	90	75	247	63	62
27	164	88	95	90	273	72	73
28	172	98	101	97	296	87	88
29	162	83	88	76	247	60	59
30	169	87	91	79	257	65	66
31	180	92	97	78	267	75	76
32	169	95	102	100	297	88	86
33	174	99	105	99	303	95	93
34	155	79	84	70	233	52	50

Segue : Assicurandi e assicurati visitati da medici della Direzione

Num.	Statura cm.	Perimetro toracico espirazione	Perimetro toracico inspirazione	Circonferenza addome	Te + Ti + A	Peso reale	Peso Tab. Clark
35	172	89	96	80	265	74	72
36	163	84	90	77	251	60	62
37	171	88	94	73	265	69	71
38	178	89	95	92	276	78	80
39	171	82	87	71	240	61	59
40	170	89	95	78	262	67	69
41	156	90	95	100	285	72	74
42	183	87	95	74	256	70	72
43	181	88	96	82	266	77	75
44	166	92	96	80	268	72	70
45	169	95	99	84	278	86	78
46	173	99	105	106	310	91	93
47	172	94	98	97	289	86	84
48	184	97	103	98	298	93	95
49	169	80	83	72	235	54	56
50	164	83	91	76	250	64	62
51	160	94	99	93	286	78	76
52	174	92	103	88	283	81	83
53	167	94	100	89	283	76	79
54	153	88	94	95	277	65	68
55	178	84	91	78	253	71	68
56	162	75	79	74	228	53	50
57	176	90	97	79	266	70	73
58	169	85	90	77	152	61	64
59	168	94	99	85	278	80	77
60	166	95	98	98	291	84	81
61	162	95	98	98	291	77	80
62	172	102	107	103	312	92	95
63	180	91	102	81	274	83	80
64	178	86	93	85	264	70	73
65	176	86	91	78	255	65	68
66	171	95	98	102	295	88	85
67	184	88	94	94	276	80	83
68	158	79	84	68	231	54	51

Seque : Assicurandi e assicurati visitati da medici della Direzione

Num.	Statura cm.	Perimetro toracico espirazione	Perimetro toracico inspirazione	Circonferenza addome	Te + Ti + A	Peso reale	Peso Tab. Clark
69	182	91	94	85	270	75	78
70	166	93	98	96	287	76	79
71	159	93	93	82	271	67	70
72	159	89	95	96	280	77	73
73	160	90	96	96	282	78	74
74	165	86	93	90	269	65	69
75	179	87	94	78	259	76	72
76	184	100	103	102	305	92	96
77	178	89	92	83	264	69	73
78	176	86	97	84	267	78	74
79	167	91	95	98	284	75	79
80	165	82	87	81	250	66	62
81	171	90	90	72	260	64	68
82	175	97	100	84	262	75	71
83	165	79	82	77	238	51	56
84	168	102	108	104	314	88	93
85	176	91	96	98	285	78	83
86	171	98	105	112	315	99	94
87	170	93	97	101	291	78	83
88	165	92	96	97	285	72	78
89	187	94	103	92	289	85	91
90	172	99	104	95	298	82	88
91	174	99	106	100	305	85	91
92	158	95	98	108	301	87	81
93	170	90	97	87	274	68	75
94	159	91	97	94	282	66	73
95	173	86	91	78	255	60	67
96	170	95	99	101	295	78	85
97	186	104	111	120	335	106	113
98	171	100	104	100	304	82	90
99	163	82	91	79	252	70	62
100	167	98	101	107	306	81	89

differenza di sei unità in più o in meno	5
differenza di sette unità in più o in meno	5
differenza di otto unità in più o in meno	3
	100

Per valutare il grado della ricercata corrispondenza occorre anche tener conto del margine di kg. 4 circa concesso dall'Autore a controbilanciare i possibili effetti del fattore età.

Con questo criterio potremo suddividere i soggetti esaminati in due classi:

Corrispondenza buona	82%
Corrispondenza non buona	18%

Come si vede in un buon numero di casi la cifra del peso, calcolata con l'aiuto della tabella di Clark si è avvicinata al vero per individui appartenenti ad un paese differente da quello dell'Autore della tabella stessa.

Ho ritenuto interessante eseguire anche un'altra indagine. Ho ricercato la corrispondenza tra i paesi indicati in cento rapporti medici compilati da medici fiduciari e i pesi ottenuti secondo il metodo di Clark con i dati contenuti nei rapporti stessi del torace e dell'addome.

Per brevità ometto di riportare il prospetto di tutte le cifre adoperate nella ricerca, limitandomi a riassumere i raggruppamenti secondo il grado di corrispondenza tra le due cifre del peso:

corrispondenza perfetta	7
differenza \pm 1	14
» \pm 2	21
» \pm 3	17
» \pm 4	9
» \pm 5	7
» \pm 6	5
» \pm 7	4
» \pm 8	5
» \pm 9	1
» \pm 10	4
» \pm 11 ed oltre	6
	100

E riepilogando:

Corrispondenza buona	68%
Corrispondenza non buona	32%

Se paragoniamo i risultati di questa seconda indagine con quelli della prima, non possiamo fare a meno di rilevare una maggiore concordanza fra le cifre dei pesi dei rapporti medici compilati da Medici della Direzione e cifre della tabella di Clark, che non tra i dati dei pesi indicati dai Medici fiduciari e quelli della tabella stessa.

La tabella di Clark fu dall'Autore costruita per poter correggere gli errori del peso fornito dai Medici fiduciari per gli assicurandi. Perchè però la detta correzione possa dare affidamento è necessario partire dal presupposto che le misure relative al torace ed all'addome siano state esattamente rilevate. Secondo il mio parere di fronte ad una discordanza tra cifra del peso fornita nel rapporto medico e cifra ricavata con la tabella è necessario tener presente la evenienza, meno frequente certo, ma non improbabile, che la cifra del peso del rapporto in esame sia esatta, non così qualcuna delle cifre delle altre misure somatiche. Di fronte a questo dubbio ritengo che per discordanze notevoli sia meglio richiedere il controllo di tutte le misure somatiche.

Alla fine del suo lavoro il Mendonca propone alle Compagnie di Assicurazione vita di controllare per un certo tempo tutti quei casi nei quali la differenza tra i due pesi fosse notevole ad esempio superiore a kg. 8, chiedendo le relative informazioni complementari ai medici esaminatori. Con questo sistema egli ritiene che dopo qualche mese si avrebbero tutti gli elementi per giudicare l'esattezza della tavola di Clark applicata nei paesi nei quali opera la Compagnia.

Dei 32 casi di corrispondenza non buona, relativi alla indagine compiuta sui rapporti dei fiduciari, solo in pochi mi

è stato possibile controllare personalmente i dati somatici, troppo pochi per un giudizio. I risultati dei controlli però sono stati generalmente a favore della veridicità delle cifre della tavola di Clark.

Ritengo pertanto che una più vasta indagine, sia per mezzo di controlli delle cifre dei rapporti medici, sia per mezzo di misurazioni effettuate appositamente su numerosi individui delle età della assicurazione e di ambo i sessi, potrebbe portare ad una valutazione della importanza della tabella di Clark nella selezione dei rischi.

Pur avendo eseguito ricerche su di un numero piuttosto esiguo di individui non

posso fare a meno dal segnalare di aver ottenuto nel complesso una buona percentuale di concordanze tra pesi reali e pesi ricavati con la tabella, per un gruppo di individui appartenenti per nascita al Veneto, regione di un paese diverso da quello dell'Autore della tabella stessa. Evidentemente, come nota anche il Mendonca, i criteri dei quali si è servito il Clark nel costruire la sua tavola, hanno potuto in un certo grado eliminare l'influenza della differenza antropometrica delle razze e questo fatto, se ulteriormente confermato, contribuirà alla diffusione del metodo di correzione in quistione.

DALLE RIVISTE CHE RICEVIAMO IN CAMBIO

Difesa sociale, A. XVI, N. 3, Marzo 1937.

Dott. R. RIZZUTO, *La sopravvivenza dei tubercolosi curati in Sanatorio.*

Dopo aver trattato degli esiti della cura Sanatoriale semplice od associata alla collassoterapia secondo i dati di osservatori italiani e stranieri, l'A. riporta i dati di una inchiesta personale su tutti i gruppi di infermi seguiti anche nella loro vita post-sanatoriale e conclude affermando l'utilità della cura igienico-dietetica in sanatorio purchè essa sia fatta su malati veramente in condizioni da potersene giovare.

Il Consorzio Antitubercolare, Anno III, N. 3, Marzo 1937.

Dott. G. CARABELLESE, *Il destino dei minori dimessi dal Preventorio.*

In base alle osservazioni fatte sui minori già ricoverati nel Preventorio Antitubercolare di Molfetta l'A. rileva tutta la benefica azione profilattico-assistenziale a vantaggio degli infetti e predisposti, i quali in massima parte pur ritornati in ambienti malsani ecc. hanno superato in buone condizioni di salute la difficile epoca della pubertà.

Dott. M. CORIMBONI, *La diagnosi precoce dell'infezione tubercolare dell'infanzia.*

L'A. espone in rapida rassegna i principali criteri utili per la diagnosi precoce della tubercolosi nell'infanzia, rilevando la necessità di combattere questa malattia nell'età infantile.

Biochimica e Terapia Sperimentale, 30 Aprile 1937.

Dott. A. BONSIGNORE, *L'azione della adrenalina e dello strofanto sul meccanismo neuroumorale della membrana nictitante.*

L'atropina determina una notevole diminuzione degli effetti dell'adrenalina sulla contrazione della membrana nictitante del gatto.

Dott. G. FRADA, *L'azione dell'acido ascorbico sul tasso glicemico del coniglio.*

La vitamina C iniettata in soluzione acquosa per via sottocutanea nel coniglio, abbassa il tasso glicemico a piccole dosi mentre a dosi più elevate lo aumenta.

Dott. G. ZANZUCCHI, *Influenza dell'ormonoterapia sulle modificazioni delle mucose del*

tratto faringo-laringo-tracheale secondarie a castrazione.

L'Autore ha sperimentato gli effetti del prolan e del liquor folliculi sopra gli effetti distrofici da castrazione a carico del rivestimento mucoso del rino e meso faringe, laringe e trachea.

Folia Medica, 15 aprile 1937.

D. P. NUZZI, *Su un caso di Leishmaniosi viscerale in un giovanetto di 15 anni.*

L'A. illustra un caso di Leishmaniosi viscerale, in cui si è rilevata all'inizio una cirrosi, fatta regredire e poi arrestata dalla cura specifica.

Dott. S. ROMANO, *Il pneumomediastino anteriore nella interpretazione del segno di Mura.*

L'A. studia un caso di mediastinite con sdoppiamento del II tono alla base (segno di Mura) e rileva la complessità degli elementi che producono il suddetto sintoma.

ANGELINI e SCASSIDI, *Segnalazione di endemia gozzigena nella regione dell'Enda Meconni (Tigrai Meridionale).*

Gli AA. espongono criteri preliminari di orientamento su un focolaio di endemia gozzigena.

Dott. PASQUALE SCROCCA, *Ricerche sierologiche nelle cavie trattate con estratto acetone del bacillo di Koch.*

L'A. mette in evidenza il meccanismo d'azione dell'estratto acetone del bacillo di Koch; negli animali così trattati, si determinano alterazioni della crasi sanguigna e del potere complementare del siero.

Folia Medica, 30 Aprile 1937.

Dott. F. CHESSA, *Sopra un caso di diabete renale.*

Descrizione di un caso di diabete renale in soggetto iperinsulinico ed iperinsulinsensibile.

Dott. I. RIZZI, *Considerazioni anatomo-patologiche e cliniche sul mesenterium commune.*

L'A. esamina tre casi di M. C. venuti al tavolo anatomico, e riassume le più importanti nozioni embriologiche al riguardo.

Folia Medica, 15 Maggio 1937.

Prof. E. C. VIGLIANI, *Esiste una polmonite da manganese?*

L'A. sulla scorta di un caso capitato alla sua osservazione, prospetta la possibilità di un'azione tonico irritativa del Mn sull'albero respiratorio.

Dott. M. MATTIOLI, *Sul ritmo cardiaco a più tempi.*

L'A. si sofferma su una sintesi critica delle teorie d'oggi sul ritmo cardiaco a più tempi, portando come esempi delle osservazioni personali.

Dott. G. CASCIARO, *Sudoku da morso di puzzola.*

L'A. riferisce un caso di Sudoku grave, osservato in Calabria, dovuto al morso di una puzzola e curato col neosalvarsan.

Giornale di Medicina Militare, Anno LXXXV, Fasc. III.

Prof. A. BUCCIANTE, *Il servizio oculistico nell'esercito Italiano durante la guerra mondiale - La questione del tracoma nell'esercito.*

L'A. fa una larga esposizione corredata di dati statistici delle condizioni sanitarie dell'esercito durante il periodo bellico e post-bellico nel campo oculistico, soffermandosi sul problema della congiuntivite blenorragica e tracomatosa spontanea o provocata da manovre autolesionistiche. Discute le disposizioni di legge sull'argomento, mettendone in evidenza i pregi e le manchevolezze, ed auspica nuovi sistemi di assistenza ai tracomatosi in base a nuove considerazioni (articolo incompleto, il seguito al prossimo numero).

Dott. R. IMPALLOMENI, *Di 22 casi di Bilharziosi neo-vescicale osservati in Libia.*

L'A. espone i rilievi fatti su 22 casi bilharziosi (nel Tripolino) soffermandosi sui sintomi clinici e radiologici e sulla terapia antimoniale da cui ha ottenuto buoni risultati. In base ad alcune osservazioni personali l'A. pensa che la piretoterapia possa giovare nella cura della bilharziosi vescicale.

Dott. G. ANGELINI, *Insufficienza di metodi biopsici (puntura del midollo osseo della milza e del fegato) per la diagnosi di febbre ricorrente.*

L'A. conclude sulla insufficienza dei metodi biopsici nei casi in cui la spirocheta non sia presente nel sangue periferico.

Dott. G. FILIBECK, *Su un caso di reticolo endoteliomatosi. Con predominio di elementi eosinofili. (Linfo granuloma di Sternberg a tipo eosinofilo)?*

L'A. tratta diffusamente un caso di morbo di Sternberg ad evoluzione lenta, con decorso clinico classico ma mite, chiedendosi se questa benignità non sia da riferirsi alla irregolarità dei referti istologici ed alla povertà dei nuclei in cromatina.

FERRALORO, *Il metodo « Guttadiaphot » nell'intossicazione da solfuro di etile biclorurato (iprite).*

L'A. riferisce su esperienze eseguite nel sangue di animali intossicati con solfuro di etile biclorurato e conclude che nei casi di intossicazioni leggere il Guttadiaphot risulta negativo o dubbio, mentre nei casi gravi risulta positivo.

Giornale di Medicina Militare, Fasc. IV, Aprile 1937.

BASILE, PIVETTI e CASTELLANA, *Profilassi contro l'importazione di malattie diffuse a mezzo di truppe reduci dalla guerra Coloniale. Campo contumaciale e di bonifica istituito a Siracusa per il rimpatrio del 75° Reggimento Fanteria.*

Negli esami eseguiti su militari del 75° Reggimento Fanteria reduci dell'Etiopia, gli AA. hanno riscontrato la presenza dell'ameba histolytica nel 20 %.

Dott. TETI, *Diagnosi e terapia precoce delle pleuriti - Influenza del cloruro di calcio sul potere assorbente della pleura.*

L'A. dimostra che il P. A. nella forma sierosa e fibrinosa è meno attivo mentre lo è più nelle sierofibrinose e che dopo l'uso del cloruro di calcio si ha aumento del T. E.; il cloruro di calcio agisce elettivamente sul P. A.

Giornale di Medicina Militare, Fasc. V, 1937.

CASSINIS, *Considerazioni sul cuore dei militari sportivi e non sportivi.*

L'A. in un gruppo militari sportivi ha riscontrato assieme alla maggiore statura, maggior massa muscolare, maggior volume cardiaco (nei limiti fisiologici), minor frequenza di polso e del respiro e maggior rapidità di ripristino in confronto al gruppo militari non sportivi.

La pagina per il Medico fiduciario**L'UTILIZZAZIONE DELL'ELETTROCARDIOGRAFIA
NELL'ASSICURAZIONE VITA**

Dott. E. GIANNONE

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

Il dott. Sultano negli anni scorsi ha tracciato su questa rivista un quadro completo della elettrocardiografia, allo scopo di render familiare ai fiduciari questo moderno mezzo di indagine dell'intimo funzionamento cardiaco.

Il presente mio articolo ha lo scopo di indicare al medico delle Assicurazioni Vita, che ha un suo compito ben differenziato, come dice il prof. Romanelli (Zacchia, I, 1937) la notevole utilità prognostica dell'elettrocardiogramma dal punto di vista della medicina preventiva e della medicina prognostica.

Per evitare ripetizioni, ribadirò solo alcuni dei concetti esposti con somma chiarezza dal dott. Sultano; mi fermerò cioè su quelli che possono sempre più persuadere il medico, come allo stato attuale nelle nostre conoscenze, un tracciato elettrocardiografico esattamente raccolto, può fornire delle preziose ed esatte indicazioni diagnostico-prognostico-terapeutiche. In tal modo si può arrivare alla precisazione topografica di lesioni miocardiche (intendendo per miocardio il complesso dei tessuti a diversa struttura e differenziazione funzionale, nonché la rete vascolare) assolutamente prive di estrinsecazioni soggettive e cliniche.

Sia detto per incidenza che frequentemente ho osservato notevoli alterazioni del tracciato elettrico in individui nei quali nessuna notizia anamnestica

e nessun dato obiettivo avrebbe fatto pensare alla esistenza di una lesione cardiaca di carattere organico; si tratta in generale di uomini sulla cinquantina, senz'altre note patologiche all'infuori di modicissimi segni di diatesi artritica con tendenza pletorica. La suddetta osservazione formerà l'oggetto di una prossima ricerca.

Ciò che interessa il medico dell'assicurazione vita è la valutazione prognostica delle condizioni miocardiche dei soggetti, che ricorrono alla sua osservazione; di grande importanza riesce perciò l'elettrocardiogramma, inquantochè permette al medico di avvertire il soggetto, molto spesso in tempo utile, della esistenza di una lesione miocardica, del resto perfettamente asintomatica.

Ora, dato che i soggetti che si presentano alla nostra osservazione sono in generale uomini di apparente buona salute ed in realtà raramente affetti da lesioni cardiache a sintomatologia clamorosa, riesce evidente la necessità del completo sfruttamento della indagine elettrocardiografica. Per essere più precisi, è indispensabile la conoscenza delle lievi modificazioni, oltre che delle curve rivelatrici delle grandi sindromi (flutter, fibrillazione, blocchi, morbo di Bouveret, infarti, ecc.). Citerò solo l'esempio di Nathanson che su 60 casi di anomalie per sclerosi coronarica, su 25 non riscontrava segni clinici, ma solo costanti anomalie del tracciato elettrico. Ciò pre-

messo scorriamo in una rapida sintesi le generalità elettrocardiografiche.

Il determinismo fisico dell'elettrocardiografia, con molta approssimazione, è rappresentato dalla risultante dei fenomeni elettrici che precedono la rivoluzione cardiaca, ad effetto meccanico; in altri termini, è quella serie costante di variazioni di potenziale, determinata dal sorgere e dal diffondersi dello stimolo lungo la massa miocardica, alle quali bisogna aggiungere le variazioni di potenziale prodotte all'ingresso in funzione del tessuto muscolare, secondo il fenomeno descritto da Matteucci nel 1843 e poi sempre meglio studiato, individuato e raccolto da una serie oggi numerosissima di studiosi.

Quindi la curva che noi registriamo esprime la formazione ed il percorso dell'onda di eccitazione attraverso le vie normali (tessuto specifico di conduzione) o accidentali. A titolo di completezza sia detto che le correnti d'azione di ogni muscolo sono regolate dalle seguenti leggi: 1) un segmento muscolare in eccitazione diviene elettronegativo rispetto al segmento in riposo; 2) la forma della curva prodotta da una eccitazione di un segmento muscolare dipende dal senso di detta eccitazione; 3) l'ampiezza della curva varia a seconda del punto in cui si verifica l'eccitazione.

Per quanto riguarda il cuore, dato che: 1) le fibre muscolari sono anastomizzate a reticolo; 2) sono orientate in sensi diversi; 3) sono disposte su piani differenti; 4) non sono omogenee, le curve ottenute sono la risultante di tutti questi fattori. Tralasciando allora tutti i dettagli dei singoli componenti della curva elettrocardiografica normale, possiamo descrivere quest'ultima come una curva a varie deflessioni successivamente positive e negative che si svolgono a partire da una linea isoelettrica

e che in generale, è composta di 5 deflessioni nominate convenzionalmente da Einthoven con le lettere P. Q. R. S. T. (usate perchè non confondibili con le altre lettere impiegate per individuare altre curve e altri tracciati) e corrispondenti rispettivamente: P. Q. all'attività atriale; Q. R. S. alla invasione dei ventricoli da parte dello stimolo; l'intervallo S. T., a potenziale zero, alla totale attività della massa ventricolare. Il significato dell'onda T, è ancora oggetto di discussioni e di controlli sperimentali ed anatomico-clinici ed è stato inquadrato specie da questi ultimi, in base ai reperti di autopsia di individui anginosi, miocardio (coronario) sclerotici ecc. (figura 1).

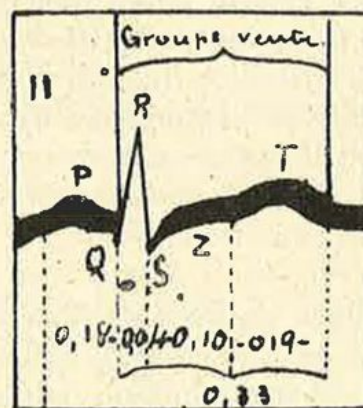


Fig. 1. — Elettrocardiogramma normale

Per concludere si può dire che le correnti d'azione cardiache, frutto di delicatissimi fenomeni chimico fisici, testimoniano abbastanza fedelmente l'esistenza di imperfezioni a carico del miocardio. Poco servirà allora l'Ekg nelle esigenze diagnostiche dei vizi valvolari ben compensati; sarà utilissimo invece ad aiutarci a scoprire i danni miocardici causati dai vizi valvolari stessi (prevalenze ventricolari, modificazioni di P) e, molto più nettamente, gli ostacoli alla normale formazione e propagazione dello stimolo elettrico, quasi sempre rappresentati da processi sclerotici, di origine flogistica o circolatoria.

Prima di passare all'esame delle mo-

dificazioni patognomiche del tracciato ECG, diciamo qualcosa del modo di raccogliarlo correttamente: Occorre che il soggetto stia in assoluto riposo muscolare, che la sua conducibilità elettrica cutanea sia favorita da un preliminare lavaggio con alcool-etero, nelle parti ove si applicheranno gli elettrodi, che questi ultimi siano convenientemente inumiditi, che le placche siano ben pulite e private delle precipitazioni di sale (ciò che diminuisce l'impolarizzabilità e ne altera il contatto), che i morsetti con i quali terminano i cavi di conduzione siano a perfetta tenuta. Tutti questi piccoli

Le alterazioni dell'onda P. e del tratto P.Q. possono riguardare: 1) la durata; 2) il segno; 3) la forma.

L'aumento della durata di P; isolato, cioè senza altri caratteri di anormalità nel tracciato, non ha un significato patologico. Di notevole valore è invece l'allungamento del tratto P.Q., (che ordinariamente misura 0,13"-0,16"-0,21") che indica il ritardo di conduzione, con le logiche deduzioni sullo stato della muscolatura cardiaca. La P. può essere difasica, mancante o sdoppiata; può essere negativa; tutte queste alterazioni si riscontrano comunemente nei vizi mi-

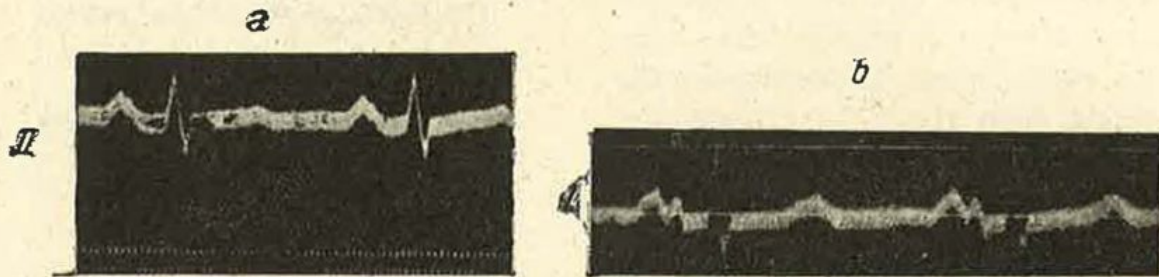


Fig. 2. — P. anormale

accorgimenti servono ad escludere, in presenza d'un tracciato anomalo, gli eventuali dubbi sulla imperfezione di tecnica.

Occorre poi, ciò che ha la massima importanza, porre tutta l'attenzione alla taratura del sistema registratore (corda nel Boullite, bobina mobile nel Siemens Helligo), perchè, oltre alla necessità di una standardizzazione per la corretta lettura del voltaggio, la inerzia meccanica della corda, se non ben equilibrata, darebbe origine a distorsioni della curva che molto spesso potrebbero condurre a conclusioni errate. I tracciati si leggono stabilendo in primo luogo la frequenza del polso con un semplice calcolo (la carta è divisa in quadrature ognuna delle quali corrisponde ad $1/25$ di m") e la durata di Q.R.S. si misura poi il voltaggio della deflessione principale e si dà ad essa il corrispondente valore positivo o negativo.

tralicci (stenosi) con stasi polmonare o con semplice ipertrofia auricolare e qualche volta è la sola anomalia elettrocardiografica che conduce al sospetto e poi alla diagnosi. L'allungamento della onda P. si riscontra frequentemente nel reumatismo articolare acuto; il suo ritorno alla norma ha valore prognostico favorevole (fig. 2).

Le anomalie del complesso ventricolare possono riguardare tutte le deflessioni od alcune, in una o più derivazioni. Cominciano a descrivere le alterazioni al complesso iniziale.

1) *Altezza delle oscillazioni.* — Mentre le oscillazioni alte (corda tarata ad un cm.) non hanno valore patognomico, qualcosa invece siamo autorizzati a sospettare quando capitati alla nostra osservazione un complesso ventricolare di basso voltaggio: se questo ultimo si riscontra non in una ma in più derivazioni, ed ha valori inferiori ai 7 mm.

si può sospettare fondatamente uno stato di sofferenza miocardica, mentre il basso voltaggio nella sola 3^a derivazione non ha praticamente importanza. Le ragioni di questa affermazione sono complesse. Per comprenderle facilmente senza ricorrere a tediose dimostrazioni, basta pensare alla possibilità che la 3^a derivazione, per la situazione del cuore, sia quasi parallela all'asse di potenziale 0 (schema di Waller) e per conseguenza raccolga il minimo voltaggio.

2) *Durata.* — L'aumento di durata del complesso iniziale Q.R.S., (che di rado si verifica isolato, ma quasi sempre accompagnato da altre anomalie, come inspessimenti e bifidità) viene considerato come indice di disturbo nella conduzione dello stimolo e riveste due aspetti caratteristici l'uno del cosiddetto « blocco di branca » il secondo del « blocco di arborizzazione ».

Una importante variazione nel rapporto fra le onde del complesso iniziale è stata messa in evidenza da Pardee; si tratta di un tipo di Q. negativa in 3^a derivazione, con le seguenti caratte-

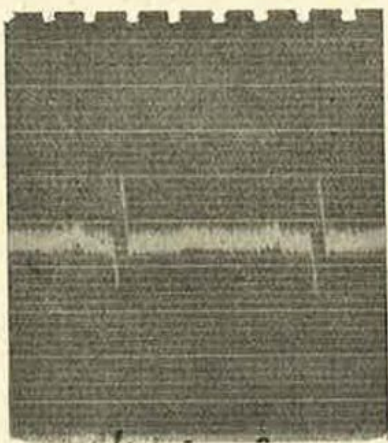


Fig. 3. — Q₃ di Pardee

ristiche, indispensabili perchè detta onda possa avere il valore patognomnico che l'A. le attribuisce, cioè: 1) essere maggiore di 1/4 dell'altezza di qualsiasi altra deflessione, in qualsiasi delle tre derivazioni; 2) deve mancare S₃; 3) non

deve esserci deviazione dell'asse elettrico verso sinistra. Detta anomalia avrebbe, secondo Pardee, un valore patognomnico per l'esistenza di una lesione (infarto-miocardiosclerosi) della muscolatura del setto ed è stata frequentemente riscontrata (67 %) in soggetti portatori di sindromi anginose, anche a lunghissima distanza dell'unico ed ul-

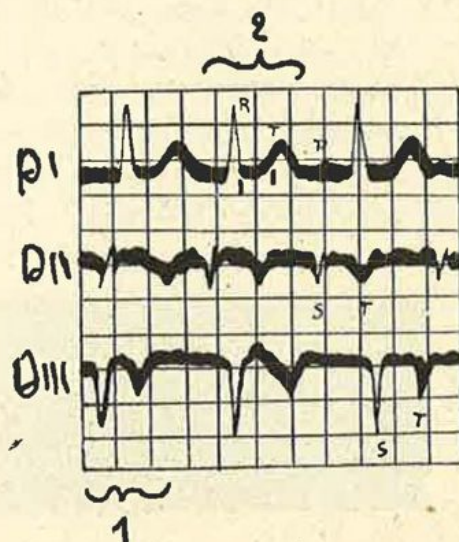


Fig. 4. — Esempi di ST anormali

timo attacco. Non mancano però i casi in cui la Q₃ non ha significato e, secondo lo stesso Pardee, nel 33 % dei casi si tratterebbe di neurodistonici, di ipertiroidei frusti e persino di soggetti normali (fig. 3).

La direzione del tratto S.T. deve essere, in genere, orizzontale e sulla linea isoelettrica. Invece può verificarsi una inscrizione di detto tratto al disopra o al disotto della linea isoelettrica, con varia direzione. In quasi tutti i casi la T. segue le anomalie di direzione del tratto S.T. Il significato finora attribuito alla deviazione di detto tratto, che in base a ricerche sperimentali corrisponde verosimilmente all'attività della massa ventricolare è proprio quello di un disturbo della nutrizione dei ventricoli, dovuto a fatti sclerotici od a cattiva irrorazione (coronariti).

Più importante ancora, per la gravità del suo significato prognostico, è l'ano-

malia associata di S. e T., profondamente studiata (Pardee, Barnes e Witten). Detta anomalia può essere appena accennata sotto forma di una T. che sorge insensibilmente dal tratto S. (ascendente, discendente, e mai isoelettrico), oppure evidente, sotto forma dell'onda a cupola di Pardee, detta anche,

si ripristina attraverso vie collaterali ed allora non rimane che un'onda T acuminata, col tratto S.T. obliquo, quasi sempre invertita. La inversione isolata di T., priva di significato quando si estrinsechi solo in terza D., ha invece molta importanza quando si incontri in più derivazioni; in tal caso, bisogna

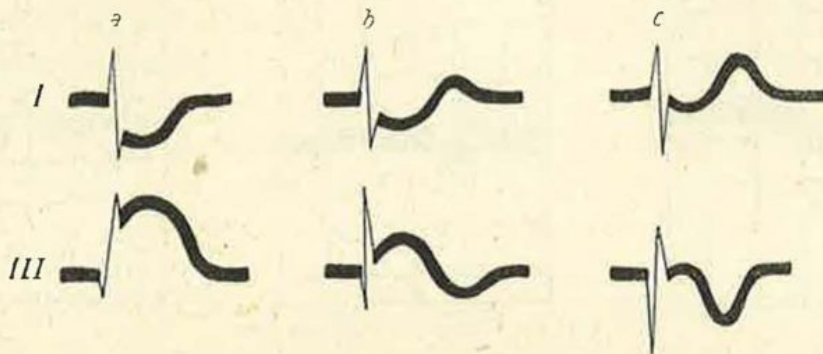


Fig. 5. — T coronariche

per il suo significato, onda coronarica (fig. 5). Come si è visto, l'onda coronarica è multiforme; cerchiamo ora, per completezza, di attribuire alle sue varietà principali un significato angio-topografico. L'onda T. coronarica può essere negativa o positiva in due qualsivoglia

sempre riferirla, per una corretta interpretazione, al senso della deflessione principale. Nulla però può dirsi di preciso, in fatto di localizzazioni topografiche, in presenza di onde T. invertite. Ma la clinica insegna che, in questi casi la prognosi riveste un carattere di gran-

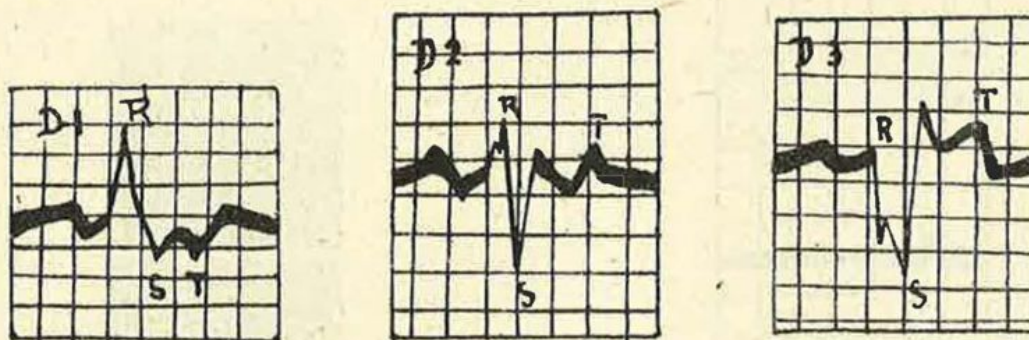


Fig. 6. — Tipi di blocco di branca

derivazioni; quando essa è negativa in 1^a e positiva in 3^a, la lesione miocardica ha sede anteriore, nel caso contrario la sua sede è posteriore. Per una occlusione coronarica, parla poi decisamente l'onda T. a cupola. Detta onda fa la sua comparsa in generale a carattere transitorio e ciò per due ragioni: 1) o perchè precede di poco l'esito letale; 2) o perchè l'irrorazione miocardica

de severità, perchè dette onde sono state sempre riscontrate in caso di intossicazioni (recenti esperienze col cloroformio) di fatica protratta fino all'esaurimento, di miocardiosclerosi con o senza lue, ecc.

Di due ultime forme di anomalia dobbiamo ora brevemente parlare: dei blocchi, rispettivamente di branca e di arborizzazioni e delle prevalenze ventricolo-

lari: nei tracciati di blocco di branca noi osserviamo le seguenti anomalie: durata del complesso iniziale superiore a 0,10", 0,12"; oscillazione elettrica elevata, sopra o sotto la linea isoelettrica

plessi iniziali divergono, paragonandoli in 1^a ed in 3^a derivazione, esiste un blocco della branca destra ed un blocco della branca sinistra nella eventualità contraria (fig. 6).

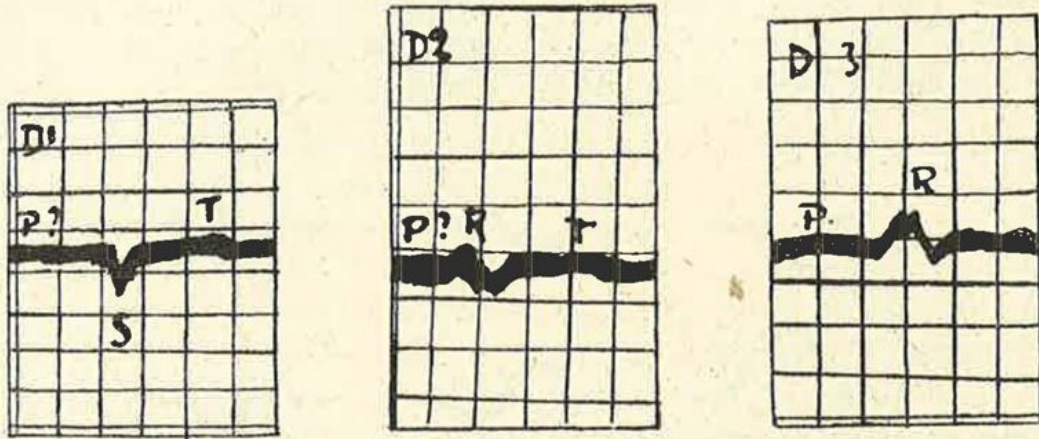


Fig. 7. — Blocco d'arborizzazione

ed incidenti secondari sotto forma di uncinate e di sdoppiamenti, specie dell'apice di R. (esempio), T diretta in

Esistono molti tracciati atipici di blocco di branca; in genere si può dire che in questi ultimi manca uno o più dei dati caratteristici sopraesposti, si che la diagnosi in questi casi, diventa di una estrema difficoltà. Dirò anticipando che i tracciati di prevalenza destra o sinistra differiscono dai blocchi

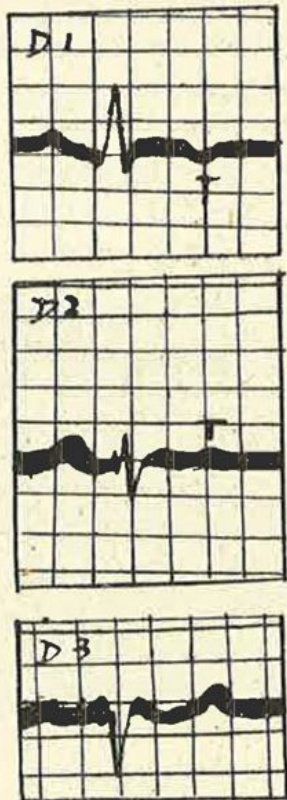


Fig. 8. — Esempio di prevalenza sinistra

senso opposto alla deflessione principale, spazio isoelettrico obliquo o rivolto. In generale si ammette che, quando i com-

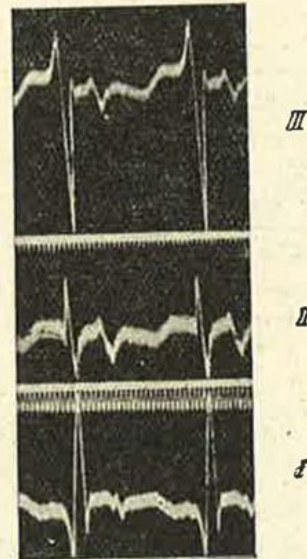


Fig. 9. — Esempio di prevalenza destra

di branca solo per la mancanza dell'aumento di durata del complesso iniziale e che si comprende facilmente co-

me la mancanza di questo dato renda impossibile la diagnosi differenziale fra due anomalie a prognosi molto diversa.

I segni di « blocco delle arborizzazioni » (fig. 7) consistono in deflessioni molto basse, a durata maggiore della norma, a disegno capriccioso, ma quasi sempre ad accidenti ben individuabili. La T. è anomala per segno e per altezza in tutte le derivazioni (fig. 7).

Un reperto frequente è la cosiddetta « prevalenza ventricolare » destra e sinistra, caratterizzata dalla divergenza (prev. sinistra) o dalla convergenza (prev. destra) delle deflessioni principali in 1^a e in 3^a derivazione. A questo proposito mi sembra opportuno richiamare l'attenzione sul determinismo intimo del complesso ventricolare iniziale. Esso è la risultante, algebricamente controllata e confermata, di due emigrammi, il destro ed il levo-gramma, sviluppati attraverso la conduzione dello stimolo nelle branche di destra e sinistra del fascio di His (figg. 8 e 9).

Ora, quando per una ragione qualsiasi, venga interrotta la conduzione in una delle branche, nel tracciato si disegna solo l'emigramma corrispondente alla branca che possiede integro il po-

tere di condurre lo stimolo e cioè, nel caso di interruzione della branca destra, si disegnerà il levo-gramma e viceversa. Lo stesso accade quando in un ventricolo lo stimolo prevalga, non nella sua reale efficacia elettrica, ma nel suo orientamento rispetto alla derivazione di raccolta (per cambiamento di posizione, meglio per rotazione del viscere); in altre parole, la prevalenza ventricolare ekgrafica è l'effetto dello « sfasamento » del percorso dell'onda di eccitazione sui rispettivi rami del fascio di conduzione.

In quanto ai criteri generali di prognosi, nei quali il medico di assicurazione vita deve essere particolarmente competente, occorre sottolineare l'importanza essenziale dell'accoppiamento della esperienza clinica con le nozioni statistiche; questi sono i capisaldi di un prognostico sufficientemente coscienzioso ed esatto.

Da quanto abbiamo detto risulta chiaro che l'Ecg può essere di grande utilità per la diagnosi tempestiva, essenza della Medicina Preventiva ed utilissimo anche per la Medicina Prognostica, in base alla quale il medico Assicuratore deve dare il suo giudizio circa l'accettazione del rischio.

Varie

La lotta contro la tubercolosi in Grecia

Prof. Dott. BASILIADES - (Atene)

I.

La prima Associazione Panellenica per la lotta contro la tubercolosi è stata fondata in Atene nel 1901. Nel 1904 l'Associazione ha fondato il primo Sanatorio per i tubercolosi in Grecia, sotto il nome di « *Sotiria* » con 50 letti.

Qualche anno più tardi la guerra balcanica e subito dopo la guerra mondiale hanno arrestato, ambedue, il movimento igienico del paese, appena cominciato. In conseguenza, l'Igiene Pubblica ha molto peggiorato. Particolarmente, la tubercolosi ha preso una tale estensione che il defunto professore Calmette, parlando allora dello stato sanitario europeo del dopoguerra, ha classificato la Grecia, l'Austria e l'Ungheria nei ranghi dei paesi più devastati da questo flagello.

Davanti ad un simile pericolo, il governo greco ha aumentato i letti del Sanatorio « *Sotiria* » al numero di 800, avendo fondato, nello stesso tempo, un secondo stabilimento simile al primo, a Asvestchorion di Macedonia. Inoltre il governo ha fondato dei dispensari antitubercolari a Patrasso, Drama, Lamia, Xanthi e al Pireo.

Ma due anni dopo, avvenne la catastrofe greca in Asia Minore. Un milione e mezzo di rifugiati, in istato morale e pecuniario deplorabile, ebbe afflusso in Grecia. Le circostanze erano estremamente difficili. Fortunatamente la Nazione mostrò una resistenza ammirevole e, in quello che riguarda l'Igiene Pubblica, io debbo rilevare l'opera assidua e devota dei Dispensari Agricoli fondati dalla Colonizzazione.

Tuttavia, dal punto di vista generale, i progressi effettuati dopo tale epoca fino al

1930, concernenti l'igiene pubblica e sociale, non sono degni di essere menzionati. La tubercolosi soprattutto ha continuato ad avere un'estensione molto pericolosa. Il Direttore dell'Igiene pubblica dott. Haritakis nel suo studio sull'organizzazione dell'assistenza pubblica (1936) riferisce che in Grecia più di 10.769 uomini muoiono ogni anno di tubercolosi: ma questa cifra deve forzatamente essere portata a 15.000 morti, essendo assodato che presso di noi un gran numero di famiglie si sforza di nascondere la vera malattia che ha condotto a morte i loro parenti. Ad ogni modo la statistica ufficiale segnala per l'anno 1933 su 10.000 abitanti, 15,96 morti di tubercolosi e su 1000 decessi 92,45 morti della stessa affezione.

La malattia fa soprattutto strage tra i 20 e i 24 anni e precisamente:

nel 1930 sono morti 1467 tubercolosi dell'età di 20-24 anni;

nel 1931 sono morti 1605 tubercolosi dell'età di 20-24 anni;

nel 1932 sono morti 1635 tubercolosi dell'età di 20-24 anni;

nel 1933 sono morti 1538 tubercolosi dell'età di 20-24 anni.

Anche a questa età di 20-24 anni, l'apparato respiratorio dà la più forte percentuale che le altre età:

all'età di 20-24 anni: 18,03 % di decessi;

all'età di 25-29 anni: 14,42 % di decessi;

all'età di 30-34 anni: 11,09 % di decessi;

all'età di 15-19 anni: 10,68 % di decessi.

Per la tubercolosi generale la statistica è più favorevole; essa dà le cifre seguenti:

nel 1930	morti per tubercolosi	10.298
1931	» » »	10.442
1932	» » »	10.537
1933	» » »	10.064
1934	» » »	9.717

II.

Si vede che i provvedimenti presi hanno cominciato a produrre i loro effetti. Così nel 1934 la tubercolosi, in generale, ha causato in tutto 9.717 decessi cioè a dire 14,53 sopra 10.000 abitanti, ripartiti come segue:

7.454 decessi sono dovuti a tubercolosi dell'apparato respiratorio;

1.145 decessi sono dovuti a tubercolosi delle meningi e del sistema nervoso;

400 decessi sono dovuti a tubercolosi dell'intestino e del peritoneo;

79 decessi sono dovuti a tubercolosi della colonna vertebrale;

163 decessi sono dovuti a tubercolosi delle ossa ed articolazioni;

176 decessi sono dovuti a tubercolosi di tutte le altre forme.

In generale i decessi per tubercolosi sono più numerosi nelle città che nella campagna; in questa sopra 66.017 decessi ne abbiamo 4.436 per tubercolosi cioè 67,19 su mille decessi e 9,73 su 10.000 abitanti, mentre nelle città su 34.634 decessi ne abbiamo 5.281 per tubercolosi, cioè 24,80 su 10.000 abitanti.

Soprattutto in Attica si rimarca il più gran numero di decessi per tubercolosi. Ma tale proporzione di mortalità non è reale poichè essa contiene anche i morti delle cliniche, degli Ospedali e dei Sanatori che provengono da altre regioni.

I mestieri più attaccati dalla tubercolosi sono: i camerieri di albergo, gli impiegati di magazzino, quelli che lavorano il tabacco, i rilegatori di libri, i parrucchieri ed i tipografi. Ma nella tubercolosi localizzata si può meglio discernere la mancanza di resistenza organica e la miseria del nostro popolo in ciò che concerne il nutrimento e le condizioni igieniche. Così l'Ospedale dei rifugiati d'Atene ha registrato dal 1924 al 1928, 1400 casi di tubercolosi delle ossa mentre

questo Ospedale ha una capacità di 300 letti, l'Ospedale centrale di Boston con una capacità di 1000 letti non ha registrato, durante lo stesso spazio di tempo di 5 anni, che 75 casi.

III.

Sarebbe scoraggiante, e probabilmente un po' ingiusto, il comparare le condizioni igieniche del nostro paese coi progressi realizzati dai grandi Stati civili in materia di igiene pubblica e di educazione del popolo. Per esempio in Italia, nel 1927, i decessi dovuti alle diverse forme di tubercolosi erano 54.267, e nel 1932 il numero discendeva a 42.212 per raggiungere l'anno seguente il numero di 38.000. Ora questo è un bell'esempio ammirato dal mondo civile. La città di Praga ci ha dato un simile esempio: essa aveva prima della guerra una popolazione di 250.000 anime e conta attualmente circa un milione di abitanti: 100 medici si occupano esclusivamente dell'igiene della città e il tasso di mortalità per tubercolosi è diminuito in proporzioni enormi; attualmente, il numero dei decessi dovuti a questa malattia è passato da 2.400 nel 1918 a meno di 1.500 nel 1934 su una popolazione quadrupla! E, in Grecia?

Si può obiettare che l'insufficienza delle misure igieniche dettate dai progressi contemporanei della medicina è un fatto che si può osservare quasi ovunque.

René Sand, che ha percorso in questo tempo e studiato la maggior parte dei paesi civili, trova che i pericoli della tubercolosi potrebbero essere notevolmente più ridotti se si utilizzassero maggiormente le risorse della medicina sociale e se si organizzassero con più metodo i servizi sanitari.

E' stato verso il 1930 che è cominciata in Grecia la lotta sistematica contro la tubercolosi. E' l'epoca della fondazione d'un ramo speciale di Tisiologia presso l'Università di Atene in vista di specializzare medici tisiologi. Cinque anni dopo il governo decise di tracciare una politica sanitaria preventiva e, dopo il programma politico del 1935, i medici specialisti oltre a quelli igienisti avrebbero visitato i villaggi indicando ai paesani le misure da prendere per

un trattamento preventivo. Secondo questo programma, i malati, dopo avere subito un trattamento più o meno lungo nei dispensari antitubercolari del loro dipartimento, resterebbero sotto la vigilanza di infermieri che sorvegliando l'applicazione delle misure sanitarie darebbero loro dei consigli utili per prevenire l'estensione della malattia. In ciò che concerne i malati la cui lesione sarà troppo avanzata dovrebbero fare una lunga residenza negli speciali ospedali, e, infine coloro che avrebbero bisogno d'una cura di 10-12 mesi, sarebbero trattati nei Sanatori.

IV.

Ne risulta che la questione del numero degli ammalati e del numero dei Dispensari e Sanatori deve avere un ruolo capitale nel programma governativo contro la tubercolosi.

In Grecia, in ragione delle variazioni del

clima, le condizioni sanitarie sono differenti per le diverse regioni. D'altra parte, si può constatare la medesima cosa in altri paesi civili e vedere una mortalità di tubercolosi abbastanza differente in uno stesso paese. Per esempio ultimamente in Francia i medici radiologi Jullien e Sicin facendo una inchiesta radiografica per la tubercolosi, hanno trovato, su 210.000 soldati e sottufficiali, delle differenze enormi tra quelli di Bretagna (un tubercoloso su 187 uomini) e quelli della valle della Loira (un tubercoloso su 245 uomini) e quelli di Parigi (un tubercoloso su 335 uomini). Si vede così le differenze di mortalità analoghe in Grecia. Le tabelle sotto riportate indicano per ordine di regione, nel nostro paese, il numero della popolazione, quello dei decessi per tubercolosi, il numero dei letti sanatoriali in funzione per i tubercolosi ed infine la quantità dei letti necessari da installarsi.

DIPARTIMENTI	Popolazione	Mortalità generale per 1000	Mortalità per tubercolosi		Letti esistenti	Letti necessari da installarsi
			uomini	per 10.000		
Grecia						
Attica-Beozia	1.108.000	15,80	3.044	25,52	1.598	1.500
Pertiotis-Phokis	207.500	13,47	215	10,00	30	175
Etolia Acarnania	229.995	17,06	239	10,39	0	247
Larissa	297.900	15,96	460	15,50	0	450
Trikkala	230.350	19,43	196	8,53	0	196
Preveza	87.500	12,22	65	8,50	0	65
Arta	58.300	16,96	38	6,67	0	38
Jannina	196.400	17,70	205	10,38	0	200
Peloponneso						
Achaïa	203.400	15,87	282	14,38	25	260
Ilias	141.000	17,74	150	10,98	0	150
Argos-Corinthia	180.650	15,21	192	11,12	0	200
Arcadia	179.500	14,79	150	8,04	25	125
Messinia	270.000	15,94	315	8,33	80	235
Laconia	157.460	13,95	130	8,53	0	130

DIPARTIMENTI	Popolazione	Mortalità generale per 1000	Mortalità per tubercolosi		Letti esistenti	Letti necessari da installarsi
			uomini	per 10.000		

Macedonia - Tracia

Salonicco	399.000	18,49	1.350	22,52	682	660
Cozani	188.640	18,48	190	10,21	0	190
Florina	142.320	15,70	142	10,05	0	142
Pellis	104.300	12,20	138	13,26	0	138
Serres	202.120	27,97	335	16,70	0	335
Drama	129.600	17,39	287	23,82	0	300
Cavalla	131.700	16,76	300	23,08	0	220
Halkidiki	46.870	19,02	85	11,35	0	85
Evros	139.220	27,01	204	15,47	0	210
Rodopi	190.000	24,19	430	22,18	0	430

Isole Ioniche

Corfù	114.000	13,99	215	19,02	0	200
Cephalonia	70.190	13,90	85	12,47	20	80
Zante	44.340	14,48	40	9,12	0	40

Isole dell'Egeo

Eùbea	170.200	14,23	207	12,14	0	207
Métélin	172.400	13,64	212	12,60	0	212
Samos	75.600	13,90	100	13,48	0	100
Chios	81.300	14,40	90	11,36	30	60
Cyclades	142.400	13,99	182	13,15	25	155

Isola di Creta

La Canea	121.400	12,21	156	13,09	130	25
Rethymo	72.300	12,40	39	5,57	0	39
Lassithion	71.262	12,62	36	5,11	0	36
Candia	154.000	13,77	117	7,61	10	100

V.

Attualmente il numero dei tubercolosi in tutta la Grecia, in seguito alla valutazione dello specialista Dr. Oeconomopoulo, am-

monta a 150.000 su una popolazione di 6.400.000 abitanti.

Un'altra statistica concernente il numero degli studenti tubercolosi della Università di Atene è stato riferito dal Dr. Oecono-

mopoulo al congresso internazionale di Atene tenutosi il 20 luglio 1936. Questa statistica riporta che su 1000 studenti esaminati durante il periodo 1934-1935 si sono trovati:

15 studenti malati di tubercolosi polmonare: 1,5 %;

37 studenti malati di adenopatia: 3,7 %;

11 studenti malati di pleurite: 1,1 %.

La statistica dell'Università di Salonicco riportata nella stessa occasione dal Dr. Criticos, per le annate 1931-1935 eleva il numero degli studenti tubercolosi a 0,75 %: ma ambedue le statistiche sono errate. Esse sono senza alcun valore essendo state redatte dal Segretariato del Club Universitario e non fanno menzione di studenti non accettati, e del loro ingresso ugualmente all'Università pur avendo una lesione tubercolare: esse non precisano neanche l'inizio della malattia e in quali Università erano stati segnalati i diversi casi; esse non parlano neanche di un esame globale sistematico degli studenti controllato con la radiografia o per lo meno con la radioscopia.

Ora l'eminente Professore Pende, ci dà un lavoro esemplare di questa materia. Volendo dare nel 1932 un apprezzamento esatto sulle condizioni sanitarie di 10.000 Babilina della sua città, ha fatto passare tutti questi giovani, dopo il loro esame clinico, attraverso la radiografia. Così egli ha trovato tra loro tubercolosi attiva con una percentuale del 12 %, e anche in qualcuno forme polmonari gravi. Questa cifra non è esagerata tenendo presente che essa appartiene esclusivamente ad una località e che comprende tutti i gradi di malattia, tutte le infiltrazioni sconosciute ed infine tutte le forme dette extrapolmonari.

Su questa stessa base Maragliano in Italia e Marfan in Francia hanno stabilito la morbilità del loro paese nel 20 % della popolazione totale.

VI.

Per quel che riguarda i letti sanatoriali per i tubercolosi la Grecia dispone, come abbiamo visto nelle tabelle riportate sopra,

di 2695 letti in funzione. Ha ancora 505 letti pronti a funzionare e cioè:

- al Sanatorio di Corfojlia 65 letti;
- al Sanatorio di Pétra-Olimpia 300 letti;
- al Sanatorio di Cavalla 80 letti;
- al Sanatorio di Mépélin 60 letti.

Sanatori nuovi in corso di costruzione cominceranno prossimamente a funzionare nelle regioni seguenti:

- presso Tripolis con 700 letti;
- a Drama con 200 letti;
- a Creta con 60 letti;
- presso Xanthi con 50 letti;
- presso Serrès con 50 letti;
- a Zestova di Patras con 60 letti.

Così la Grecia avrà all'incirca 1625 letti ancora per i suoi tubercolosi, cioè a dire 4320 letti in tutto. Quest'ultima cifra non comprende i letti dei Sanatori privati.

Prendendo dunque in considerazione che un letto deve corrispondere ad un tubercoloso che muore, il Ministero dell'Igiene si trova nella necessità di avere 10.625 letti per i tubercolosi, cioè 156 letti per 100.000 abitanti. Tuttavia il Direttore del suddetto Ministero Dr. Haritakis, tenuto conto della difficoltà finanziaria per allestire il numero dei letti precitato, parla nel suo rapporto (1936) di 7745 letti e spera che questo numero sarà aumentato grazie al concorso di qualche donazione, ereditata da benefattori originari di Chio, di Corfù e di Corinto.

Naturalmente siamo ancora ben lontani dall'eguagliare la Svizzera che nel 1932, con 5141 morti per tubercolosi disponeva di 7528 letti non comprendendo questa cifra i letti dei Sanatori privati come quelli di Davos, Leysin, ecc. occupati in generale da stranieri.

Per ciò che ci riguarda noi siamo ancora al principio della lotta contro la tubercolosi, tuttavia siamo felici di segnalare che, grazie alla generosità del filantropo Sismanoglou, è stata posta ultimamente la prima pietra dell'Istituto Antitubercolare ad Atene.

VII.

E' vero che la quantità di letti necessaria per i tubercolosi dipende anche da altri fattori, come l'educazione del popolo, ecc.,

perchè ci sono casi come quelli che citiamo qui sotto in cui i Sanatori sono trasformati in alberghi. Così in Germania la Cassa d'Assicurazione della città di Berlino avendo chiesto nel 1928 un esame medico secondo dei suoi 818 pensionari nei Sanatori non aveva trovato tubercolosi aperta che in 148, malgrado che il regolamento della Cassa in questione desse diritto al trattamento sanatoriale solo per quei malati con tubercolosi aperta in evoluzione non aggravata da altre lesioni, così pure per i malati che avevano la possibilità di guarigione ed anche quella di dedicarsi al proprio lavoro dopo la guarigione. Simili casi sono stati segnalati da principio anche in Grecia. Il Direttore del Sanatorio di Dionjssos, Dr. Apostolidis ha riferito (1936) che su 300 ricoverati presso di lui a spesa della Cassa di Previdenza, il 64,53 % non era indicato per un trattamento sanatoriale, ed uno studio *ad hoc*, insiste sulla selezione da farsi, tra i tubercolosi, da parte di una commissione, secondo le differenti forme dei diversi gradi di tubercolosi.

Specialmente tutti quelli che sono affetti da tubercolosi lieve come pure tutti quelli che presentano sintomi curabili dovrebbero

essere esclusi e curati altrove. Un altro studio è stato pubblicato sullo stesso soggetto dal Direttore del Sanatorio « Sotiria » Dr. Patronicola, antico Direttore della clinica del Prof. Neumann di Vienna; l'A. insiste in questo studio sulla necessità di differenziare ogni forma di tubercolosi e dà una descrizione dettagliata di regolamento per un Sanatorio in ciò che concerne i malati da accettare e quelli da rifiutare.

Tuttavia, parallelamente alla lotta sistematica contro la tubercolosi io credo che bisognerebbe cercare anche d'applicare un sistema concreto di educazione e di elevazione fisica e morale del nostro popolo perchè è solo in queste condizioni che la difesa sanitaria sarà reale e che l'igiene pubblica sarà applicata su solide basi.

L'Italia Fascista in questo campo ci ha dato un magnifico esempio. Disgraziatamente in Grecia si sono cominciate ad organizzare le Assicurazioni Sociali il cui successo in realtà è discutibile anche tra i popoli ben organizzati, ben disciplinati e molto più ricchi; si è aperto così un capitolo estremamente costoso per la nostra economia nazionale a detrimento di altre necessità di importanza molto maggiore.

Dai Libri e dai Periodici

Insegnamento della Medicina della Assicurazione Vita.

Leggiamo nel n. 1 del corr. anno di Zacchia la lezione inaugurale tenuta dal Prof. Romanelli in occasione dell'apertura delle scuole di perfezionamento in Medicina Legale e delle Assicurazioni istituita in Roma nel corrente anno presso la R. Università.

L'oratore ricorda anzitutto che l'insegnamento della Medicina delle Assicurazioni Vita ha ormai lasciato il tavolo di pochi studiosi per assurgere come disciplina all'insegnamento universitario. Essa infatti ha una fisionomia propria ed una larga diffusione pratica come pure si attua secondo determinati metodi di indagine ed ha dei fini propri e caratteristici. Pertanto ci dobbiamo felicitare di questo nuovo insegnamento che sarà utile a quanti

dovranno nella pratica professionale occuparsi di tale branca. Essa studia non già gli individui ma le collettività intese nel senso più ampio che comprendono spesso un intero gruppo etnico le cui caratteristiche di morbosità e di mortalità differiscono da quelle dei gruppi affini.

Accanto alla fase che il Romanelli chiama iniziale del medico di Assicurazione, quale è appunto quella per l'assunzione del rischio, esistono numerose altre attività mediche specifiche nell'Assicurazione Vita.

A questi appartengono i metodi di classificazione dei rischi secondo gruppi omogenei e la funzione assistenziale agli assicurati soprattutto nel vasto campo inesplorato della medicina preventiva.

Successivamente il Romanelli, dopo aver ri-

ferito le cifre imponenti che riguardano l'incremento della produzione dell'Istituto fa notare come da sole esse dimostrino l'importanza viepiù crescente che nello Stato moderno va assumendo la medicina della Assicurazione Vita. Quando si pensa che il solo Istituto Nazionale delle Assicurazioni si serve dell'opera di ben 6.000 medici fiduciari oltre ai medici di ruolo, è facile intuire come ogni sanitario debba avere le nozioni indispensabili per adempiere con capacità ad una completa visita di assicurazione.

Ma oltre che ai medici tale insegnamento è proficuo anche agli attuari ed ai legali che desiderano esplicitare la propria attività presso Enti di Assicurazione.

St.

L'Assicurazione Vita e le dichiarazioni false e reticenti dell'assicurato in Danimarca.

Tali notizie che togliamo dal Bollettino n. 4, maggio 1937 della Biblioteca dell'I.N.A. sono state pubblicate nel *The Review*, 14 maggio 1937 e meritano di esser tenute presenti per il principio che stabiliscono.

Finora le condizioni di polizza delle compagnie vita danesi pattuivano che in caso di accertamento di dichiarazioni false o reticenti da parte dell'assicurato, il capitale assicurato sarebbe stato ridotto in proporzione dell'aumento accertato del rischio. Ma sembra che questa misura non sia stata sufficiente a difendere le compagnie dalle frodi degli assicurati. Perciò, seguendo una iniziativa presa dall'Ente statale di assicurazione vita (*Staat-sanstalten for Livforsikring*), esse hanno modificato le loro condizioni contrattuali nel senso di stabilire che la compagnia sia liberata da ogni impegno qualora sia possibile dimostrare che essa non avrebbe comunque accettato il rischio se le vere condizioni le fossero state note. In caso contrario continuerà a valere la regola proporzionale con facoltà per la compagnia di applicare una ulteriore penalità, nella misura di un quinto del capitale assicurato.

Le nuove condizioni entreranno in applicazione il 1° gennaio 1938.

L'elettrocardiografia nella prognosi dei disturbi coronarici.

Seguendo esperienze iniziate da Pezzi, due ricercatori, Colombi e Gozzutti, come leggiamo negli *Atti e memorie della Società Lombarda di Medicina* (1937, n. 5), hanno stimolato la

punta del cuore con mezzi meccanici, termici e fisici, ottenendo sempre nei tracciati elettrocardiografici la caratteristica deviazione che, secondo gli autori primi a descriverla tradurrebbe elettricamente e con sufficiente approssimazione, lo stato della irrorazione sanguigna della punta del cuore stesso (Smith e Pardee).

Gli AA. hanno voluto intessere i fili d'una dimostrazione tendente ad abbattere l'importanza dell'attuale significato dell'onda coronarica (ischemia dell'apice cardiaco) mediante l'istituzione di una serie di geniali esperienze di controllo bilaterale.

Tali ricercatori dopo aver provocato la comparsa dell'onda coronarica mediante l'iodo, l'alcool, la soluzione fisiologica applicata a varie temperature sulla punta del cuore, con o senza preliminarmente cocainizzazione di questa, hanno esclusa l'azione vagale con l'atropina, hanno esclusa l'azione vasomotoria osservando che l'onda ottenuta con uno qualunque dei mezzi suddetti non si modificava affatto dopo la provocazione forzata di vasodilatazione con nitrito d'amile e dopo sezione della arteria e vena (insieme o no) coronarica anteriore, sinistra a livello del punto B di Leriche.

La interessante nota viene conclusa dagli autori con una manifestazione di sfiducia verso il significato, fin'ora ammesso, della onda coronarica e viene seguita da una discussione (Pezzi - Cesa Bianchi - Colombi - De Frise - Serena) ove si ventila l'ipotesi di un riflesso partente dalla punta del cuore.

A mio parere, dato che si tratta, nel complesso della variazione di un fenomeno elettrico, bisognerebbe anche studiare quanto v'è di estraneo al cuore in questi tracciati che sopportano come componenti importantissimi, le dispersioni, le variazioni di conduttività elettrica invariabilmente provocata dalle manipolazioni a livello del punto soggetto all'esperimento (cocainizzazione, pinzamento, sezione, iodizzazione, alcoolizzazione ecc.) e le alterazioni necessarie dei rapporti di contiguità, non soltanto meccanica, ma anche chimico-fisica.

E. GIANNONE.

La sopravvivenza dei tubercolotici dimessi dal Sanatorio.

Se quaranta anni fa le statistiche che si riferivano a soggetti dimessi presunti guariti dai Sanatori davano una fortissima percentuale di mortalità per tubercolosi, oggi i risultati sono molto più confortanti. In un articolo del Dott. Rizzuto che leggiamo in *Difesa Sociale*, n. 3, del corrente anno risulta evidente il

grande progresso raggiunto anche in questo settore della fisiologia.

Vediamo così che mentre Dettweiler riscontrava la guarigione soltanto nel 5% dei casi, talè cifra è andata migliorando e già nel dopoguerra Bernard ammette il 20% di guarigioni. In un'inchiesta decennale fatta da Mendes negli infermi trattati con pneumotorace e cura sanatoriale ha riscontrato il 65% di guarigioni; Ronzoni sopra 6210 casi curati con il pneumotorace ha avuto il 28,6% di guarigioni complete.

Indipendentemente da una certa discordanza sui risultati ottenuti, le cui cause sono esaminate dall'A., il miglioramento è indiscutibile ed evidente. Inoltre il Sanatorio isolando gli infermi bacilliferi costituisce un efficace mezzo di prevenzione alla diffusione del contagio ciò che è di notevolissimo valore sociale.

Il Rizzuto ha preso in esame soprattutto degli infermi dimessi dall'Istituto Climatico della C. R. I. « Cesare Battisti » diretto dal Prof. Mendes; in numero esiguo sono stati i casi che si riferivano agli infermi ricoverati in vari Sanatori. Complessivamente nei 196 casi raccolti l'A. ha trovato una sopravvivenza del 77,6% ed una mortalità del 22,4%. Dal punto di vista sociale è interessante notare che questi ex tubercolotici sono di umili condizioni sociali e solo in minima parte vi contribuiscono le donne. L'igiene nelle loro abitazioni è ben curata sebbene le condizioni economiche siano quasi sempre disagiate.

Passando ad esaminare la sopravvivenza dei malati l'A. osserva che questa è buona per i primi tre anni e discreta dopo i cinque e i sei. La capacità lavorativa dopo tale periodo ha dato un coefficiente piuttosto basso (del 67%) e ciò a quanto risulta all'A. perchè i malati dimessi si affrettano a lavorare per bisogni economici. Quanto alla mortalità del 24,14% è dovuta in gran parte ai ricoveri tardivi i quali comprendono la più gran parte degli esiti infausti e giustificano i discordanti risultati presso i vari AA.

Da quanto sopra risulta l'importanza sociale della diagnosi precoce e come il trattamento post sanatoriale dei convalescenti debba anche in Italia essere maggiormente curato secondo l'organizzazione ormai classica di Paterson. Infine l'A. ricorda come per merito del Prof. Mendes anche all'Istituto Cesare Battisti siano state impiantate officine per convalescenti in modo da poter riprendere il lavoro nella vita senza scosse o danno per la propria salute.

Mortalità e sopravvivenza di tubercolotici ricoverati in Sanatorio.

Prendendo in esame il materiale statistico del Sanatorio climatico « Principessa Maria Pia di Savoia » di Putignano appartenente al Consorzio antitubercolare di Bari, il Direttore Prof. Di Tullio procede ad un'interessante rassegna su il rilevante numero di 1605 casi di tubercolosi ivi ricoverati durante il periodo 1929-35.

Tali malati provenivano dai dispensari provinciali e nel giugno 1936 i sopravvissuti sono stati sottoposti a nuovi accertamenti. Il lavoro comparso nel n. 2 del Consorzio Antitubercolare del c. a. è arricchito da 7 tabelle ed alcuni grafici che ci permettono di osservare l'andamento della mortalità di questi tubercolosi da vari punti di vista. Sono infatti esposti gli esiti per circoscrizione, a seconda la durata del ricovero, l'età dei malati ed il mestiere esercitato.

Speciale interesse merita dal punto di vista sociale e prognostico la tabella 5 dalla quale si rileva che i decessi del primo trimestre del ricovero raggiungono l'altissima percentuale del 49%. Questo fatto dimostra la necessità sulla quale insiste il Di Tullio, di provvedere cioè al ricovero di tubercolotici in periodo più tempestivo in cui si possono ottenere i maggiori benefici con un onere finanziario minore. E le cause come rammenta l'A. vanno attribuite non solo a diagnosi fatte troppo tardi per l'incuria del malato, ma anche agli aggravamenti che si determinano per i procedimenti burocratici richiesti per il ricovero, in contrasto con l'urgenza assistenziale e curativa che il caso richiede.

Un'altra dolorosa constatazione che appare dall'esame di queste tabelle è costituita dall'alta percentuale di mortalità nei malati che avevano beneficiato del ricovero in Sanatorio e ciò per le ragioni del ritardato ricovero che rende vano qualunque tentativo terapeutico oltre a rendere nulla l'azione preventiva nei confronti dell'ambiente. In un grafico è poi illustrato il comportamento della mortalità in rapporto alla durata del ricovero. In tal modo Di Tullio ha potuto confermare che per ammalati ricoverati con forme iniziali è sufficiente un periodo di ricovero sanatoriale che va da sei mesi ad un anno. I risultati riferiti dimostrano che entro tale periodo si possono ottenere i maggiori benefici con un'alta percentuale di guarigioni e miglioramenti.

Anche il ricovero superiore ad un anno ed

St.

inferiore a due, presenta risultati confortanti, come è dimostrato dalla tabella V. Infatti le percentuali di guarigioni e miglioramento che si ottengono dopo un periodo di ricovero che va da sei mesi ed è inferiore a due anni sono rispettivamente del 34% e del 39%.

Tutto ciò sta a dimostrare come in definitiva il ricovero tempestivo sia anche meno oneroso per gli enti che provvedono all'assistenza ai tubercolosi ed alle loro famiglie.

Notevole anche l'importanza delle indagini per quanto riguarda la distribuzione per gruppi d'età dei guariti e dei migliorati; i primi si hanno soprattutto negli adolescenti; negli adulti le probabilità di pervenire a tali risultati scemano in rapporto alla loro età conformemente a quanto si conosce sulla mortalità tubercolare.

Da questi risultati il Di Tullio trae motivo perchè venga imposto con visione più ampia il problema della rieducazione al lavoro dei tubercolotici. E' inconcepibile arrestare l'attività assistenziale al convalescente che sebbene clinicamente guarito deve senza danno rientrare gradualmente ad un lavoro proficuo concretizzando solo allora stabilmente il valore della guarigione cui le risorse mediche l'hanno condotto. Solo in tal modo gli Enti eviterebbero di perpetuare la loro assistenza ad ammalati che altrimenti ricadrebbero nelle loro primitive condizioni se restituiti direttamente alle famiglie e ciò verrebbe a creare un grave dispendio di mezzi ed annullerebbe i benenici ottenuti.

St.

Diabete e tubercolosi.

In una seduta della Sezione Siciliana della Fed. Naz. Fasc. per la lotta contro la tbc. tenutasi a Palermo il 20 marzo corrente il Prof. Cannavò ha esposto un'interessante relazione su questo argomento.

Il Cannavò ricordati i dati che si hanno sulla diffusione di questo triste binomio morboso rileva come la percentuale dei casi sia oggi notevolissima e minacci di aumentare ancora.

Esamina quindi le caratteristiche della associazione morbosa: diabete mellito - tubercolosi polmonare, in rapporto alle diverse forme cliniche di diabete e i diversi aspetti che possono essere assunti dalla tubercolosi quando evolve in un organismo diabetico. Ricorda le forme silenti, oligosintomatiche, poco evidenti e la facilità con cui si viene alla fusione ed

alla cavernizzazione. Mette in evidenza come, praticamente, si tratti spesso di forme evolutive bilaterali.

Il Cannavò, la cui competenza sulle malattie del ricambio è ben nota, chiude la relazione, che troviamo recensita in *Rivista Sanitaria Siciliana*, n. 9, 1937, riferendo i risultati ottenuti dall'osservazione di 34 casi di tali malati seguiti per un lungo periodo di tempo presso la Clinica Medica di Palermo.

St.

Valutazione del danno in Italia da sifilide e blenorragia.

Il Prof. Rivelloni, Aiuto della Clinica Dermosifilopatica di Cagliari, è stato il relatore ufficiale su questo importante tema alla 30ª Riunione della Società di Sifilografia tenutasi a Roma nell'ottobre dello scorso anno.

Il lavoro, preceduto da una presentazione del Prof. Serra, è strettamente legato all'igiene ed alla medicina preventiva e pertanto merita di essere ricordato e segnalato agli studiosi di medicina sociale.

Dopo aver ricordato che il problema è non solo curativo ma anche di medicina preventiva ed ha un notevole riflesso economico l'A. passa a discutere della capacità lavorativa minorata nei soggetti portatori di questa malattia per l'intervento di fattori diretti e di fattori indiretti questi ultimi dovuti al pregiudizio che nell'ambiente si crea nei riguardi di questi soggetti. Nella seconda parte il Rivelloni parla dell'invalidità temporanea per la sifilide e la blenorragia completando l'esposizione con varie tabelle di morbilità della Cassa Nazionale Malati addetti al Commercio e del personale delle ferrovie dello Stato. Un particolare capitolo è riservato all'invalidità permanente per la quale sono riportati dati statistici del Modena sulle malattie mentali in Italia e notizie ricavate dagli ambulatori otoiatrici della clinica di Roma sulla frequenza delle lesioni auricolari di origine luetica e della clinica oculistica di Cagliari sulle lesioni oculari della stessa natura.

Nell'ultima parte l'A. passa a valutare il danno familiare e sociale che consegue ad una morte precoce per sifilide pregressa e sotto questo punto di vista giustamente afferma che « la sifilide estende la sua influenza su campi patologici che si perdono a vista d'occhio, tanto da poterla considerare come uno dei più micidiali fattori di depopolamento ». Riconosciuta la scarsità delle morti per sifilide in base alle statistiche dell'Istituto Centrale condivide con

il Crosti l'opinione che ogni anno si abbiano 25.000 decessi nei quali la lue rappresenta una concausa di morte anticipata. Infine il Rivelloni cerca di stabilire il danno economico sociale che comporta la morte precoce di tanti individui in base a ricerche eseguite dal Ferrari e dal Pietra sull'ammontare dei redditi degli individui per gruppi di età concludendo che la sifilide in Italia porta nella sola classe operaia un danno non inferiore a 100.000 di lire.

Infine l'A. richiamandosi alla Carta del Lavoro invoca che sotto l'egida dello Stato si giunga a una coordinazione delle varie iniziative assistenziali e provvidenziali nel duplice interesse del singolo e della società. *St.*

Il problema tonsillare.

Il dott. Innocenzo Calderoli di Bergamo che ha già fatto di questo problema oggetto in una relazione alla Soc. Medico-Chirurgica Bergamasca nel dicembre 1936, espone oggi in una monografia alcune interessanti osservazioni circa gli esiti lontani della tonsillectomia (Edizione S. E. S. A., Bergamo 1937, L. 10).

Da una statistica personale, numerosa, e della quale riporta 10 casi clinici, come pure riferendosi a ricerche sperimentali di Peller e di Zytowitsch, l'A. desume che l'asportazione totale delle tonsille dopo un periodo di aumento della massa di tutto l'organismo viene a modificare il trofismo ortogenetico per il quale tutto il corpo andrebbe incontro ad un decadimento delle qualità più vitali.

Il Calderoni avrebbe riscontrato a distanza dall'intervento operativo una diminuzione della forza fisica, la scomparsa dell'istinto sessuale nell'uomo e disfunzioni ovariche nella donna, stanchezza, letargo psichico e soprattutto precoce invecchiamento cioè il soggetto tonsillectomizzato dimostrerebbe un'età molto maggiore di quella reale. L'A. riferisce anche quali sarebbero le funzioni di correlazione ormonica delle tonsille sulle quali purtroppo poco ancora ci è noto.

Senza voler essere tanto pessimisti sugli esiti delle tonsillectomie crediamo giusto che si debba procedere più cautamente nell'asportazione totale di un organo che evidentemente nell'equilibrio endocrino deve avere una notevole e complessa funzione. Il problema merita la massima attenzione specie da parte degli specialisti che in questi ultimi anni si sono lasciati invogliare dall'intervento radicale laddove il più delle volte la semplice tonsillo-

tomia era sufficiente ad allontanare i disturbi lamentati dal soggetto. La monografia del Calderoli merita di essere letta non solo dagli specialisti ma anche da quanti si occupano di medicina sociale perchè la larghissima diffusione di questo intervento nei giovani ha trasformato l'argomento in un vero problema demografico, come giustamente viene chiamato dall'A. *St.*

Le possibilità di raggiungere l'età di 65 anni.

Le tabelle di vita computate dalla Metro L. I. C. nel n. 3 dello *Statistical Bull.* del 1937, prendono in esame separatamente le zone urbane e quelle rurali degli S. U. d'America nel 1930; esse mostrano che colui che risiede in campagna ha possibilità maggiori di raggiungere i 65 anni di quelle che ne abbia colui che vive in città. Prendendo le cifre per 35 anni ad esempio, l'uomo di città ha 571 possibilità su 1000 di raggiungere i 65, mentre quello di campagna ne ha 702. Per le donne le cifre corrispondenti sono 663 e 752 rispettivamente. Per coloro che arrivano ai 65 anni, l'aspettativa di vita è come segue: uomini di città anni 10,80; donne di città anni 12,36; uomini di campagna anni 12,75; donne di campagna 13,50 anni.

Queste cifre mostrano il fatto comune che la mortalità urbana è distintamente più alta di quella rurale. In piccola parte ciò deve essere dovuto all'influsso di persone malate che dalla campagna vengono alla città. Ma senza dubbio l'eccesso della mortalità urbana è, per la maggior parte, una reale ripercussione di qualche danno alla salute nella vita di città. Questa esperienza non è particolare ai soli Stati Uniti, ma è chiaramente presentata anche nelle più grandi tabelle di vita dell'Inghilterra e del Wales.

Purtroppo noi difettiamo di dati statistici abbastanza dettagliati, per fare un adeguato assegnamento per stabilire ciascuno dei fattori che contribuiscono alla vita umana. Si riscontra ad esempio che i professionisti hanno più probabilità di sopravvivenza dei lavoratori manuali; che gli uomini di abitudini regolari che godono di una sana compagnia, hanno più probabilità di raggiungere la vecchia età di coloro che ne mancano e che quelle persone i cui genitori hanno toccato una bella età possono aspettarsi di vivere più a lungo.

Quali sono le possibilità di toccare i 65 e di vivere oltre quell'età?

A questo punto ricordiamo alcuni dati importanti riferiti dalla Metro L. I. C. Così all'età di 65, l'aspettativa di vita per un uomo era di anni 11,51 nel 1901 e di anni 11,79 nel 1930, con un miglioramento di 0,28 anni; per le donne la sopravvivenza di 12,23 nel 1901 sale a 12,83 nel 1930 con un progresso di 0,60. In altri termini, nelle età avanzate il miglioramento dell'aspettativa di vita è stato relativamente insignificante. Questa nota è ricavata particolarmente da statistiche per l'Inghilterra e per il Wales allo scopo di accertare quante persone hanno la possibilità di giungere all'età della pensione (65 anni) e per quanto tempo tali soggetti ne potranno godere.

St.

In tema di longevità.

Un lavoro eseguito dai due coniugi Raymond Pearl e Ruth De Witt Pearl ed intitolato *The ancestry of the long-lived*, pubblicato a Londra, rappresenta il risultato delle indagini condotte dalla Scuola di biologia, igiene e sanità pubblica della Johns Hopkins University allo scopo di stabilire certi dati caratteristici che riguardano la longevità tra i rappresentanti di diverse razze e classi sociali. Uno dei tratti particolari della longevità che interessava gli indagatori era quello di stabilire se essa rappresentasse una caratteristica di certe determinate famiglie ed a tale scopo essi hanno studiato l'albero genealogico dei vegliardi sottoposti alla loro osservazione ed hanno un raccolto un abbondante materiale che riguarda le altre osservazioni nelle diverse parti del mondo.

Da tale lavoro che troviamo recensito in *Difesa Sociale*, n. 8, 1936, risulta che il maggior numero dei longevi di età superiore a 92 anni si trova nei paesi Scandinavi e soprattutto in Norvegia; l'Italia ha in proporzione un numero inferiore di individui appartenenti a tale gruppo di età. Secondo il materiale raccolto dai coniugi Pearl, in Italia la vita media sarebbe inferiore a quella che si riscontra in diversi Stati europei.

Circa i precedenti famigliari presi in esame essi non riguardano esclusivamente i fatti genealogici puri e semplici, ma portano anche informazioni circa il paese di origine del progenitore e dei loro collaterali, della loro vita domestica e delle loro abitudini in riguardo

all'alimentazione, al consumo di alcool, tabacco od altre sostanze tossiche.

I dati raccolti hanno un indubbio valore oltre che per il medico sociale e per il sanitario in generale anche e forse soprattutto nel campo dell'Assicurazione Vita e della Sociologia.

St.

Alcune malattie infettive in Italia

Riassumiamo le principali malattie infettive, che a noi particolarmente interessano, denunciate all' « Istituto di Sanità Pubblica » nel 1936, e pubblicate nell'apposito bollettino.

	I Semestre	II Semestre	Totale generale
Febbre tifoide . . .	5.931	16.410	22.341
Infezione paratifoide	909	2.617	3.526
Febbre ondulante .	1.762	1.172	2.964
Meningite cerebro spinale	567	288	855
Encefalite letargica.	57	54	111
Anchilostomiasi . .	296	322	618

Il sanitario condotto e le norme legislative.

Il dott. Frenguelli di Milano, del quale avemo a ricordare recentemente un manuale in cui sono raccolte tutte le disposizioni legislative Sanitarie, pubblica oggi due supplementi alla prima edizione in maniera da tenere aggiornato il medico alle più recenti disposizioni della materia. Sono soprattutto interessanti le circolari e i Decreti Legge che riguardano l'ordinamento professionale ed i rapporti di impiego. La materia riportata si riferisce non solo ai medici e farmacisti ma anche ai veterinari ed alle levatrici.

Numerose sentenze e circolari della Direzione Generale di Sanità illustrano questa raccolta che complessivamente ha raggiunto e superato le 600 pagine. Un indice analitico rende facile e semplice la consultazione di ogni argomento legislativo.

St.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

Dott. G. RIZZUTI, *Osservazioni sul tifo ricorrente a Tripoli.*

Estr. da « Malattie dei paesi caldi », A. IV - Fasc. III, 1913.

L'A. riporta parecchi casi di tifo ricorrente riscontrati a Tripoli e ne fa le dovute considerazioni.

Id., *Sull'azione dei raggi ultravioletti sul sangue.* — Estratto dalla « Gazzetta Internazionale di Medicina, Chirurgia, Igiene, Interessi professionali » - Napoli, 1911, N. 22.

L'A. riferisce che i raggi ultravioletti producono un aumento dei corpuscoli rossi e dell'emoglobina e la diminuzione dei leucociti con inversione della formula leucocitaria.

Id., *La malaria nelle nostre Colonie africane.* — Estratto dagli « Atti del primo Congresso di studi coloniali » - Firenze, 1931.

L'A. riporta le osservazioni sulla malaria riscontrate nelle nostre colonie africane, Eritrea, Somalia e Libia.

Id., *Sull'influenza dei raggi ultravioletti sui microrganismi in vitro e in vivo.* — Estratto dal « Giornale di Medicina Militare », 1911.

L'A. mette in evidenza l'azione battericida dei raggi ultravioletti.

Id., *Considerazioni sulle enterocoliti aspecifiche ed amebiasi metastatiche, in rapporto ai relativi accertamenti batteriologici.* — Estratto dal « Giornale di Medicina militare », F. 1-11, 1928, A. VI.

L'A. fa alcune considerazioni le quali concorrono a mettere in evidenza la valutazione da dare ai risultati degli accertamenti batteriologici di fronte alle enterocoliti dissenteriformi aspecifiche, alle amebiasi metastatiche ed alla ricerca dei portatori sani o convalescenti di dissenteria amebica.

Id., *Assistenza igienica e morale nell'Esercito.* — Roma, 1935. - Corso per (« Visitatrici Fasciste »).

L'A. parla dell'igiene, dell'alimentazione del soldato, della profilassi verso le malattie infettive, specie la tbc., la malaria e fa un accenno sui gas asfissianti.

Id., *Sulla schistosomiasi in Libia.* — Estratto dal « Giornale di Medicina Militare », F. I-II, 1930-VIII.

L'A. descrive un caso di schistosomiasi mista, piuttosto rara, riscontrata in Libia.

Id., *La lambliasi da sola od associata alla amebiasi.* — Estratto dagli « Atti del Congresso di Studi Coloniali » - Napoli 1-5 ottobre 1934-XII.

L'A. riferisce che in casi da lui osservati la lambliasi è frequentemente associata alla amebiasi.

Id., *La malaria e l'esercito.* — Da « Comptendu du 2° Congrès International du Paludisme » - Alger 1930, T. I, p. 503.

L'A. parla in primo luogo dell'azione della plasmochina sui militari malarici nell'Ospedale Militare di Roma, poi sulla profilassi antimalarica nell'esercito, sui risultati e sui fattori che contribuiscono alla buona riuscita.

SERAFINI E SUPPINI, *Vademecum per l'assicurato dell'INA.* — Trento, I. N. A. 1937.

Tratta delle operazioni che si possono compiere sulle polizze di assicurazione vita e sulla procedura da seguire.

Proff. DE GREGORIO, PILOTTI E ROMANELLI, *Relazione del Comitato Medico Attuariale del Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei rischi tarati sui « Pareri Circolari ».* - Roma, 1937.

Ha lo scopo di indicare per alcuni gruppi di malattie l'orientamento generale dedotto dall'esame dei pareri circolari.

Prof. ALFREDO CUCCO, *La capitale del tracoma.* — Scuola Tip. Ospizio di beneficenza, Palermo, 1937.

L'A. fa notare che Palermo come capitale della Sicilia, è anche la capitale del tracoma non soltanto nei confini isolani ma della penisola intera.

Dalle statistiche infatti si nota chiaramente che le percentuali dei tracomatosi in Palermo, nonostante le provvidenze attuate, sono superiori e quelle delle altre città.

Dott. R. INDOVINA e S. FIANDACA, *Disturbo del ricambio lipidico nei portatori di tumore maligno.* — Estratto da « Acta Cancrologica », Vol. I, F. 5-6, 1935.

Gli AA. hanno dimostrato che il quoziente di disponibilità, mentre negli itterici e nei nefritici si mantiene come nei normali, cioè, intorno a 6, nei portatori di neoplasma maligno invece si abbassa fino a due.

Dott. FIANDACA e S. SORCE, *Sull'influenza degli ormoni corticali nel ricambio minerale.* — Estratto da « Rivista di Patologia Sperimentale », Vol. XVI, n. 5-6, 1936.

Gli AA. hanno riscontrato che la corteccia surrenale esercita un'azione non indifferente

sulla costituzione minerale dell'organismo, in particolar modo nel contenuto in P e Ca e che tale azione si esplica direttamente sui tessuti.

Dott. S. FIANDACA e IGNAZIO CAPIZZI, *Sul dosaggio del magnesio totale negli organi e nei liquidi organici*. — Estratto dal « Bollettino della Società Italiana di Biologia Sperimentale », Vol. X, F. 3, 1935.

Gli AA. riportano i valori di magnesio ottenuti sugli organi e nei liquidi organici.

Dott. S. FIANDACA e Dott. S. LA MONACA, *L'azione delle onde corte sulla funzionalità epatica in condizioni normali e patologiche*. — Estratto da « Annali di Radiologia e Fisica Medica », Vol. X, F. III, A. 1936.

Gli AA. riferiscono di non aver riscontrato alcune azioni apprezzabili sulle onde corte (15 m. di lunghezza) nella funzionalità epatica dei soggetti sani sottoposti ad un trattamento di queste onde, in corrispondenza della regione ipocondriaca destra. Viceversa hanno notato in alcuni epatopazienti, a funzionalità epatica alterata, una influenza sotto certi aspetti favorevole.

Dott. S. FIANDACA, *Azione degli estratti preipofisari nell'ipertemia passiva*. — Estratto da « Archivio per le Scienze Mediche », Volume LXII, F. 4, 1936.

Gli ormoni preipofisari agiscono sfavorevolmente sulla resistenza dell'organismo e favoriscono l'incremento termico.

Id., *Influenza degli estratti preipofisari della glicemia nell'ipertemia passiva*. — Estratto da « Biochimica e Terapia Sperimentale », A. XXIII, 1936.

Sull'iperglicemia che di regola si verifica nell'ipertemia passiva (colpo di calore) gli ormoni preipofisari-prolan ed estratto di lobo anteriore, esercitano azione attenuatrice in rapporto alla dose impiegata.

Id., *Il trattamento degli ascessi polmonari con le onde corte*. — Estratto da « La Medicina Contemporanea », A. III, V. II, 1937.

L'A., dalle osservazioni, riportate mostra chiaramente l'efficacia della terapia con le onde corte nel trattamento degli ascessi polmonari.

Dott. S. FIANDACA, *Short Wave Diathermy in Pulmonary Infections*. — Estratto da « Ar-

chives of Physical Therapy », X, Ray, Radium, Vol. XVIII, p. 79, 1937.

E' la traduzione dal precedente con alcune variazioni.

Dott. A. ASTUNI, *Tumori maligni e capacità lavorativa*. — Estratto dagli Atti del « VI Congresso Nazionale di Medicina Legale ».

L'A. mette in rilievo che pel giudizio di capacità lavorativa nei portatori di tumori maligni, è necessario indagare caso per caso, tenendo conto della sede, natura, decorso del neoplasma e altresì del genere e dell'esito delle cure praticate le quali possono concedere notevoli, assai spesso transitori recuperi di capacità lavorativa.

NUPTIALIA

Il 19 luglio u. s. nel Santuario di Pompei il dott. Giuseppe Papetti, nostro Medico di Direzione, si è unito in matrimonio con la dott. Viviana Macioce. Auguri vivissimi.

Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari

Dr. Redaelli Adolfo, Oggiono (Como).

Dr. Scarpari Giuseppe, Castelfranco Veneto (Treviso).

Dr. Ciriaco Michele, Maida (Catanzaro).

Dr. Condorelli Filippo, Motta S. Anastasia (Catania).

Dr. Di Remedio Adolfo, Sabbio Chiese (Brescia).

Dr. Ranzi Giovanni, Firenzuola (Firenze).

Dr. Lolli Eugenio, Adria (Rovigo).

Dr. Dejana Francesco, Perfugas (Sassari).

Dr. Marino Quarenghi, San Pellegrino (Bergamo).

Dr. Pietro Secomandi, Mazzoleni (Bergamo).

Dr. Enrico Manca, Spineda (Cremona).

Dr. Antonio Mazzetti, Pontecorvo (Frosinone).

Dr. Gennaro De Falco, Anagni (Frosinone).

Dr. Eugenio Berardi, Cisliano (Legnano).

Riproduzione vietata degli scritti contenuti in questa Rivista, anche se parziale o sunteggiata, senza citarne la fonte.

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

(387) Soc. Tip. Castaldi - Via Casilina, 49 - Roma.

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, e da convenzioni speciali a favore dei lavoratori, alla trattenuta dei premi sulle mercedi, quando ciò è liberamente consentito dai lavoratori, per la migliore garanzia di mantenimento in vita dell'atto previdenziale.

A titolo d'onore

additiamo agli Italiani le principali Aziende che hanno concessa all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni la più efficace cooperazione per la più estesa diffusione delle polizze di assicurazione popolare, mediante un sostanziale contributo nel pagamento dei premi a favore dei lavoratori.

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. 35.000.000 (trentacinque milioni).

La **SAVA** (Società Anonima Veneta Alluminio) che ha pattuito coi Sindacati un concorso dal 30 all'30 % 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 prezzi delle Polizze XXI Aprile sottoscritte dai suoi dipendenti.

In questi giorni il Capo del Governo ha fatto pervenire ai dirigenti della "SAVA", e della "OVEST TICINO", l'espressione del suo compiacimento per il nobile atto di solidarietà compiuto verso i loro dipendenti.

Finalmente innumerevoli Ditte industriali e commerciali in tutte le parti d'Italia, a cominciare dalla **FIAT**, che fin dal 1933 ha stipulato all'uopo una importante convenzione coll'Istituto, 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.

ESISTE LA SOLUZIONE ASSICURATIVA OTTIMA PER OGNI SITUAZIONE ECONOMICA E FAMILIARE. L'AGENTE PRODUTTORE DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI VE LA CONSIGLIERÀ



