

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno VI
Numero 5
15 ottobre
1937 - XV
Edizione in abbonamento postale - Roma

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



Corporate Heritage
& Historical Archive

PRAEVIDENTIA

S. A. ASSICURAZIONI RIASSICURAZIONI CAPITALIZZAZIONI - ROMA



CHE COSA E' LA CAPITALIZZAZIONE? La realizzazione perfetta del risparmio: la formazione cioè, al termine di un periodo prestabilito, di un capitale pari al cumulo delle somme versate e dei relativi interessi composti.

VANTAGGI DELLA CAPITALIZZAZIONE: invariabilità di un conveniente tasso di interesse (4 e 4,50 %) per tutta la durata del contratto (fino a venticinque anni).

CARATTERISTICHE DELLA CAPITALIZZAZIONE: polizze nominative e al portatore (trasmissibili senza alcuna formalità).

APPLICAZIONE DI PARTICOLARE CONVENIENZA: investimento di fondi spettanti a minori, costituzione di dote, garanzia di nuda proprietà, ecc.

ESEMPIO

Un bambino di un anno eredita 50.000 lire (usufruttuaria la madre) vincolate al raggiungimento della maggiore età: basterà versare la somma di L. 20.729,50 alla « PRAEVIDENTIA » e questa al 21° anno pagherà al beneficiario L. 50.000. La differenza di L. 29.270,50, corrispondente agli interessi per 20 anni al 4,50 %, può essere versata alla usufruttuaria o immediatamente in una volta o in quote annuali per la durata del contratto.



L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI GARANTISCE INTEGRALMENTE LE POLIZZE DELLA « PRAEVIDENTIA ».

PER INFORMAZIONI E CHIARIMENTI RIVOLGERSI ALLE AGENZIE GENERALI E LOCALI DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI.

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 gratuiti per gli assicurati:

CALTANISSETTA - presso l'Agenzia Generale, - Corso Vittorio Emanuele II, n. 80.

ENNA - presso l'Agenzia Generale - Via Vittorio Emanuele, n. 2.

**Facilitazioni presso gli stabilimenti Termali
di Termini Imerese (Palermo)**
(vedi pag. XIX)

RECENTISSIME PUBBLICAZIONI MEDICHE

A) Dott. ESCHILO DELLA SETA - Cuore sano e cuore infermo -
(Contiene norme per prevenire le malattie del cuore e dei vasi
e per permettere a coloro che ne fossero affetti, una vita quanto
più possibile lunga e laboriosa). - L. 5.

B) Sotto il platano di Coò - (Raccolta di consigli di igiene e di
medicina preventiva, già pubblicati nella « Assistenza Sanitaria »).
- L. 7.

PROVVIDENZE SANITARIE IN VIGORE

A FAVORE DEGLI ASSICURATI

- A) *Visite mediche periodiche gratuite per il collaudo della salute.*
- B) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale.*
- C) *Ricerche cliniche ed esami di laboratorio gratuiti.*
- D) *Consultorio gratuito per il collaudo dell'organo della vista.*
- E) *Consultorio gratuito per gli organi dell'orecchio, naso e gola.*
- 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, 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 per il collaudo della salute:*

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.

Tutti gli altri comunque assicurati hanno diritto alle visite mediche periodiche gratuite per il collaudo della salute presso i Centri e Consultori di medicina preventiva dell'I.N.A. (vedi elenco che segue dei Centri e Consultori).

B) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale per tutti gli assicurati presso i Centri e Consultori dell'I.N.A.*

C) *Ricerche cliniche ed esami di laboratorio gratuiti per tutti gli assicurati presso i Centri e Consultori dell'I.N.A.:*

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

2) *Esame dell'espettorato.*

3) *Esame del sangue: per il dosaggio della glicemia (compresa la prova di carico e la curva glicemica).*

4) *Esame del sangue: per il dosaggio della azotemia.*

5) *Esame del sangue: per il dosaggio della uricemia.*

6) *Esame del sangue: per la reazione di Kahn.*

7) Esame del sangue: per la reazione di *Wassermann*.

8) Esame del sangue: per la reazione di *Meinicke*.

9) *Elettrocardiogramma*.

10) Misurazione della *pressione arteriosa*.

11) *Teleradiografia del torace*.

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

D) Consultori gratuiti per il collaudo dell'organo della vista per tutti gli assicurati:

in *Torino*, Via Maria Vittoria, n. 1 (Centro Sanitario dell' I.N.A.);

in *Roma*, Via Sallustiana n. 51 (Direzione Sanitaria Centrale).

E) Consultorio gratuito per il collaudo dell'orecchio, naso, gola, per tutti gli assicurati presso il Servizio Sanitario Centrale: *Roma*, Via Sallustiana, n. 51.

F) Consultorio per cure odontoiatriche per tutti gli assicurati presso il Servizio Sanitario Centrale: *Roma*, Via Sallustiana, n. 51.

G) Consultazioni gratuite di igiene presso i Centri e Consultori dell' I.N.A. per tutti gli assicurati:

igiene dell'alimentazione;

» del lavoro;

» matrimoniale;

» del vestiario;

» tropicale;

» dello sport;

» della casa;

per le prevenzioni delle malattie, specialmente infettive.

H) Prestiti senza interessi agli assicurati con polizze ordinarie e collettive che debbono 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 oto-

rinolaringoiatriche, 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: vedi elenco che segue.

M) Facilitazioni presso Sanatori, Convalescenziari e Consultori Materni: vedi elenco che segue.

N) Facilitazioni presso Stabilimenti Termali: vedi 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° *Sotto il platano di Coo*.

4° *Cuore sano e cuore infermo*, del Dr. E. DELLA SETA.

5° Rivista bimestrale, d'igiene e di medicina preventiva *L'Assistenza Sanitaria*. Edizione speciale.

CENTRI E CONSULTORI

gratuiti di medicina preventiva, d'igiene e di idoneità alla vita coloniale.

ANCONA (Centro e Consultorio), Corso Mazzini, 13, tutti i giorni non festivi.

Alessandria (Consultorio), Via Roma, n. 14, 2° e 4° lunedì del mese.

Agrigento (Consultorio), Via Roma, 291, 1° mercoledì del mese.

Asti (Consultorio), Piazza Medici, 16, 1° e 3° mercoledì del mese.

BOLZANO (Centro e Consultorio), Via Rosmini, 20, tutti i giorni non festivi.

Belluno (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Via Garibaldi, 1, il 2° sabato del mese.

Bergamo (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Via C. Camozzi, 33, 1° e 3° lunedì del mese.

Brescia (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Piazza Vittoria, Pal. I.N.A.

Bressanone (Consultorio), presso l'Agenzia Principale, Via Roma, 5, 1° sabato del mese, ore 9 - 12.

CAGLIARI (Centro e Consultorio) Via Roma, 73, tutti i giorni non festivi.

Caltanissetta presso Agenzia Generale - Via Vittorio Emanuele, 2.

Catania (Consultorio), Via A. Mussolini, 16, tutti i sabati.

Catanzaro (Consultorio), Scesa Leone, 2° martedì del mese, ore 15-17.

Cosenza (Consultorio), Corso Mazzini, 2° martedì del mese, ore 9-11.

Cremona (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Via Campi, 1, 1° e 3° mercoledì del mese.

Enna presso Agenzia Generale - Corso Vittorio Emanuele, 80.

Fiume (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Via XXX Ottobre, Pal. I.N.A. 4° martedì del mese, ore 10 - 12, 15 - 18.

MESSINA (Centro e Consultorio), Via C. Colombo, 40, tutti i giorni non festivi.

MILANO (Centro e Consultorio), Piazza Diaz, 6, tutti i giorni non festivi.

PADOVA (Centro e Consultorio), Piazza Spalato, 1, tutti i giorni non festivi.

Palermo (Consultorio), Via Maqueda, 200, tutti i lunedì.

Piacenza (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Piazza Cavalli, 2° e 4° mercoledì del mese.

ROMA, Servizio Sanitario della Direzione Generale, Via Sallustiana, 51, tutti i giorni non festivi.

Roma (Consultorio), Via Tritone, 142, tutti i giorni non festivi.

Ragusa (Consultorio), Via M. Coffa, 12, 1° venerdì del mese.

Reggio Calabria (Consultorio), Corso Garibaldi, 2° e 4° mercoledì del mese.

Rovereto (Consultorio), presso l'Agenzia principale, 3° lunedì del mese (pomeriggio).

Siracusa (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Via dei Mille, 2° venerdì del mese, ore 16-18.

TORINO (Centro e Consultorio), Via Maria Vittoria, 1, tutti i giorni non festivi.

Terni (Consultorio), Corso Tacito, 1° e 3° giovedì del mese.

Trapani (Consultorio), Via Torrearsa, 1° martedì del mese.

Trento (Consultorio), Via Bellenzani, n. 14, 1° e 4° lunedì del mese.

Treviso (Consultorio), Via Vitt. Emanuele, 29, 3° martedì del mese.

Trieste (Consultorio), Via Carducci, 2, 1° martedì del mese.

Verona (Consultorio), Via Anfiteatro, n. 10, 2° martedì del mese.

Vicenza (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Piazzale Roma, 11, 3° venerdì del mese.

Viterbo (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Corso Vittorio Emanuele, 2, 1° e 3° sabato del mese.

Zara (Consultorio), presso l'Agenzia locale, Calle Larga, 2° giovedì del mese.

*Si rammenta che agli assicurati impossibilitati a muoversi dalla loro residenza è consentito beneficiare ugualmente delle ricerche di laboratorio, inviando al Servizio Sanitario della Direzione Generale in **Roma** od ai Centri di Assistenza Sanitaria in **Ancona, Bolzano, Cagliari, Messina, Milano, Padova, Torino**, col mezzo più celere, insieme ai Buoni per Esame di Laboratorio (Modello Servizio San. n. 79), i quali vengono distribuiti dalle Agenzie presso le quali gli Assicurati pagano il premio, campioni:*

per l'esame delle urine: 100 cc. di urine con aggiunta di 1 gr. di acido bórico.

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 Meinicke*: 4-5 cc. di sangue, o meglio 1-2 cc. di siero centrifugato.

per la *Reazione di Wassermann*: 5-10 cc. di sangue, o meglio 1-2 di siero possibilmente già centrifugato (solo ai Labo-

ratori Medici della Direzione Generale dell' I.N.A. in Roma, Via Sallustiana, 51).

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

MEDIC 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. IVALDI Candido.

Dott. MAIOLO Giacomo.

Dott. MALAGOLI Lelio.

Oculisti

Dott. LOVISOLO Carlo.

Otorinolaringoiatri

Dott. GENTILE Aldo.

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, 6.

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 Gaspare.

Otorinolaringoiatri

- Dr. RESTIVO Pietro.

CAMPOBASSO

Odontoiatri

Campobasso.

- Dr. MARTINO Angelo.
Dr. SANTORO Manfredi.

Oculisti

Campobasso.

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

Agnone.

- Dr. SAVASTANO Silvio.

CATANIA

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. CERDELLI Oreste.
Dr. CHIMENTI Achille.
Dr. LOFFREDO Ferdinando.

CREMONA

Odontoiatri

Cremona.

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

Casalmaggiore.

- Dr. BOLES Oreste.

Oculisti

Cremona.

- Dr. 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.

Viareggio.

Dr. GIUFFRIDA Giuseppe.

MANTOVA

Odontoiatri

Mantova.

Dr. CONSOLO Giuseppe.
Dr. LASAGNA Romolo, Via Marangoni, 4.
Dr. MAZZEI Carlo, Via Massari, 5.
Dr. PONGILUPPI Ermondo, Via D. Ferneli, 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

Oculisti

Padova.

Dr. ZOLDAN Luigi, Via Altinate, 69.

Otorinolaringoiatra

Padova.

Prof. Dr. RUBALELLI Enrico, Via Gabelli, 17.

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. CARMÌ 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 Fuso, 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. STOCCO 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.
D.ri BONCRISTIANI-NEMES, Via Arenula, 53.
Dr. PIERLUIGI Antonio, Corso Trieste, 141.
Dr. ERCOLANI Alberto, Largo Magnagrecia, 3.

Oculisti

Roma.

Prof. Dr. COLANGELI Armando, Via A. Canova, 12.
Prof. Dr. MAZZANTINI Gustavo, Via Milano, 24.
Prof. Dr. NEUSCHÜLER Ignazio, Via 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. TOMMASSINELLI 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 Opor-to, 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 Ema-nuele, 19.
 Prof. Dr. PICCALUGA Sirio, Via XX settem-bre, 60.
 Prof. Dr. PISSARELLO Carlo, Corso Vinza-glio, 21.
 Dr. PRECERUTTI-TAPPARELLI Gioacchino, Via Principe Amedeo, 29.
 Prof. TIRELLI Gaspare, R. Clinica Oftalmica.
 Dr. TOSO G., Via S. Secondo, 15.
 Prof. Dr. VALLI Oreste, Via Nizza, 27.
 Dr. VAUDETTI S., Via Cernaia, 18.
 Prof. Dr. VERDERAME Filippo, Corso Opor-to, 31-bis.

Otorinolaringoiatri

Torino.

Dr. BATTAGLIOTTI Enrico, Via Santa Chia-ra, 20.
 Prof. Dr. BRUZZONE Carlo, Via Davide Ber-tolotti, 2.
 Prof. Dr. CASASSA Adolfo, Via Principe Ame-deo, 52.
 Prof. Dr. DIONISIO Ignazio, Corso Vinza-glio, 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 Roe-ro 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 Pelli-co, 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 Maddale-na, 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. Muzzu-rana, 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 Becaria, 5.

UDINE

Odontoiatri

Udine.

Dr. DAMIANI Domenico.
Dr. CLONFERO Erminio.

Otorinolaringoiatri

Udine.

Dr. PELLIZZO Francesco, Via Rivis, 32.

VARESE

Odontoiatri

Varese.

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.

VERCELLI

Odontoiatri

Vercelli.

Dr. POZZOLO Carlo Alberto.

Oculisti

Vercelli.

Dr. PAGANI Luigi, Via Garibaldi, 20.

Otorinolaringoiatri

Vercelli.

Dr. PETTERINO Patriarca, Via Oldoni.

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 del 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.

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 TERME (PADOVA)

Stabilimento *Hotel Trieste e Vittoria*. — Acque clorurate-sodo-solfo-calciche a 87° C. — Fanghi naturali vulcanici minerali, utili per affetti da artritisismo cronico - tubercolosi ossea - eczemi - reumatismi cronici e secondari - malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc.

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

Stabilimenti termali *Due Torri e Morosini*. — Acque clorurate-sodo-solfo-calciche a 87° C. — Fanghi naturali vulcanici minerali, utili per affetti da artritisismo 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, di tutte le cure 20 % importo pensione; *Morosini*, 18 % importo pensione categoria B.

AGNANO (NAPOLI)

Acque solfuree calde, acque solfuree clorurato 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 artritisismo - 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. Agli assicurati in forma popolare 20 % tariffa in vigore e 20 % sulla pensione.

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 artritisismo - 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 artritisismo 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 TERME (PADOVA)

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

Uniche Premiate Terme Preistoriche.

Riduzioni: A tutti gli assicurati riduzione 20 % 1ª classe; 15 % 2ª e 3ª classe, sull'importo della pensione, cure, visita medica, ammissione e tassa soggiorno.

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 - linfatismo.

Riduzioni: 25 % tariffe in vigore.

SALSOMAGGIORE (PARMA)

Acque salsobromoiodiche, utili per affetti da artritisismo 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 CASCIAO 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 1ª classe, e 50 % 2ª classe.

S. PELLEGRINO (BERGAMO)

Acque bicarbonato sodico calcico magnesiaci 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 artritisismo 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-sulfurea utile per tutti gli affetti da artritisismo 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.

TERMINI IMERESE (PALERMO)

Riduzioni 15 % sulla pensione di L. 30,— e sul prezzo del bagno e della stufa del 25 % su L. 4.50.

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.

ELENCO DEI CENTRI E DEI CONSULTORÎ DI MEDICINA PREVENTIVA DIVISI PER REGIONE

PIEMONTE

Torino - Centro e Consultorio, Via Maria Vittoria, 1.
Alessandria - Consultorio, Via Roma, 14.
Asti - Consultorio, Piazza Medici, 16.

LOMBARDIA

Milano - Centro e Consultorio, Piazza Diaz, 6.
Bergamo - Consultorio, Via C. Camozzi, 33.
Brescia - Consultorio, P. Vittoria, I.N.A.
Cremona - Consultorio, Via Campi, 1.

VENEZIA TRIDENTINA

Bolzano - Centro e Consultorio, Via Rosmini, 20.
Bressanone - Consultorio, Via Roma, 5.
Rovereti - Consultorio. Presso l'Agenzia Principale.
Trento - Consultorio, Via Belanzani, 14.

VENEZIA VENETA E GIULIA

Padova - Centro e Consultorio - Piazza Spalato, 1.
Belluno - Consultorio, Via Garibaldi, 7.
Fiume - Consultorio, Via XXX Ottobre.
Treviso - Consultorio, Via Vittorio Emanuele, 29.
Trieste - Consultorio, Via G. Carducci, 2.
Verona - Consultorio, Via Anfiteatro, 10.
Vicenza - Consultorio, Piazzale Roma, 11.

EMILIA

Piacenza - Consultorio, Piazza Cavalli.

MARCHE E DALMAZIA

Ancona - Centro e Consultorio - Piazza Mazzini, 13.
Zara - Consultorio, Calle Larga.

UMBRIA

Terni - Consultorio, Corso Tacito.

LAZIO

Roma - Centro presso il Servizio Sanitario della Direzione Generale.
Consultorio, Via del Tritone, 142.
Viterbo - Consultorio, Corso Vittorio Emanuele, 2.

CALABRIA E SICILIA

Agrigento - Consultorio, Via Roma, 291.
Caltanissetta - Consultorio, Via Vittorio Emanuele, 2.
Catania - Consultorio, Via A. Mussolini.
Catanzaro - Consultorio, Scesa Leone.
Cosenza - Consultorio, Corso Mazzini.
Enna - Consultorio, Corso Vittorio Emanuele, 80.
Messina - Centro e Consultorio, Via C. Colombo, 40.
Palermo - Consultorio, Via Maqueda, 200.
Ragusa - Consultorio, Via M. Coffa, 12.
Siracusa - Consultorio, Via dei Mille.
Reggio Calabria - Consultorio, Corso Garibaldi.
Trapani - Consultorio, Via Torrearsa.

SARDEGNA

Cagliari - Centro e Consultorio, Via Roma, 73.

DALLE RIVISTE CHE RICEVIAMO IN CAMBIO

(Seguito della Rubrica da pag. 378)

L'Assistenza Fascista, marzo-giugno 1937, n. 2-3.

F. LANTINI, *La Carta del Lavoro nel suo primo decennio.*

E' uno studio che fa parte di un volume di S. E. Lantini; in esso sono documentate le costruzioni di legislazione sociale realizzate dal Fascismo secondo la Carta del Lavoro.

F. PENNAVARIA, *L'assistenza di malattia ai lavoratori del commercio, durante l'anno 1936 - A. XIV-XV E. F.*

E' il bilancio del presidente della cassa della C.N.A.A.C. in cui è riportata la proteiforme attività dell'Istituto che si chiude con un attivo morale e materiale notevole.

G. BIZZARRI, *L'Assistenza e la Previdenza Sociale nelle dichiarazioni XXVI, XXVII, XXVIII della Carta del Lavoro.*

La funzione del lavoro nobilitata dal regime in questi articoli trova il meritato riconoscimento da parte dello Stato che nella collaborazione di classi, nella previdenza e nell'assicurazione obbligatoria riesce infinitamente più nobile del vecchio concetto filantropico.

Giustizia del Lavoro (La), giugno 1937, n. 6.

N. PALOPOLI, *Legislazione del Lavoro e ordinamento Sindacale Corporativo nelle Colonie.*

Il lavoro pubblicato a puntata sulla rivista, ricorda in questa parte l'ordinamento Sindacale riconosciuto con ordinamento autonomo dal 1935, dell'unicità di Associazione per categoria e dell'inquadramento Sindacale.

Lotta Contro la Tuberculosis, marzo, 1937, n. 3.

E. ZUCHELLI, *La morbidità tubercolare negli scolari della prima classe elementare.*

Il lavoro, che in questo numero è svolto solo in parte, tratta della cartella clinico-radiolo-

gica integrale invocata sin dal 1932 dall'A. estesa a tutti i bambini della città di Alessandria, che gli ha permesso di riscontrare il complesso primario nel 7 % dei casi: non rare sono le forme di passaggio o di latenza, specie la forma adenopatica.

A. SISTI, *Toracoplastica anterolaterale elastica e interventi collussoterapici controlaterali nella t.b.c. polmonare bilaterale.*

Tale trattamento viene studiato dall'A. negli equilibri funzionali e nei risultati lusinghieri di guarigione, che raggiungerebbero il 50 %.

A. CASAZZO, *Sulla patogenesi dell'emottisi nella t.b.c. polmonare.*

Con l'apparecchio del Barbàra, preferibile alle comuni prove, ha dimostrato una speciale fragilità vasale nei t.b.c., fragilità tanto più evidente quanto più la lesione si sviluppa rapidamente.

Medicina Internazionale (La), giugno-luglio 1937, n. 6-7.

M. LOEPER e M. DE BRAJ, *Le iniezioni di pepsina nella pratica medica.*

Ricordati i lavori di Glassemmer che nel 1927 per primo propose tale trattamento, gli AA. passano ad esporre la tecnica usata da vari ricercatori che praticano l'iniezione nella mucosa della guancia e la diminuzione del colesterolo frequente nei soggetti così trattati.

L. PONTONI, *Finalità e direttive nella cura del diabete mellito classico non complicato.*

Riconosciuta l'opportunità di una sufficiente quota di carbo-idrati per i diabetici, espone il concetto di tale bilancio nella distribuzione dei carbo-idrati nei vari pasti costituendo l'insulina somministrata un'integrante della funzionalità pancreatica,

E. RUCCI, *Il pancreas nei vecchi.*

Ricordata la fisiopatologia dell'organo si sofferma sulle alterazioni del metabolismo dei carbo-idrati nei vecchi.

Medicina del Lavoro (La), agosto 1937, n. 8.

G. ZOLEZZI, *Alcuni casi di anemia in operai dell'industria del cuoio.*

L'A. riferisce tale fenomeno all'uso di mastici ricchi di benzolo che potrebbe giungere ad una anemia perniziosa aplastica.

G. ZOLEZZI, *Distribuzione del manganese negli organi nella intossicazione sperimentale.*

Nei conigli ha trovato che il manganese si accumula e lede soprattutto il fegato ed il cervello.

Medicina Nuova, luglio 1937, n. 7.

P. POZZILLI, *L'associazione dello zolfo, jodio e magnesio nella cura del reumatismo cronico.*

Propone l'associazione di questi medicinali il cui buon esito è dimostrato dai casi clinici studiati dall'A.

Metereologia Pratica, marzo-aprile 1937, n. 2.

E. ODDONE, *Considerazioni sulle temperature nell'Africa Orientale in riguardo all'acclimatazione delle piante mediterranee utili da frutto.*

Secondo formule e prontuari esposti viene definita la zona dell'A. O. I. in cui si può tentare l'acclimatazione di piante mediterranee.

G. AZZI, *Ricerche sulla fotoperiodicità per Lactuga Rafanus.*

Studia le variazioni di tali piante ed il loro sviluppo in rapporto alla lunghezza del fotoperiodo.

Milizia Sanitaria, settembre 1937, n. 16.

N. N., *Convenzione tipo per l'assistenza medico-chirurgica agli iscritti alle Casse Malattie Impiegati Aziende Industriali.*

Il testo della convenzione è preceduto da un'illustrazione delle finalità corporative dell'accordo per opera del prof. Morelli.

Il Consiglio Superiore di Sanità per la difesa della razza.

E' la cronaca della riunione svoltasi nell'agosto scorso sotto la presidenza del Sottosegretario di Stato all'Interno alla fine della quale un ordine del giorno ha auspicato una migliore coordinazione di tutte le funzioni assistenziali attuate nel Regno.

Rassegna Clinico Scientifica, agosto 1937, n. 8.

L. TORRACA, *Nevralgia del glosso-faringeo.*

E' una lezione clinica del Direttore della clinica chirurgica di Napoli che richiama l'attenzione sopra questa nevralgia poco nota e per la quale oltre la cura espone anche la tecnica chirurgica.

L. SPOLVERINI, *La profilassi e la terapia della poliomielite ant. acuta negli S. U. A.*

Nonostante i numerosi studi degli autori d'America ove questa malattia infierisce in modo notevole ogni profilassi è incerta quanto il contagio il quale mentre per alcuni sarebbe alimentare per altri sarebbe nasofaringeo; così pure l'immunizzazione passiva sembra limitata a 30 giorni; l'articolo continua.

A. BUSINCO, *Esperienza e critica sulla patogenesi della echinococcosi.*

In questa prima parte del lavoro l'A. tratta della echinococcosi secondaria polmonare e del quadro clinico che vi si accompagna.

S. BAGLIONI, *L'opera medica e scientifica di Iacopo Bartolomeo Beccari.*

La nota corredata da fac-simile rivendica l'illustre Bolognese troppo a lungo dimenticato, non solo i suoi meriti di fronte alla chimica italiana ma anche le sue capacità cliniche, che risultano dai suoi consulti medici soprattutto per i fondamenti della fisiologia alimentare.

Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini (La), luglio-agosto 1937, n. 4.

G. GOGLIA, *Indicazioni della ormono-terapia sessuale associata.*

L'A. che esamina l'associazione dei preparati ovarici e follicolari propone il suo uso

nelle sindromi da ipo-varismo e ne discute il meccanismo d'azione.

G. LOVI, *Esperienze cliniche con vitamina A per via parenterale.*

Tale vitamina è stata usata in casi di forme dispettiche gravi dei bambini nei quali erano evidenti segni carenziali vari.

P. CORNOSELLO, *Moderne vedute sulla cura del reumatismo cronico.*

Ha sperimentato in questa malattia una soluzione ad alte dosi di glicero-fosfato di sodio per endovena o intramuscolare secondo il principio Rinaldi ottenendone buoni risultati.

S. RICCIARDI, *L'anastafilotossina e le sue applicazioni pratiche contro le infezioni da stafilococco.*

Riferita la tecnica di ottenere in tal modo un'immunità attiva, l'A. passa ad esporre l'azione curativa e le applicazioni pratiche secondo le esperienze di numerosi autori.

Rivista di Patologia Femminile e Terapia, 1937, fasc. I.

E. CENTANNI, *Le energie latenti nella malattia.*

L'illustre sierologo dimostra come in molti casi la morte sia apparente e ciò vale tanto per i batteri che per il cuore e alcune coincidenze inspiegabili come quella di un caso di demenza precoce che in occasione di un ascesso fece tornar ragionevole per breve periodo un uomo che da 15 anni era pazzo.

M. FLORIS, *Panistherectomia addominale per cancro del collo dell'utero.*

Sostiene che a tale risultato si giunge non con una certa tecnica operatoria ma con la larga demolizione di tessuto attorno all'organo colpito.

R. BENIGNI, *Ricerca farmacologica sopra alcuni fitoderivati ad azione antispastica.*

L'A. da ricerche sperimentali sulla coniglia gravida con idrastis il viburnio e la hamamelis analizza l'azione che tali sostanze svolgono sull'utero e sulle varie fibre muscolari.

Rivista Italiana della Tuberculosis, luglio 1937, n. 7.

L. DE FAVERI, *L'infezione tubercolare nella zona malarica Udinese.*

E' l'ultima parte del lavoro che conclude per l'assenza di un antagonismo tra l'infezione malarica e la tubercolosi evolutiva almeno per la regione esaminata dall'A. una comparazione sui dati della nati-ortalità generale e specifica tra Comuni malarici e sani chiude lo studio.

A. RESTELLINI, *Evoluzione dell'adenopatia latero-cervicale.*

In base ad un caso clinico conclude in senso negativo che la regressione di un'adenopatia possa essere espressione del miglioramento della t.b.c. polmonare.

Rivista Sanitaria Siciliana, agosto 1937, n. 16.

FUNDARO-CHASIS, *La flora batterica associata alla tubercolosi polmonare.*

In questa prima nota sulla flora batterica del cavo orale e dell'espettorato gli AA. trattano degli argomenti che hanno attinenza con gli ospiti saprofiti o patogeni quali il biotropismo e le infezioni focali.

A. SAMMATARO, *Zoster bilaterale.*

Riferito un caso clinico che è appena il secondo descritto in Italia ed il 14° per la letteratura tutta, mette in rilievo la coincidenza nella stessa famiglia di casi di varicella.

A. CASTELLANI, *La cura adrenalina di M. Ascoli in un caso di probabile infezione doppia malarica melitense.*

Descritto il caso clinico del quale tale cura ha portato alla guarigione aggiunge considerazioni sul meccanismo d'azione aumentando tale cura la resistenza globulare al plasmodio.

D. MARGUGLIO, *Cura della sifilide nervosa.*

Rivista sintetica e critica con contributo personale di sei casi clinici usando un metodo personale basato sopra iniezioni piretogene.

E. CALANDRA, *Opera Nazionale Maternità e Infanzia e coordinamento delle Opere Assistenziali.*

Auspica la costituzione della XXIII Corporazione dell'Assistenza della Previdenza Sociale e dovrebbe occuparsi dell'Assistenza Sanitaria dal periodo pre-natale fino alla vecchiaia.

S. BIONDO, *I disturbi del ritmo cardiaco.*

In questa nota che è la 5ª pubblicata l'A. tratta della fibrillazione auricolare.

Terapia, agosto 1937, n. 218.

C. SHILLING, *Problemi nel campo della medicina tropicale in Africa.*

Tratta di questioni pratiche in riguardo alla profilassi ed alla cura della malaria, della malattia del sonno, della stomatite aftosa epidemica e della tubercolosi, nell'ambiente tropicale ove l'A. è vissuto a lungo.

V. FORMENTANO, *Opoterapia renotiroidea associata nelle cirrosi epatiche e nefropatie croniche.*

Dopo aver sperimentato 10 casi l'A. conclude che renotimina associata col rene secco provoca sempre una poliuria e un aumento del p. sp. con diminuzione o scomparsa dell'albmina e degli edemi.

Tubercolosi, luglio 1937, n. 7.

M. MAZZETTI, *Equilibrio glicemico nella t.b.c. polmonare cronica.*

Dall'esame di 60 malati di cui diversi con pneumotorace in atto conferma i precedenti risultati come cioè le variazioni glicemiche siano rare e di nessun valore diagnostico e prognostico, lo stesso sull'andamento del pneumotorace.

Zacchia, gennaio-marzo 1937.

G. FERRANDO, *Contrasti tra ostetricia e sentimento religioso.*

E' una nota deontologica in cui ricordato il divieto fatto dalla chiesa cattolica anche per

l'aborto indiretto l'A. propone che il curante debba lasciar alla madre e alla famiglia una decisione.

SCHILLING-SIENGAEWICS, *La permeabilità ai raggi infrarossi della carbossi-emoglobina.*

Tale metodo è stato applicato dagli AA. nella tossicologia forense e si è dimostrato superiore a quello della spettroscopia della ricerca chimica anche perchè è sufficiente una minima quantità di sangue.

A. CAZZANIGA, *Sul peso specifico dei polmoni nell'annegamento.*

Con ricerche sperimentali trova che negli animali annegati con sommersione totale e definitiva il p. sp. del polmone è maggiore in confronto dei controlli annegati con sommersione discontinua nella quale secondo l'A. è quasi costante una espansione enfisematica.

F. DOMENICI, *Cianuro di potassio, glucosio, cianidrina.*

Da esperienze sul cane e sul coniglio l'A. conclude che la somministrazione di glucosio ha un'azione preventiva e protettiva rispetto al cianuro di potassio se questo non è molto; l'insulina non riesce a salvare ma solo a prolungare l'avvelenato.

I. ROMANELLI, *L'insegnamento della medicina delle Assicurazioni Vita.*

Ricordate che questa branca ha finalità proprie e speciali metodi di visita propugna l'insegnamento post universitario di questa specialità. (Vedi recensione nel n. 4 c. a., pagina 313).

G. GUARESCHI, *L'incuria dell'infortunato nel nuovo regime assicurativo.*

Ritiene che bisogna essere molto cauti prima di qualificare incuria la negligenza dell'operaio tenendo conto dei motivi di ignoranza e di pregiudizio.

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

(470) 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 I-XX
Dalle Riviste che riceviamo in cambio. (Seguito) . . . XXI-XXIV</p> <p>2. Consigli agli assicurati:
a) Dott. S. FIANDACA, I vestiti dal punto di vista igienico 322
b) Dott. M. BIASIOTTI, Le vaccinazioni in medicina preventiva 326</p> <p>3. Notiziario 334</p> <p>4. Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita:
a) Dott. S. FIANDACA, Il valore delle frazioni colesterinemiche nella prognosi degli ipertesi e dei diabetici . . . 337
b) Dott. A. DI LILLO, Ulcera gastro-duodenale ed intossicazione cronica da piombo in Assicurazione Vita . . . 343
c) Dott. G. RESTIVO, Considerazioni sul problema della conservazione delle urine . . . 352
d) Dott. G. RESTIVO, Proposta di modifica alla tecnica dell'azotemia col metodo di Ambard 355</p> <p>5. Medicina legale delle Assicurazioni Vita:
a) Prof. Dott. I. ROMANELLI (Comunicazioni al VII Congresso di Medicina Legale, e delle Assicurazioni):
I. - Il giudizio prognostico nella Medicina delle A. vita 357
II. - Per la sanità della stirpe 360</p> | <p>b) Dott. C. CONFORTO, Il diabete in assicurazione vita dal punto di vista medico-legale 363</p> <p>6. Indagini di statistica medica:
a) Alcuni dati di statistica medica 366
b) Dott. E. MONTEVERDE, L'esame dei sinistri di morte per malattie dell'apparato respiratorio presso l'I.N.A. . . 367</p> <p>7. Dalle riviste che riceviamo in cambio 376</p> <p>8. La pagina per il medico fiduciario:
Dott. T. CICU, I riflessi profondi 379</p> <p>9. Varie:
a) Dott. A. STARNA, Costituzionalismo e medicina preventiva 381
b) Dott. F. MANOZZI, Uno sguardo alle malattie della Somalia Italiana 387
c) Prof. BASILIADIS, L'andamento della mortalità e della morbidità in Grecia . . . 391
d) Id. Le malattie epidemiche in Grecia durante il 1937 393</p> <p>10. Dai Libri e dai Periodici . . . 394</p> <p>11. Pubblicazioni ricevute . . . 398</p> <p>12. Nuptialia 400</p> <p>13. Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari 400</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**I VESTITI DAL PUNTO DI VISTA IGIENICO**

Dott. S. FIANDACA.

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

La stagione, che attraversiamo — autunno — caratterizzata appunto dall'incostanza del clima e pertanto dalle conseguenti difficoltà inerenti all'adattamento del vestiario ci inducono ad attrarre l'attenzione dei nostri assicurati su alcune considerazioni di ordine igienico sui vestiti.

I vestiti servono all'uomo per proteggere il suo corpo dall'influenza della temperatura esterna: essi sostituiscono artificialmente ciò che gli animali posseggono naturalmente e cioè le piume e le pellicce.

Invero anche l'uomo possiede il suo vestito naturale, cioè la pelle, ma esso è così leggero e così insufficiente allo scopo, da costringere l'uomo civile a ricorrere... ai ripari.

Ad onor del vero non solo per salvaguardare il corpo dall'influenza della temperatura esterna, ma anche per altre ragioni l'uomo si veste; morali, estetiche, ecc., le quali hanno assunto tale importanza da far dimenticare qualche volta il vero motivo dell'utilità del vestiario. Non è infatti raro il caso nel quale l'utilità di un vestito bene adatto a costituire un riparo dal freddo, venga sostituito dal piacere di indossarne un altro rispondente o meno agli ultimi requisiti della moda. Pertanto chiediamo venia al gentil sesso !

A parte questa breve parentesi ed in perfetto accordo che il vestito serva al-

l'uomo principalmente per difendersi dalle variazioni della temperatura esterna, analizziamo la sua funzione.

Il corpo umano con le sue combustioni produce del calore; tale calore non deve diffondersi nell'ambiente esterno, ma deve essere mantenuto intorno al corpo in modo pressochè costante. Ciò per evitare un aumento dannoso delle combustioni fisiologiche e per non esporre il corpo a repentini cambiamenti di temperatura, ai quali il meccanismo regolatore del calore dell'organismo umano non potrebbe rispondere in misura proporzionale. Tra il corpo quindi e l'ambiente esterno deve essere interposta una sostanza capace di ridurre quanto più è possibile la dispersione del calore, una sostanza cioè coibente. A questo scopo risponde il vestito; esso per sè stesso e per l'aria che mantiene imbriagliata nelle sue maglie e negli spazi formati con la pelle e con gli altri abituali indumenti posti al disopra o al di sotto di esso funziona da ottimo coibente impedendo la dispersione del calore e mantenendo intorno al corpo una temperatura pressochè costante.

Una funzione molto importante, sempre diretta ad evitare la diffusione del calore all'esterno, ha il vestito nei riguardi della sudorazione. E' noto infatti come il sudore sia uno dei coefficienti più importanti messo in atto dall'organismo per la regolazione del calore. Le ghian-

dole sudorifere sparse in tutta la superficie del corpo rappresentano come una valvola di sicurezza di una grande caldaia che è il corpo umano; esse entrano in funzione ogni volta che l'organismo si sottopone a fatiche superiori alla norma o quando la temperatura esterna aumenta, così ad es. nella stagione estiva. Il sudore alla superficie del corpo evapora, l'evaporazione provoca raffreddamento e pertanto sottrazione di calore. Ove il corpo non fosse ricoperto l'evaporazione avverrebbe con maggiore rapidità provocando un raffreddamento improvviso assai nocivo all'organismo. Il vestito invece evitando il contatto della cute con l'esterno ed asciugando il sudore man mano che si forma; protegge il corpo dagli effetti nocivi derivanti da un rapido raffreddamento.

L'importanza di tali dannosi effetti è a tutti nota; basterà ricordare quale potente fattore predisponente per le malattie acute dell'apparato respiratorio sia il raffreddamento improvviso.

Il vestito non serve per proteggere solo il corpo dal raffreddamento, bensì anche dal soprariscaldamento. In altri termini esso non è solo utile quando l'ambiente è molto freddo, ma anche quando questo è molto caldo; è utile nella stagione invernale così come nella stagione estiva. Infatti lo strato coibente che esso forma intorno al corpo serve egualmente a mantenere una certa costanza della temperatura sia quando l'ambiente esterno è freddo sia quando questo è caldo.

In questo secondo caso il vestito tende ad impedire che l'ambiente ceda del calore al corpo così come nel primo caso tende ad evitare il fenomeno inverso. Si intende che la necessità del vestito, quando l'ambiente è caldo è ben diversa che nel caso opposto; in ogni caso essa però è ugualmente giustificata.

Solo in determinate circostanze l'eli-

minazione del vestito, o meglio la riduzione di esso al minimo richiesto dal senso di pudore, può essere giustificata, e precisamente quando l'organismo reagisce attivamente alle condizioni di ambiente con esercizi muscolari di una certa entità. In tal caso, sempre che l'esercizio sia praticato con criteri di gradualità, si possono affrontare senza pericolo le condizioni di ambiente, ricavandone anzi dei notevoli vantaggi, quali ad es. l'irrobustimento fisico del corpo e l'aumento della resistenza alle eventuali condizioni sfavorevoli di clima.

L'uomo per il suo vestiario si serve di prodotti del regno vegetale ed animale. La lana, la seta, le pelli sono infatti prodotti ricavati dagli animali mentre il cotone, il lino, la canapa sono ricavati dai vegetali.

Ogni tipo di tessuto, per le sue proprietà fisiche che lo differenziano, ha applicazioni diverse in rapporto ai vari climi ed alle varie stagioni.

Prescindendo dalle pelli, tessuti gommati ecc. che hanno impieghi speciali consideriamo le proprietà fisiche principali che distinguono i tessuti di lana da quelli di cotone, di lino, di canapa, di seta, ecc.

Come si è detto il potere coibente, e perciò la funzione protettiva dei vestiti, è in gran parte legato all'aria contenuta nelle maglie della stoffa; pertanto i vari vestiti agiscono diversamente secondo la tessitura e lo spessore, in quanto le stoffe più finemente tessute e relativamente meno spesse contenendo imbrigliata una maggiore quantità di aria esercitano una funzione protettiva maggiore.

Per le proprietà particolari delle fibre tessili, la lana è il tessuto che meglio si presta a dare stoffe ricche di aria senza eccessivo aumento dello spessore e quindi del peso, mentre il cotone, la seta, la canapa ecc. forniscono dei tessuti a più

larga maglia e pertanto meno ricchi di aria.

Altre proprietà che distinguono i vari tessuti sono il calore specifico e la conducibilità termica. Per calore specifico nel caso in esame si intende la quantità di calore che è capace di assorbire il tessuto, per conducibilità termica la facilità o meno con la quale il tessuto cede il calore.

Infatti quando un tessuto viene messo a contatto con il nostro corpo, esso assorbe tanto calore, in ragione del suo calore specifico, in modo da acquistare una temperatura pressochè eguale a quella del corpo. Si costituisce pertanto nel tessuto una riserva di calore, che mentre da una parte viene continuamente alimentata per cessione di calore dalla pelle, dall'altra viene ceduta, in ragione della conducibilità termica del tessuto, all'ambiente esterno.

La lana è il tessuto che ha rispettivamente agli altri la proprietà di immagazzinare una maggiore quantità di calore e di cederlo con maggiore difficoltà. La seta possiede tali proprietà in misura minore; il cotone, il lino e la canapa in misura rispettivamente sempre minore.

Ne consegue da quanto è stato sommariamente esposto che la lana è il tessuto più indicato per i climi rigidi e per le stagioni invernali; mentre gli altri tessuti sono particolarmente adatti per i climi più caldi e per le stagioni estive. Il cotone, il lino e la canapa sono poi tessuti da preferire per i climi delle regioni tropicali o subtropicali, per quanto in queste regioni le variazioni notevoli nictemerali della temperatura consigliano l'uso differente dei vari tipi di tessuti nella notte e nel giorno (lana nel primo caso, cotone, lino o canapa nel secondo caso).

Un'altra proprietà da tenere bene in considerazione è il comportamento dei vari tessuti rispetto all'umidità ed al-

l'acqua. I tessuti di lana sono rispettivamente agli altri più igroscopici, assorbono cioè in maggior proporzione il vapore acqueo; essi si bagnano con maggior difficoltà e cedono per evaporazione l'acqua assorbita con maggior lentezza.

Tutte queste proprietà fanno sì che il tessuto di lana, nei confronti con gli altri, è il più adatto per preservare il corpo dall'evaporazione tumultuosa del sudore e per ritardare, in caso di pioggia l'arrivo dell'acqua fino alla pelle. Infatti nel primo caso il sudore viene dalla lana, più facilmente e man mano che si forma, assorbito e viene viceversa ceduto all'ambiente esterno con lentezza evitando così il raffreddamento improvviso del corpo dovuto alla sua evaporazione rapida, nel secondo, poichè il tessuto di lana si bagna con maggiore difficoltà, evita che l'acqua proveniente dall'ambiente esterno raggiunga rapidamente la pelle.

Queste peculiarità che nettamente distinguono la lana dagli altri tessuti confermano ancora come l'uso dei tessuti di lana sia particolarmente consigliabile nelle stagioni invernali e nei climi freddi in quanto è specialmente in questa circostanza che il corpo, a causa delle basse temperature esterne, deve essere maggiormente preservato dal raffreddamento improvviso.

E' opportuno ricordare però che l'uso di una maglia sottile trova indicazione utile anche in estate e nei climi caldi, in quanto esso evita i danni della evaporazione rapida del sudore tanto frequente ed abbondante nelle circostanze indicate.

Indipendentemente dal tipo di tessuto grande importanza ha il colore del vestito nell'assorbimento del calore irradiato. Il bianco ed i colori chiari sono i meno attivi, il verde ed il rosso lo sono di più, il nero in massimo grado. Pertanto nelle stagioni estive e nei climi caldi è con-

sigliabile l'uso di vestiti a colori chiari, mentre nelle stagioni invernali e nei climi freddi sono da preferire i vestiti scuri.

Oltre alle accennate influenze stagionali e climatiche sul modo di vestire bisogna considerare l'influenza esercitata dalla età e dalla costituzione fisica del soggetto.

Nei riguardi dell'età le maggiori attenzioni debbono essere rivolte ai bambini ed ai vecchi. Queste due categorie di individui hanno maggiormente bisogno di ricoprirsi, specialmente per ripararsi dal freddo. I bambini infatti così come i vecchi hanno poteri di difesa minori e quindi sono più esposti ai danni delle temperature rigide ed a quelle maggiori derivanti dalle variazioni improvvise di clima.

Riteniamo adesso opportuno accennare brevemente al modo di vestirsi, premettendo però a tale proposito che i consigli igienici non sempre possono trovare raffronto nelle regole dettate dalla moda.

I vestiti debbono rispondere allo scopo di riparare il corpo dall'ambiente esterno, permettendo a questo la massima libertà di movimento. Quindi essi debbono essere sufficientemente ampi e modellati in modo da non impedire alcun movimento.

Particolare attenzione deve essere rivolta ai panni che sono posti a diretto contatto con la cute; questi debbono possedere al massimo grado il requisito della pulizia e, poichè viceversa sono quelli

che più facilmente si sporcano, debbono poter essere cambiabili e costituiti da tessuti facilmente lavabili. Devono essere evitati quegli indumenti che stringono il corpo, impedendo oltre che i movimenti, anche la regolare circolazione sanguigna. Così ad es. le giarrettiere strette rendono più difficile la circolazione reflua del sangue favorendo lo stabilirsi delle varici o di edemi agli arti inferiori; le cinture serrate fortemente alla vita limitano la mobilità della cassa toracica, turbando conseguentemente il normale ritmo degli atti respiratori, possono provocare delle malformazioni a carico dell'ultima porzione della gabbia toracica,, favoriscono la ptosi degli organi addominali (stomaco, fegato, milza) e non infrequentemente sono causa di disturbi della digestione.

Il colletto troppo stretto può provocare con l'attrito sulla pelle del collo la formazione di furuncoli, che appunto in tale regione possono qualche volta assumere aspetti di particolare gravità. Tanti altri esempi potrebbero a tale riguardo essere esercitati.

E' motivo di compiacimento il fatto che la moda, specie nei riguardi del sesso gentile, negli ultimi tempi si è sempre più avvicinata all'igiene; ricordiamo infatti come l'uso del tanto deprecato busto sia quasi totalmente scomparso, e come l'uso delle giarrettiere al di sopra dei ginocchi vada facendosi sempre più raro. Sono questi due esempi che costituiscono già un autentico progresso nel campo dell'igiene del vestire.

Le vaccinazioni in medicina preventiva

Dott. MARCELLO BIASIOTTI.

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

L'impiego della vaccinazione in medicina preventiva, quale mezzo di difesa contro le più diffuse malattie infettive epidemiche, rimonta ad epoche assai remote.

Già gli antichi greci, nel 429 A. C. durante un epidemia di peste scoppiata ad Atene, avevano osservato che i guariti raramente si ammalavano una seconda volta e se per caso cadevano nuovamente ammalati di peste questa presentava un decorso particolarmente benigno.

Molti secoli più tardi da questo primo concetto di immunità acquisita contro le malattie infettive, nasceva l'idea di procurarsi artificialmente ed in forma mite una data malattia infettiva, per evitare il pericolo di essere gravemente colpiti dalla malattia stessa.

Ai Cinesi od agli Indiani secondo alcuni, agli Arabi secondo altri, spetta, probabilmente, il merito di avere iniziato la pratica della « Vaiuolizzazione », allo scopo di immunizzare l'organismo umano contro il vaiuolo inoculando ai soggetti sani il pus delle pustole di malati di vaiuolo mite.

Essendo il vaiuolo una malattia infettiva originaria dell'Asia i popoli arabi, come quelli indiani e cinesi, venivano sovente colpiti da gravissime epidemie di vaiuolo che producevano delle vere stragi, ed avevano perciò cercato un mezzo capace di arrestare la diffusione di questo tremendo flagello. E fu appunto in base all'osservazione che gli individui sopravvissuti all'infezione vaiuolosa, difficilmente si reinfettavano allo scoppiare di nuove epidemie, e che, ac-

canto ai casi gravi e letali, ve ne erano altri a decorso molto mite, che si pensò di produrre artificialmente un vaiuolo lieve per prevenire l'insorgenza di forme gravi e spesso letali.

Questo sistema di immunizzazione, detto « Vaiuolizzazione », consisteva nell'innestare, sopra scarificazioni cutanee, del virus vaiuoloso attenuato, che i vaiuolizzatori si procuravano raccogliendo le croste di casi lievi di vaiuolo, oppure nell'inoculare con un ago di argento il pus prelevato dalle pustole di un malato di vaiuolo ad andamento benigno.

Il virus così inoculato, sia perchè proveniente da casi lievi, sia perchè attenuato per effetto del disseccamento subito dalle croste, riproduceva di solito una malattia lieve e localizzata al punto di innesto, dopo di che la persona diveniva immune.

La pratica della vaiuolizzazione giunse sino in Turchia verso il 1500 introdotta da viaggiatori che ne avevano osservata l'applicazione in Asia minore. Ma solo due secoli dopo e cioè nel 1717 Lady Worthley Montague, moglie dell'ambasciatore inglese a Costantinopoli, venuta a conoscenza di questa inoculazione per mezzo di alcune donne circasse, rimase così convinta della sua efficacia che fece praticare l'innesto del vaiuolo al suo unico figliuolo di 6 anni e, qualche anno più tardi, tornata in patria iniziò una campagna in favore della vaiuolizzazione.

Il vaiuolo era stato probabilmente introdotto in Europa nel IX secolo dalle scorrerie dei pirati Saraceni sulle coste

spagnole; colle crociate questa tremenda malattia si era diffusa in tutta l'Europa producendo ovunque stragi spaventose. Oltre che per la sua straordinaria diffusione il vaiuolo era molto temuto perchè poneva i malati di fronte alla inesorabile alternativa di due eventualità egualmente terrificanti: la morte o l'irreparabile deturpazione del volto.

E' facile quindi immaginare con quale rapidità la vaiuolizzazione si diffondeva in Europa.

Nel 1722 venne ufficialmente eseguita in Inghilterra la prima inoculazione di vaiuolo su alcuni condannati a morte che contrassero l'infezione, ma guarirono tutti ed ebbero salva la vita. Nel 1723 la vaiuolizzazione fu accolta tra i pubblici servizi inglesi e cominciò a venire praticata anche in altre nazioni; in Italia fu subito introdotta e diffusa specialmente per merito del Sacco.

Ma questa inoculazione del virus vaiuoloso in natura era tutt'altro che innocua; infatti il virus era qualche volta troppo debole e quindi insufficiente a conferire l'immunità, altre volte invece era troppo attivo e produceva la morte del soggetto inoculato.

Inoltre la vaiuolizzazione non era altro che un sistema di trapianti in serie che favoriva la conservazione del virus conferendo ad ogni vaiuolizzato la capacità di diffondere l'infezione. Inoltre, venendo la vaiuolizzazione effettuata mediante l'innesto di materiale ricavato dalle pustole di soggetti vaiuolosi, questa pratica presentava il grave pericolo di una possibile diffusione di altre malattie infettive (sifilide e tubercolosi).

Sorsero quindi da un lato leghe di antiinoculisti che propugnavano l'abolizione della vaiuolizzazione per i gravi danni che essa arrecava all'umanità e dall'altro grandi patrocinatori della bontà del metodo, fra i quali vanno ricordati, il Voltaire ed il nostro Parini che scrisse

un entusiastica Ode su « l'innesto del vaiuolo ».

Mentre per decenni si protraeva la lotta tra i fautori e gli avversari del metodo, il medico inglese Jenner venuto a conoscenza di una credenza popolare secondo la quale i mandriani, che mungendo le vacche affette da una eruzione pustolosa delle mammelle, avevano contratto una certa eruzione pustolosa alle mani si ritenevano immuni dal contagio del vaiuolo, poté dopo accurati studi dimostrare che questi mandriani, accidentalmente contagiatisi di vaccino naturale (cow pox), erano realmente refrattari al vaiuolo e alla vaiuolizzazione. Lo Jenner pensò allora di sostituire la vaiuolizzazione colla vaccinazione, intuendo che questa pratica era scevra dei sopracitati pericoli inerenti all'innesto del virus vaiuoloso.

Nel 1796 Jenner praticava con esito trionfale la prima vaccinazione e, da questo primo innesto, il nostro Monteverde traeva l'ispirazione per il marmoreo gruppo che si trova a Genova e che appunto riproduce Jenner nell'atto di vaccinare il suo bambino tenuto in grembo.

In brevissimo tempo la vaccinazione antivaiuolosa fu adottata da tutto il mondo civile: solo l'Etiopia si mantenne fedele ancora per un secolo alla vaiuolizzazione e solo all'inizio del secolo Xx grazie alla saggia opera di persuasione svolta da due medici militari italiani, anche in Etiopia fu resa obbligatoria la vaccinazione antivaiuolosa.

* * *

Ancora per molti decenni la vaccinazione rimase limitata al vaiuolo.

Solo nel 1878 Luigi Pasteur studiando il colera dei polli osservava per caso che un animale, iniettato con una coltura vecchia e guarito dopo una leggera malattia, se iniettato una seconda volta con

una coltura in piena virulenza riusciva a sopportare senza alcun danno la inoculazione stessa. Il Pasteur comprese immediatamente l'enorme importanza della sua casuale scoperta, ed iniziò la vaccinazione del bestiame contro il carbonchio, e nel 1855 eseguì la prima vaccinazione antirabica col vaccino preparato essicando il midollo spinale di conigli inoculati col virus dell'idrofobia.

* * *

Si apriva così la possibilità di preparare vaccini contro le varie malattie infettive servendosi di colture di germi produttori delle malattie stesse, attenuati od uccisi con vari mezzi fisici e chimici, ed alla vaccinazione antivaiuolosa di Jenner ed a quella anticarbonchiosa ed antirabica di Pasteur seguirono in pochi anni la vaccinazione antitifica ed anticolerica di Pfeiffer, quella antipestosa di Lustig e Galeotti ecc.

Ora quali sono le basi scientifiche della vaccinazione contro le malattie infettive e quale è il valore delle vaccinazioni in medicina preventiva?

I microbi patogeni, cioè produttori delle malattie infettive sottopongono ininterrottamente ad un vero e proprio assedio l'organismo sano, tentando con ripetuti assalti di forzare le naturali difese, penetrare nell'interno dell'organismo ed esplicare su di esso la loro azione nociva sia per mezzo di una straordinaria moltiplicazione che per mezzo di prodotti di secrezione detti « tossine » appunto per la loro grande veneficità.

D'altra parte l'organismo possiede un mirabile complesso difensivo destinato ad impedire l'entrata dei germi patogeni, a distruggere quelli che siano riusciti a penetrare nel suo interno ed a neutralizzare le tossine microbiche.

Dunque anche nelle normali condizioni di salute l'organismo deve sostenere

una continua lotta contro un aggressore costituito dai microbi patogeni. Per questa lotta l'organismo dispone di due ordini di mezzi difensivi: le cellule e gli umori: questi difensori dell'organismo sono sempre presenti ed attivi anche nelle normali condizioni di salute e si trovano sia in circolo che in appositi centri di riserva dove stanno pronti ad essere mobilitati per accorrere e dar battaglia all'aggressore nel caso che questo abbia a sferrare attacchi particolarmente violenti. La difesa cellulare è costituita da cellule bianche, dette fagociti, perché hanno la proprietà di catturare i microbi, inglobarli e digerirli grazie a speciali fermenti digestivi intracelulari. La difesa umorale invece è costituita da speciali sostanze antimicrobiche (opsonine, ecc.) che sono presenti normalmente sul siero sanguigno e che pur non uccidendo direttamente i germi li rendono più facilmente vulnerabili e quindi fagocitabili dai globuli bianchi.

Di fronte a questa duplice difesa i batteri mettono in opera i loro potenti mezzi di offesa costituiti dalle tossine che esplicano la loro azione nociva sia sui leucociti paralizzandone l'attività fagocitaria od uccidendoli con sostanze particolarmente velenose (leucocidine), che sui centri produttori delle difese umorali paralizzandoli.

Orbene, preciso scopo della vaccino-profilassi, cioè della vaccinazione preventiva, è appunto quello di porre l'organismo in condizioni di poter resistere vittoriosamente ad ogni aggressione batterica per quanto improvvisa e violenta essa possa essere.

In medicina preventiva quindi la vaccinazione rappresenta un metodo di prevenzione delle malattie infettive basato sulla esaltazione dei naturali poteri di difesa dell'organismo, ottenuta somministrando durante lo stato di salute un determinato vaccino, costituito da una

emulsione di germi produttori della malattia che si vuol prevenire attenuati od uccisi ma sempre capaci di stimolare la produzione e l'attività delle difese umorali e cellulari dell'organismo.

Il vaccino, infatti non è altro che una sostanza eterogenea, detta « antigene », che stimola l'organismo nel quale è stata iniettata alla produzione di sostanze difensive antagoniste dette « anticorpi »; questi anticorpi a loro volta vanno ad organizzare la difesa dei punti deboli o di quelli che potranno essere maggiormente colpiti dagli attacchi dei germi. Gli anticorpi quindi stimolano la difesa cellulare rendendo i fagociti più resistenti ai veleni batterici e più pronti ad accorrere in grande numero e in piena efficienza sull'eventuale campo di battaglia; stimolano le difese umorali facilitando ed incrementando la produzione delle varie sostanze antibatteriche (opsonine, antitossine ecc.) che sono capaci di rendere più vulnerabili i germi patogeni. Naturalmente ogni vaccino determina la produzione di anticorpi specifici, cioè corrispondenti alla natura del germe che è stato impiegato per la preparazione del vaccino: così il vaccino antipestoso sarà un efficace mezzo di prevenzione solo contro la peste, il vaccino antivaiuoloso sarà in grado di prevenire solo il vaiuolo e così via.

Tra i vaccini più importanti ricordo il vaccino anticolerico che entro 15 giorni conferisce una immunità che dura circa un anno, il vaccino antipestoso che dopo 7 giorni conferisce una immunità della durata di 3-12 mesi; il vaccino antivaiuoloso che a differenza degli altri vaccini viene inoculato mediante piccole graffiature epidermiche praticate con il vaccinostile, e conferisce una immunità di durata variabile da qualche mese a qualche anno (se vi è pericolo di epidemia è sempre bene rivaccinare).

Ricordo ancora la vaccinazione pre-

ventiva antitiflica; l'anatossivaccino antidifterico od anatossina difterica di Ramon che conferisce in circa 3 settimane una immunità attiva di lunga durata contro la ditterite; il vaccino antidissenterico polivalente che in due-tre settimane conferisce una immunità della durata di circa 6 mesi contro la dissenteria bacillare; il vaccino antinfluenzale che immunizza per circa sei mesi contro le complicazioni broncopolmonari dell'influenza (questa vaccinazione è particolarmente raccomandabile in caso di epidemie influenzali); il vaccino antimeningococcico che immunizza contro la meningite cerebrospinale epidemica e che si usa con successo nelle comunità (collegi, caserme, ecc.) in cui sia scoppiata in forma epidemica questa terribile malattia infettiva.

La durata delle immunità, cioè della refrattarietà a contagiarsi di una malattia infettiva, varia da caso a caso pur essendo talora abbastanza lunga e potendo durare anche per tutta la vita.

E' quindi bene tener presente come regola generale che l'immunità acquisita colla vaccinazione non è definitiva e quindi sono opportune delle periodiche rivaccinazioni; queste rivaccinazioni divengono assolutamente necessarie in caso di epidemie o di persone continuamente esposte al contagio (personale di assistenza in reparti di malattie infettive molto contagiose, ecc.).

I vaccini si chiamano monovalenti se contengono in sospensione una sola quantità di germi, polivalenti se contengono due o più varietà di germi della stessa specie batterica ed infine misti se contengono batteri di specie diversa mescolati insieme; ad esempio i vaccini microbici preventivi misti immunizzanti di Castellani sono preparati in modo da contenere insieme bacilli della peste, del colera, del tifo, paratifo ecc. e servono mirabilmente per conferire con una

sola iniezione una buona immunità contro queste infezioni.

Il nostro Castellani fin dal 1905 ha preparato ed applicato sull'uomo i vaccini microbici preventivi misti immunizzanti. Egli con una serie di interessanti esperienze aveva dimostrato che gli animali da esperimento inoculati con due diverse specie di germi acquistano una immunità verso entrambe le specie batteriche inoculate.

Durante la grande guerra i vaccini microbici preventivi misti immunizzanti di Castellani furono usati largamente dagli eserciti belligeranti con brillanti risultati, allo scopo di ottenere con una sola iniezione la immunizzazione preventiva contro diverse malattie infettive.

Con i vaccini microbici misti preventivi immunizzanti il Castellani è riuscito ad ottenere negli individui sani una elevata e duratura immunità verso le più comuni malattie infettive.

Mi limiterò a rammentare il vaccino misto pentavalente Castellani che iniettato a dosi crescenti con sole tre iniezioni è in grado di conferire una immunità della durata di un anno contro il tifo ed paratifo, e della durata di circa 4 mesi contro il colera e la peste.

Il valore del metodo di vaccinazione proposto dal Castellani ha trovato una brillante conferma nella sua recente applicazione su larga scala per le truppe conquistatrici dell'Impero Italiano; applicazione che permise di conferire in breve tempo ad un enorme massa di uomini una efficace immunità contro le più comuni e pericolose malattie infettive.

La vaccinazione microbica preventiva mista immunizzante di Castellani ha pertanto realizzato un immenso progresso scientifico e pratico nel campo della prevenzione delle malattie infettive e rappresenta una vera grande conquista italiana nel campo dell'immunizzazione attiva e della medicina preventiva.

RASSEGNA DI ARTICOLI D'IGIENE

Gesundheitsdienst, Ludwigshafen sul Reno, agosto 1937.

Dott. MEINER, *Come debbono vivere i malati dell'apparato circolatorio.*

Vengono dati dei consigli igienici, specie nei riguardi della dieta e della moderata ginnastica fisica, da praticare sotto la sorveglianza del medico.

Sii padrone del tempo.

Occorre ben dividere il tempo della giornata, perchè oltre al lavoro ci si possa dedicare agli svaghi sani, che ricreano il corpo e lo spirito.

Dott. DORNEDDEN, *Sulla genesi delle malattie.*

L'A. descrive in modo molto succinto la maniera d'insorgere delle svariate malattie: infezioni, avvelenamento, malattie di carenza, malattie del ricambio, ecc.

Dott. LUDORFF, *Le passeggiate in agosto.*

Si consiglia di essere prudenti nelle marce durante i mesi estivi specie quando il calore è esagerato, perchè facili sono i colpi di calore e i colpi di sole.

Come evitare il catarro intestinale in estate?

Sebbene allettati dalla grande quantità e varietà di frutti bisogna non commettere errori dietetici. E' sempre prudente anche in questa stagione tenere la pancera di lana.

Viva Cien Años, N. 10, Buenos Aires, luglio 1937.

Dott. J. R. PEREZ, *La infermità per « Denaro ».*

In tale articolo l'A. parla delle infermità simulate ai danni delle Compagnie di Assicurazione. Non sempre si tratta di semplici simulatori; molto più spesso ci si trova in presenza di soggetti nevropatici, ai quali la spe-

ranza del premio fa insorgere dei veri disturbi funzionali, l'A. ricorda anche le psicosi di guerra che per il meccanismo con cui si producono sono molti simili. Il rimedio suggerito è quello di diminuire molto, se non togliere del tutto, in questi casi, l'indennizzo.

Prof. Dott. A. AUSTREGESILLO, *Lavoro e riposo.*

Il lavoro deve sempre essere seguito dal riposo, nella giusta alternativa di lavoro e di riposo stà l'equilibrio perfetto.

Il lavoro prodotto da un corpo o da una mente stanca è poco redditizio. Mentre un individuo che abbia goduto del giusto riposo, lavora con entusiasmo, con alacrità, ed il frutto del suo lavoro è molto maggiore.

Dott. O. RUEDA, *Piedi umidi... piedi freddi.*

I piedi rappresentano la parte del corpo situata nelle condizioni più vantaggiose, per la lontananza del centro circolatorio, e per dover sopportare il peso di tutto il corpo; ciò bisogna aver cura di non aggiungere altri svantaggi, quali possono essere le scarpe inadatte, o tenerli umidi, l'A. consiglia quindi di tenere i piedi sempre caldi e ben asciutti.

Dott. E. R. CASAL, *Un viaggio attraverso l'esofago.*

L'A. in tale articolo spiega con parole chiare ed alla portata dei profani della medicina, la costituzione ed il funzionamento dell'apparato digerente.

Dott. A. RIVERA, *Freddo che cura.*

Numerosissime sono le applicazioni del freddo nella terapia, dalla testa ai piedi si può dire che non ci sia stato infiammatorio che non si giovi delle applicazioni di ghiaccio. Oltre a ciò bisogna tener conto dell'azione anestetica del freddo, il cloruro d'etile, deve appunto la sua azione anestetica al raffreddamento che è capace di provocare, altro campo di applicazioni è quello delle piccole imperfezioni della pelle; comedoni, porri ecc. vengono curati col friocauterio.

Dott. L. C. PERRUSI, *Vi riesce impossibile ingrassare?*

La magrezza costituzionale, è uno stato di magrezza persistente, che si manifesta in alcune persone. Le cause che mantengono tale stato sono di varia origine, insufficienza degli organi digestivi, disfunzione di ghiandole a secrezione interna, cause professionali, regime di vita, temperamento nervoso. Per una buona cura si deve prima riconoscere la causa, e

dopo aver dettate appropriate regole di vita, correggere il fattore costituzionale.

Prof. Dott. A. BUZZO, *Veleni dell'aria.*

L'ossido di carbonio può essere pericoloso non solo nelle abitazioni ma anche nella strada, nei garages e nell'interno dei veicoli, sviluppandosi in gran quantità dai motori che usano la nafta come carburante. I disturbi, che vanno dal semplice dolore di testa fino alla morte per asfissia, insorgono nel modo più subdolo. E quindi necessario stare in guardia.

Dott. C. L. ETCHEVARNE, *Curiose affezioni delle unghie.*

L'A. descrive la costituzione anatomica delle unghie, ed enumera le varie affezioni che possono colpirle, dà i consigli per curarle, o meglio ancora per prevenirle.

Dott. A. GUZMAN, *L'istinto della masticazione.*

Descrizione della masticazione, funzione riservata ai denti molari, poichè gli incisivi servono soltanto a mordere; per ottenere tutti i vantaggi da una buona masticazione è necessario che dopo il loro sviluppo i denti siano esercitati adeguatamente; una buona masticazione è necessaria per mantenere sani i denti e per una regolare digestione.

Dott. M. CASTILLO, *L'influenza della moda femminile sul reumatismo.*

La viziosa posizione del piede per effetto del tacco troppo alto produce la rottura dell'equilibrio durante la stazione retta, e predispone all'artrite deformante; oltre a ciò bisogna notare che le scarpe usate dalle donne lasciano il piede esposto quasi completamente al freddo ed all'umidità; anche l'usanza delle ampie scollature che lasciano nuda o mal coperta molta parte del corpo è un fattore predisponente al reumatismo.

Dott. O. SCHULZ, *Polvere! Un pericolo costante.*

L'aria di una grande città dopo otto giorni che non piove, contiene 23 milligrammi di polvere per metro cubo, tale percentuale aumenta molto nei cetri industriali, mentre nell'aria dell'aperta campagna la polvere non è contenuta che in proporzione 0.25 milligrammi per metro cubo. Se possiamo mantenerci sani anche nelle grandi città è perchè la natura ci ha fornito, nelle narici, nella gola, nei bronchi di poderosi meccanismi di difesa.

Dott. M. M. BENNER, *La arteriosclerosi e la alimentazione.*

L'A descrive i processi arteriosclerosi ed i danni da essi prodotti nell'organismo; da un elenco di cibi ricchi di purine, che sono assolutamente da evitare per parte degli arteriosclerotici, di cibi poveri o addirittura privi di purine, dei quali si può consigliare liberamente l'uso agli uricemi.

Viva Cien Años, N. 11, agosto 1937, Buenos Aires.

Dott. A. E. LOPEZ, *Che cosa mangiare?*

Con questo articolo, scritto in collaborazione con la Prof.ssa di Economia Domestica Sig.ra A. C. ROSSO de RAMELLA, l'A. si propone di iniziare una rubrica nella quale verrà esponendo, nella forma più pratica possibile, una serie di consigli igienici sull'alimentazione.

Dott. A. RIVAS, *Fulminato!*

Gli incidenti che avvengono a causa della corrente elettrica, sono molto meno pericolosi di quanto comunemente si crede, purchè si intervenga a tempo ed efficacemente a soccorrere la vittima; l'A. dà appunto consigli per giovare a chi è stato colpito da scariche elettriche.

Prof. Dott. BENTHIN, *Con chi sposarsi?*

Il matrimonio unisce due individualità fisiche e morali con caratteri ben definiti, a volte molto marcati, che però debbono adattarsi a completarsi a vicenda per raggiungere la felicità anelata; senza dubbio la base più sicura del matrimonio è la salute; uno spirito sano ed un corpo sano garantiscono forza e fecondità, condizioni indispensabili per un matrimonio felice.

Prof. Dott. A. AUSTREGESILLO, *Dominate le vostre emozioni.*

Ogni volta che siamo trascinati da forti emozioni perdiamo un po' o quasi tutta la nostra personalità. I selvaggi si mostrano impulsivi e violenti; i psicologi dicono che gli individui ed i popoli quanto più sono progrediti tanto più sono capaci di dominare le loro emozioni; scopo fondamentale dell'educazione è quindi quello di insegnare a dominare e regolare le passioni dell'animo.

Dott. M. ALZUA, *Affezioni nervose della pelle.*

In questo articolo l'A. ci parla delle affezioni della pelle che traggono origine dal sistema nervoso, esse vanno dal semplice ros-

sore che è dovuto alla vasodilatazione, fino alla cangrena.

Dott. C. L. ETCHEVARNE, *Anche le unghie si ammalano.*

Riprendendo l'argomento trattato nel numero precedente di questa stessa Rivista, l'A. enumera e descrive tutte le malattie che possono colpire le unghie, e la loro terapia.

Dott. M. SCHTEINGART, *Perchè ingrassa la donna?*

Per il ruolo disimpegnato dalla donna nella vita, essa tende all'obesità più dell'uomo, all'attamento, la menopausa, sono particolarmente pericolose e durante queste si deve attentamente sorvegliare l'alimentazione.

Dott. A. GUZMAN, *Visi sfigurati.*

Per mancanza dello stimolo della masticazione i mascellari rimangono alquanto inferiori al normale, il viso non è simmetrico ed il poco sviluppo del mascellare inferiore rende impossibile il perfetto contatto degli incisivi e dà alla fisionomia un'aspetto privo di intelligenza, oltre a ciò la triturazione dei cibi è difettosa; è necessario quindi che i bambini siano abituati fin da piccoli a una buona masticazione.

Dott. C. VALLEJOS, *Il mercurio, tossico pericoloso.*

Il mercurio può produrre intossicazioni croniche o acute, accidentali o professionali, particolarmente gli operai addetti alle industrie in cui si manipola questo metallo, sono esposti a serie lesioni che l'A. ci descrive in questo articolo, in cui sono anche descritti i modi di prevenzione e di cura.

Dott. E. R. CASAL, *Anche lo stomaco si contrae.*

L'A descrive la costituzione anatomica dello stomaco e la funzione digestiva.

Dott. A. RUIZ, *La perfezione de Seno.*

Ginnastica, alimentazione adeguata, bagni caldi e freddi alternati, costituiscono tre mezzi per conservare la snellezza e la bellezza del busto. Non è vero che l'allattamento sia dannoso alla bellezza del seno al contrario può costituire un fattore di abbellimento se non si trascurano alcune precauzioni.

Dott. I. ROMANO, *I grassi sono indispensabili.*

Una certa proporzione di grassi nella dieta è necessaria per il sistema nervoso, per la ri-

produzione, per la respirazione, privarsi completamente di grassi, significa esporsi a seri disturbi.

Hyo mio, n. 5, agosto 1937.

Dott. C. RIESTRA, *Timori infantili*.

Mentre è utile, inculcare ai bambini il timore delle cose che possono realmente far loro del male, è dannoso spaventarli con fantasmi sciocchi, polpi, ragni dalle zampe villose, mostri enormi, che popolano la fantasia del mondo infantile.

Dott. M. ALZÚA, *Bimbi di raggi X*.

Regolando la dose e la maniera di applicazione, i raggi X possono produrre la sterilità oppure stimolare la capacità generativa.

Dott. J. M. CARDELLAS, *I parassiti intestinali*.

L'A. descrive i parassiti intestinali che sono tanto frequenti nei bambini, i modi di infezione, i disturbi provocati e suggerisce gli appropriati mezzi di cura.

Dott. J. NÚÑEZ, *La pubertà nella donna*.

L'A. descrive il delicato momento della pubertà nella donna e ci dice che lo sport moderato, come il tennis ed il nuoto, hanno una grande influenza come regolatori dell'organismo femminile.

Viva Cien Años, 6 settembre 1937.

Dott. TISCORNIA, *Sei sicuro che la tua vista è normale?*

Con numerose illustrazioni si dimostrano i vizi diottrici e il modo di correggerli con lenti.

Dott. ETCHEVARNE, *L'erpete*.

L'erpete si cura in un paio di settimane purchè si abbia cura di evitare le infiammazioni della pelle, ma potrebbe prolungarsi indefinitamente se è trascurato. Qualora venga trattato in modo razionale guarisce senza lasciare nemmeno le cicatrici.

Dott. RIVAS, *Modi di salvare una vita; la respirazione artificiale*.

Riferisce i vari metodi di respirazione artificiale a seconda si tratti di asfissia da annegamento, di sincope, d'inalazione di gas non tossici come l'ossido di carbonio.

Dott. RAMALLON, *Duplici personalità*.

Non si tratta di casi eccezionali, al contrario si trovano spesso anche tra le persone illustri presso le quali troviamo frequentemente tipici esempi di uomini « circolari »; nei quali cioè si alternano fasi di allegria e di tristezza con grande frequenza.

Dott. F. LICHING, *Sigarette « povere di nicotina »*.

L'A., che ha una speciale competenza sull'argomento avendolo studiato a lungo in base a ricerche fatte, dichiara che non esistono tali sigarette nè sono inoffensive come alcuni pretendono: la quantità di nicotina assorbita con l'aspirazione boccale è da 1 a tre m. gr. per ogni grammo di tabacco; se però viene aspirato profondamente coi polmoni la quantità del tossico aumenta a 5 m. gr.

Dott. L. BHENTIN, *A che età si deve sposare?*

Riassumendo opinioni di igienisti e quanto anche il pubblico conosce, ritiene che la moglie debba essere più giovane del marito; nella latitudine Sud Americana la migliore età per la donna è quella intorno a 21 anni. La differenza di età con lo sposo costituisce un fattore molto importante per la felicità della nuova famiglia, il marito deve avere 6-10 anni più della moglie.

R. CASAL, *Una grande camera di sterilizzazione*.

Lo stomaco oltre alla funzione di amalgamare gli alimenti e di digerirli chimicamente in virtù dei suoi acidi, li purifica di molti microbi; l'acido cloridrico del succo gastrico costituisce un poderoso antisettico in modo che l'alimento passa all'intestino sterilizzato.

Dott. GUERRERO, *Che cos'è la V. A. R. F.?*

In base alla sigla V. A. R. F., corrispondente alle iniziali delle parole velocità, agilità, resistenza e forza, l'A. ritiene che tali prove costituiscano le prerogative indispensabili per conoscere la completa efficienza fisica di ciascun individuo.

Dott. R. MARTINEZ, *Qual'è la causa delle malattie di cuore?*

La medicina di un tempo, che si proponeva solamente di curare le affezioni cardiache, ha trovato un perfezionamento in quella moderna che cerca di prevenire la malattia quando la localizzazione alle valvole del cuore non è ancora venuta.

Dott. LOPEZ, *Le scorie, come elemento indispensabile nell'alimentazione*.

Ricordato come le scorie costituiscano la parte non digeribile del vitto, non per questo debbono essere evitate. Esse hanno importanza per il regolare progredire negli intestini della massa fecale. Vengono fatti i confronti della lunghezza del tenue nei carnivori, negli erbivori e nell'uomo.

Notiziario

Nuove pubblicazioni mediche dell'I.N.A.

Annunciamo ai nostri lettori che sono usciti in questi giorni due volumi di medicina preventiva e di norme di igiene a cura del nostro Istituto:

I) Dott. E. DELLA SETA: *CUORE SANO E CUORE INFERMO.*

Contiene norme per prevenire le malattie di cuore e dei vasi e per permettere a coloro che ne fossero affetti, una vita quanto più possibile lunga e laboriosa.

Questo lavoro è stato prescelto da una apposita Commissione in seguito a pubblico Concorso bandito dall'I.N.A. per una pubblicazione di medicina preventiva nei riguardi dell'apparato cardio-vascolare.

II) *SOTTO IL PLATANO DI COO.*

E' una raccolta di consigli di igiene e di medicina preventiva già pubblicati in questa nostra Rivista.

Proroga per concorrere al premio dell'I N. A. per pubblicazioni di Medicina del Lavoro.

Ricordiamo che è stato prorogato a tutto l'anno XVI E. F. il termine utile per poter concorrere al premio (L. 5.000) messo dall'I.N.A. a disposizione della Società Italiana di Medicina del Lavoro per pubblicazioni "che dimostrino di quanto la Vita Umana viene abbreviata a causa dei vari lavori nei quali l'attività dell'uomo si esplica e la frequenza e le cause che determinano la invalidità totale e permanente dovuta ai vari lavori dell'uomo".

Per informazioni ed invio dei lavori rivolgersi al Presidente della Società di Medicina del Lavoro, Prof. L. FERRANNINI, Direttore della Clinica Medica della R. Università di Bari.

Attività assistenziale dei Centri e Consultori Sanitari I. N. A. durante il primo semestre 1937

CENTRI E CONSULTORI ANNESSI	Visite di collaudo della salute	ESAMI DI LABORATORIO								Consulti d'igiene	Visite idoneità coloniale
		Esami urine	Esami espettorato	Azotemia	Glicemia	Uricemia	Reazione Kann	Teleradiografia torace	Pressione arteriosa		
Torino	241	92	3	39	41	2	38	84	83	131	1
Padova	99	97	2	49	46	—	52	56	98	58	—
Messina	353	281	6	32	34	2	41	220	306	357	—
TOTALE	693	470	11	120	121	4	131	360	487	546	1

Esami eseguiti nei laboratori della Direzione Generale nel 1936.

Esami delle urine	1.323
Esami di sangue:	
Azotemie	251
Glicemie	217
Reazioni di Kahn	208
Reazioni di Wassermann	218
Uricemie	74
Radiografie	482
Elettrocardiogrammi	34
Visite odontoiatriche	233

Totale esami 3.040

Sinistri di morte esaminati dal Servizio Sanitario nel 1° Semestre 1937-XV.

Con antidurata superiore a 5 anni 2091 di cui:

Ordin. con visita	1120
Ordin. senza visita	155
Popolari	405
Cessioni e Riassicur.	411

Con antidurata inferiore a 5 anni 2781 di cui:

Ordin. con visita	397
Ordin. senza visita	409
Popolari	1626
Cessioni e Riassicur.	349

VII Congresso di Medicina legale e delle Assicurazioni - Napoli, 15-18 ottobre 1937-XV.

Di questo Congresso del quale si prevede un lusinghiero successo con l'intervento di molti cultori Italiani delle specialità ci limitiamo a riportare i Temi delle Relazioni Ufficiali, in altra rubrica riferiamo il contributo del nostro Istituto costituito da due comunicazioni presentate dal Prof. I. Romanelli.

1) *Il giudizio prognostico medico-legale.* Relatore: prof. Vittorio Siracusa, Direttore inc. dell'Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni della R. Università di Messina.

2) *La medicina legale dei reati contro la integrità e la sanità della stirpe.* Relatore: prof. Giorgio Canuto, Direttore incaricato dell'Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni della R. Università di Perugia.

3) *L'indirizzo costituzionalistico nella scienza e nella pratica criminologica.* Relatore: prof. Benigno Di Tullio, libero docente in Antropologia Criminale, docente presso la Scuola Superiore di Polizia Scientifica in Roma.

La prima Settimana medica internazionale a Salsomaggiore.

Dal 29 agosto al 4 settembre u. s. presso le R. Terme è stata tenuta la prima Settimana Medica che riapre una nuova serie di convegni scientifici a Salsomaggiore dopo una lunga parentesi di oltre 15 anni.

Al convegno, la cui inaugurazione solenne è stata fatta da S. E. il Ministro delle Finanze Thaon di Revel, hanno partecipato ben 12 nazioni; sono intervenuti oltre il Prefetto di Parma, l'On. Visco in rappresentanza del Partito, l'On. Mantovani, Podestà di Parma, il Direttore Generale del Demanio Gr. Uff. Muratori il Gestore delle R. Terme S. E. Gr. Uff. Rizzatti, il Prof. Tramarosso Dirigente i Servizi Sanitari dell'I. N. F. P. S., il Prof. Romanelli in rappresentanza dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

Sotto la presidenza del Sen. Pende, che tenne anche il discorso inaugurale, si è svolta la Settimana Medica alla quale sono state presentate numerose ed interessanti relazioni di igiene e di medicina anche per opera di scienziati stranieri. Numeroso l'elemento medico presente alla riunione alla quale sono intervenuti circa 400 medici d'Italia e 50 di altre nazioni.

I Congressi medici presso la Mostra delle Colonie estive e dell'Assistenza all'Infanzia in Roma.

In una cornice unica al mondo tra l'Aventino e il Palatino nei mesi scorsi è sorta in Roma come per incanto la mostra delle Colonie Estive e dell'Assistenza all'Infanzia. In uno stile semplice e lineare e nello stesso tempo grandioso ed imponente i numerosi padiglioni attestano le molteplici attività che il Regime ha dedicato alle Opere per l'Assistenza all'Infanzia durante l'ultimo decennio.

Forte dell'imperativo Mussoliniano « Il numero è potenza » il fascismo ha dedicato cure speciali all'applicazione sociale di tale comandamento, che nella lotta demografica considera l'Assistenza all'Infanzia uno dei pilastri basilari delle realizzazioni fasciste.

Non è nostro compito illustrare questa che possiamo chiamare la città dell'Infanzia, non possiamo però fare a meno di ricordare i padiglioni dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, quello dell'Assistenza all'Infanzia, il padiglione dell'Opera Nazionale Balilla, e quello delle Organizzazioni Giovanili. A simbolo della fede nuova tra le adolescenti generazioni abbiamo ammirato il Sacario ove sono ricordati i giovani fascisti che fecero volontario olocausto della loro vita per la conquista dell'Impero.

Complemento scientifico e culturale di questa Mostra sono i numerosi Congressi che durante tre mesi si sono avvicendati nelle aule di uno speciale padiglione; congressi che hanno dato all'Europa tutta l'indice della capacità Scientifica, Sociale, Politica e pratica dell'Italia fascista, che opera guidata da una sola ferrea volontà.

* * *

Lo svolgimento di un numero così imponente di Congressi è stato diviso in due cicli, dei quali uno si è svolto nel giugno-luglio ed il secondo nel mese di settembre u. s. Data la mole delle relazioni e delle comunicazioni fatte limitiamo a riportare gli argomenti che sono stati oggetto dei singoli Congressi.

I) Propaganda igienica, profilassi e cura stomato odontoiatrica ai bambini delle scuole (26-28 giugno 1937-XV).

II) Importanza delle suppellettili razionali ed il valore educativo della propaganda murale e cinematografica nelle scuole (4-5 luglio 1937-XV).

III) Possibilità e limiti di collaborazione dei medici condotti nella profilassi e nella assistenza sociale (8-9 luglio 1937-XV).

IV) Le stazioni climatiche ed idrominerali Italiane a servizio della ortogenesi e della profilassi infantile (10-11 luglio 1937-XV).

V) La vigilanza e la propaganda igienica nelle colonie estive (12-13 luglio 1937-XV).

VI) Le ostetriche in funzione di visitatrici, ai fini della prevenzione dell'aborto, della nati-mortalità, della morbilità e mortalità puerperale (14-15 luglio 1937-XV).

VII) I fattori dell'ambiente fisico e sociale nella mortalità infantile (17-18 luglio 1937-XV).

VIII) Convegno dei medici sportivi dei fasci giovanili di combattimento (1° settembre 1937-XV).

IX) I doveri del medico nella politica demografica del regime fascista (2-3 settembre 1937-XV).

X) La valutazione delle deficienze psichiche nel fanciullo e l'igiene mentale in rapporto alla formazione della personalità (4-5 settembre 1937-XV).

XI) Problemi Assistenziali della Maternità e dell'Infanzia. L'alimentazione del bambino (10-11 settembre 1937-XV).

XII) La cartella chimico-radiologico-ortogenetico individuale quale mezzo di accertamento e di medicina preventiva dell'infanzia (20-21 settembre 1937-XV).

XIII) Congresso Internazionale per la protezione dell'infanzia (23-26 settembre 1937-XV).

XIV) Congresso Nazionale di Ostetricia e Ginecologia (25 settembre 1937-XV).

XV) IV Congresso Internazionale di Pediatria (27-30 settembre 1937-XV).

Conferenze Mediche per la scuola di addestramento e perfezionamento dei proditori.

Il Prof. I. ROMANELLI per la chiusura dei corsi estivi per i produttori 1937 ha tenuto a Venezia il 31 agosto u. s. ed a Genova il 3 settembre una lezione agli allievi del Centro Studi e della Scuola di addestramento e perfezionamento.

La conferenza che era intitolata: « Breve profilo del Servizio Sanitario dell'I.N.A. » è stata seguita con interesse dal numeroso uditorio.

Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita

Il valore delle frazioni colesterinemiche nella prognosi degli ipertesi e dei diabetici (ricerche sperimentali)

Dott. SALVATORE FIANDACA

Scopo del presente lavoro è lo studio del valore pronostico attribuibile al tasso colesterinamico totale e alla sua frazione cosiddetta libera in alcune affezioni morbose — ipertensione essenziale e diabete mellito. — Come è noto infatti in queste due malattie, unitamente ad altre alterazioni del ricambio si riscontrano con molta frequenza alterazioni del ricambio lipoidico ed in particolare della colesterina.

Le ricerche in proposito sono numerose e quasi tutte vertono a mettere in evidenza alterazioni quantitative della colesterina e delle altre frazioni lipoidiche.

Per quanto riguarda l'ipertensione arteriosa essenziale i risultati ottenuti dalla maggior parte degli AA. parlano per un aumento più o meno evidente della colesterinemia.

Recentemente tale rilievo ha assunto particolare importanza in quanto si è attribuito alla colesterina significato e funzione di lipide simpaticotropo, in contrasto con la lecitina, la quale avrebbe viceversa funzione elettivamente vagotropo. Così la scuola di Zoia ritiene che l'ipercolesterinemia degli ipertesi puri sia l'espressione di un disquilibrio neuro vegetativo nel senso dell'ipertonìa simpatica.

In rapporto all'età l'ipercolesterinemia conformemente ai risultati ottenuti dalla maggioranza degli AA., sarebbe più spiccata negli ipertesi giovani, me-

no spiccata negli ipertesi puri di età più anziana.

Nei riguardi del diabete mellito è noto come in esso si riscontri abitualmente un elevato contenuto dei lipoidi del sangue.

E' degno di rilievo in proposito il fatto che Grieshaber, basandosi sull'osservazione che la lipemia dei diabetici varia, nel senso della diminuzione o dell'aumento, secondo il grado di gravità della forma diabetica e secondo le fasi della sintomatologia ritiene che la determinazione dei lipidi del sangue in tali soggetti possa avere valore pronostico.

La colesterinemia così come la lipemia in genere è nel diabetico, conformemente all'opinione dei vari AA., aumentata. L'aumento in certo senso è proporzionale al grado di acidosi e diminuisce col migliorare della affezione.

Nel diabetico esiste una certa correlazione tra ipercolesterinemia e aumento dell'acidità del sangue; tale correlazione sarebbe dovuta al fatto che la colesterina avrebbe in tali condizioni la funzione di legare gli acidi grassi. Essa nel ricambio intermedio dei lipidi, agirebbe da vettore per il trasporto degli acidi grassi verso e dai depositi di grasso (Zoia).

Nei diabetici senza acidosi, l'ipercolesterinemia è meno spiccata o può mancare del tutto. Man e Peters hanno riscontrato in 79 soggetti diabetici lievi, senza acidosi nè disidratazione, un aumento

della colesterina del sangue soltanto in 28 casi.

Nei diabetici con alterazioni vasali (ipertensione ecc.) l'ipercolesterinemia sarebbe più spiccata; eguale comportamento si riscontrerebbe nei soggetti contemporaneamente affetti da complicazioni.

L'insulina agirebbe facendo diminuire il contenuto colesterinico del sangue.

Dal punto di vista pronostico, che è quello che particolarmente interessa in medicina delle assicurazioni vita, le ricerche finoggi segnalate non autorizzano ad alcuna precisa conclusione.

Ci è sembrato pertanto interessante istituire una serie di ricerche dirette allo scopo di indagare quale significato possa essere eventualmente attribuito al tasso colesterinico nel giudizio pronostico degli ipertesi e dei diabetici. A tale uopo non solo abbiamo ricercato il contenuto colesterinico, ma abbiamo voluto anche indagare se nelle condizioni morbose indicate esistano alterazioni di natura qualitativa della colesterinemia; abbiamo ricercato cioè le variazioni della frazione colesterinica estraibile in etere a freddo e se dal rapporto di questa con il contenuto totale era possibile indurre inferenze circa il decorso e la prognosi delle malattie prese in esame.

In questi ultimi anni infatti particolare importanza è stata attribuita allo stato in cui la colesterina si trova presente nel sangue, al grado cioè della sua più o meno elevata esterificazione. L'importanza è dovuta al fatto che nelle alterazioni del ricambio intermedio il bilancio fra colesterina libera ed eteri colesterinici può essere alterato e in conseguenza verificarsi un facile accumulo di colesterina libera per la deficiente formazione di esteri che potrebbero convogliarla (Thannauser).

* * *

Ci siamo serviti per la determinazione della colesterinemia del metodo colori-

metrico di Authenrieth e Funk. Per il dosaggio della colesterina libera abbiamo seguito il seguente procedimento:

4 cc. di siero di sangue vengono posti ad estrarre a temperatura ambiente in un imbuto separatore contenente cc. 25 di etere. L'estrazione dura 12 ore circa agitando di tanto in tanto; indi si procede alla separazione della fase eterica. Questa si pone in bicchiere e si lascia evaporare a temperatura ambiente all'aria libera o meglio in un essiccatore a vuoto. Il residuo si riprende, agitando ripetutamente, con cc. 25 di cloroformio.

Il resto del procedimento è uguale a quello usato per il dosaggio della colesterina totale secondo Authenrieth e Funk.

Per la determinazione della glicemia ci siamo serviti del micrometodo di Bang.

La pressione arteriosa è stata determinata con un apparecchio a mercurio del tipo Riva Rocci modificato (Erkameter).

Negli ipertesi abbiamo seguito contemporaneamente il comportamento della azotemia, per la determinazione della quale ci siamo attenuti alla tecnica del micro-Kjeldalh.

Le determinazioni sono state in ogni caso eseguite al mattino nei soggetti a digiuno.

* * *

Allo scopo di stabilire con una certa esattezza i valori della colesterinemia libera forniti dalla tecnica da noi usata e le variazioni eventuali del R. Col. libera

Col. totale in relazione alla età dei soggetti, abbiamo iniziato le nostre ricerche su individui presunti normali.

A titolo di completezza in essi si è anche proceduto alla determinazione della pressione arteriosa e del tasso glicemico.

I risultati ottenuti sono riassunti nella tabella n. 1.

TABELLA N. 1

Normali

N.	Iniziali	Età	Pressione arteriosa (Erkameter)		Glicemia gr. ‰	Colesterinemia gr. ‰		Rapporto colesterina libera colesterina totale	Osservazioni
			Mx	Mn		totale	libera		
1	L. G.	27	130	85	1.05	1.62	0.38	0.23	
2	F. I.	31	125	80	0.98	1.52	0.29	0.19	
3	R. S.	34	135	90	0.92	1.68	0.36	0.21	
4	D. L.	38	128	85	1.08	1.70	0.40	0.23	
5	B. G.	40	135	85	0.97	1.56	0.34	0.21	
6	T. F.	42	118	80	0.90	1.63	0.30	0.18	
7	L. G.	42	125	85	0.99	1.50	0.28	0.18	
8	S. M.	47	135	85	0.87	1.66	0.34	0.20	
9	L.P.P.	52	115	75	1.06	1.71	0.40	0.23	
10	P. G.	58	140	85	1.10	1.48	0.42	0.28	modico grado arteriosclerosi
11	P. S.	59	138	80	1.02	1.67	0.47	0.28	
12	G. G.	61	140	90	0.94	1.66	0.49	0.29	
13	S. F.	64	140	90	0.98	1.50	0.44	0.29	modico grado arteriosclerosi
14	I. R.	70	145	95	1.12	1.73	0.52	0.30	modico grado arteriosclerosi

TABELLA N. 2

Ipertesi

N.	Iniziali	Età	Pressione arteriosa (Erkameter)		Azotemia gr. ‰	Colesterinemia gr. ‰		Rapporto colesterina libera colesterina totale	Osservazioni
			Mx	Mn		totale	libera		
1	C. L.	38	185	115	0.32	1.70	0.62	0.36	
2	D. F.	39	195	130	0.34	1.64	0.80	0.48	paraacusie, cefalea
3	P. F.	41	180	120	0.44	2.00	0.72	0.36	ipertrofia cardiaca, albuminuria tracce
4	C. Z.	42	165	105	0.38	1.88	0.65	0.34	modica arteriosclerosi periferica
5	G. S.	44	190	125	0.38	1.80	0.78	0.43	modica ipertrofia cardiaca
6	R. V.	47	180	110	0.34	1.60	0.56	0.35	
7	G. S.	47	200	130	0.42	1.58	0.66	0.41	paraacusie frequenti, modica ipertrofia cardiaca
8	D. G.	49	230	135	0.36	2.30	0.90	0.43	cefalee, vertigini, ipertrofia cardiaca
9	S. G.	50	225	135	0.40	1.76	0.83	0.47	cefalee persistenti, vertigini, ipertrofia cardiaca
10	V. D.	52	170	100	0.28	1.84	0.60	0.32	
11	T. C.	54	240	140	0.30	1.72	0.79	0.46	disturbi anginoidi, cardiopalmo, modica ipertrofia card.
12	L. V.	55	175	110	0.35	2.20	0.74	0.33	vertigini

Dai dati riferiti in essa si rileva che nei soggetti presumibilmente normali i valori della colesterinemia libera ottenuti oscillano tra 0,28 e 0,52 gr.‰; essi rappresentano cioè il 20-30% circa della colesterinemia totale. Il valore medio del rapporto col. libera/col. totale, calcolato sui dati delle nostre osservazioni, è rappresentato dalla cifra 0.23.

La colesterinemia libera e totale aumentano in linea generale entrambe con l'età del soggetto; la frazione libera però subisce un aumento relativamente maggiore sicchè il rapporto col. libera/col. totale mostra cifre più elevate nei soggetti più anziani. E' da osservare però che i valori più alti del rapporto indicato si sono registrati nei soggetti con segni modici di arteriosclerosi.

* * *

I valori ottenuti nei soggetti affetti da ipertensione arteriosa sono riassunti nella tabella n. 2.

Dall'esame dei dati si rileva:

Il tasso colesterinamico totale si presenta aumentato in tutti i soggetti. L'aumento però non è proporzionale alla pressione arteriosa nè alla sintomatologia clinica presentata dal soggetto.

La colesterinemia libera negli ipertesi, rispettivamente ai normali, si presenta anche essa aumentata. Le cifre più elevate si sono registrate in generale nei soggetti che presentano valori della pressione arteriosa più elevati e sintomi clinici più evidenti. Tale parallelismo però non è costante, in quanto in qualche caso, come ad es. nella osservazione 7^a, al valore elevato della pressione arteriosa non corrisponde un aumento proporzionale della colesterinemia libera.

Il rapporto tra col. libera e col. totale nei soggetti in esame è costantemente aumentato; esso inoltre varia, a grandi linee, in maniera direttamente proporzionale ai dati della pressione arteriosa, nel senso che nei soggetti ove questa

è più elevata più alta è la cifra rappresentante il rapporto col. libera/col. totale.

Il valore medio del rapporto indicato calcolato dai risultati ottenuti negli ipertesi, è rappresentato dalla cifra 0.39.

* * *

La tabella n. 3 riporta i dati ottenuti nei diabetici.

Le cifre riportate mostrano come nei soggetti affetti da diabete mellito il tasso colesterinamico sia nella maggior parte dei casi, ma non costantemente, aumentato. La frazione colesterinemia libera è viceversa in tutti i casi, in confronto ai soggetti normali, aumentata; tale aumento però non appare procedere proporzionalmente all'iperglicemia in quanto l'ipercolesterinemia libera riscontrata in alcuni pazienti fortemente iperglicemici è talvolta meno elevata di quella riscontrata in altri pazienti con iperglicemia meno spiccata.

Sembra piuttosto che l'ipercolesterinemia, totale e libera, sia in rapporto più diretto con l'acidosi, nel senso che i diabetici più fortemente acetonurici presentano un tasso colesterinamico, totale e libero, più elevato.

Il rapporto col. libera/col. totale si presenta nei diabetici, in confronto ai normali, più elevato; esso però non mostra oscillazioni rigorosamente parallele alla entità della sintomatologia clinica nè ai valori del tasso glicemico e dell'acetonuria. Il valore medio del rapporto col. libera/col. totale è in tali pazienti rappresentato dalla cifra 0,35.

In alcuni casi (osservazioni 2, 4, 6, 14, 15) le determinazioni sono state eseguite prima e durante il trattamento insulinico. In questi casi appare evidente come l'ipercolesterinemia, totale e libera, riscontrata subisce in seguito al trattamento insulinico una diminuzione che è in genere meno spiccata per la frazione libera. Ne consegue pertanto che il rap-

Diabetici

N.	Iniziali	Età	Pressione arteriosa (Erkameter)		Glicemia gr. ‰	Colesterinemia gr. ‰		Rapporto colesterina libera colesterina totale	Osservazioni
			Mx	Mn		totale	libera		
1	V. D.	28	125	80	2.10	1.62	0.57	0.35	acetonuria: ass. glicosuria 10 ‰
2	R. G.	38	120	75	3.94	1.96	0.70	0.35	acetonuria + + + glicosuria 35 ‰
	id.	id.	125	80	1.73	1.48	0.61	0.39	in corso di tratt. insulinico aceton. ass.; glicos. tracce
3	D. A.	40	140	95	1.70	2.10	0.74	0.30	in corso di tratt. insulinico aceton. ass.; glicos. tracce
4	C. G.	40	130	80	2.90	1.90	0.69	0.36	acetonuria + + glicosuria 20 ‰
	id.	id.	125	80	1.35	1.64	0.63	0.38	in corso di tratt. insulinico aceton. ass.; glicos. ass.
5	D. P.	41	115	70	1.81	1.48	0.52	0.35	in corso di tratt. insulinico aceton. ass.; glicos. tracce
6	M. G. P.	45	132	80	2.14	1.87	0.71	0.37	acetonuria ass. glicosuria 8 ‰
	id.	id.	125	75	1.20	1.82	0.62	0.34	in corso di tratt. insulinico aceton. ass.; glic. ass.
7	I. R.	47	125	75	3.80	2.24	0.82	0.36	aceton. + + glic. 28 ‰
8	L. S.	48	135	90	2.30	1.77	0.68	0.32	acetonuria + glicosuria 15 ‰
9	B. A.	50	145	90	3.05	2.00	0.74	0.37	aceton. + + + glicos. 24 ‰
10	P. R.	53	135	85	2.48	1.56	0.46	0.33	acetonuria + glicosuria 18 ‰
11	F. G.	52	140	90	2.74	1.97	0.63	0.31	aceton. + + glicos. 16 ‰
12	C. L.	53	138	85	2.24	1.52	0.51	0.33	aceton. + glic. 14 ‰
13	A. N.	56	135	85	2.37	1.83	0.65	0.35	acetonuria + + glicosuria 22 ‰
14	C. A.	59	145	90	3.34	1.84	0.78	0.36	aceton. + + + glic. 40 ‰
	id.	id.	150	95	1.92	1.66	0.70	0.42	in corso di tratt. ins. aceton. ass. glicos. 5 ‰
15	S. T.	61	140	90	3.60	2.05	0.78	0.38	acetonuria + + + glicosuria 40 ‰
	d.	id.	140	90	1.40	1.80	0.70	0.38	in corso di tratt. insulinico aceton. ass.; glicos. ass.

porto col. libera/col. totale resta nello stesso paziente prima e durante il trattamento insulinico pressochè invariato o subisce un lieve aumento.

Questo dato di fatto merita particolare considerazione, in quanto potrebbe rappresentare un elemento di giudizio per la prognosi di gravità dei soggetti diabetici durante il corso del trattamento insulinico, quando cioè il reperto urinario (glicosuria ed acetonuria)

e quello ematico (glicemia) sono pressochè normali.

* * *

Da quanto è stato sopra riferito si può concludere:

1) Il tasso colesterinamico totale è aumentato sia nei diabetici che negli ipertesi, meno costantemente nei primi. Il valore però della ipercolesterinemia non è in rapporto costante con la gravi-

tà della affezione nè nell'uno nè nell'altro caso e pertanto non può avere valore pronostico.

2) I valori della colesterina libera del sangue nei diabetici e più spiccatamente negli ipertesi sono più elevati che nei normali. Dal punto di vista pronostico essi non presentano un comportamento costante, in quanto nè nei diabetici nè negli ipertesi il loro aumento è proporzionale alla gravità dell'affezione denunciata dalla sintomatologia clinica e dagli altri dati di laboratorio.

Un rapporto in certo senso di parallelismo esisterebbe solo per i diabetici tra l'ipercolesterinemia, totale e libera, ed il grado di acidosi (per quanto è stato possibile rilevare dall'acetonuria).

3) Il rapporto col. libera/col. totale si presenta negli ipertesi costantemente aumentato in misura pressochè direttamente proporzionale alla gravità dell'affezione; esso pertanto per tale categoria di infermi può rappresentare, unitamente agli altri segni, un elemento di giudizio prognostico.

Nei diabetici il rapporto col. libera/col. totale, sebbene più elevato che nei normali, non presenta valori costantemente paralleli alla gravità dell'affezione. Durante il trattamento insulinico tale rapporto, a differenza degli altri dati biochimici, non subisce variazioni notevoli; in questo caso pertanto esso può assumere particolare valore dal punto di vista prognostico, specie nel campo della medicina delle assicurazioni vita.

Autoriassunto. — L'A. riferisce sul valore pronostico dell'ipercolesterinemia, totale e libera, e del rapporto tra la seconda e la prima frazione negli ipertesi puri e nei diabetici. Rileva che il rapporto colesterina libera/colesterina totale può negli ipertesi avere valore pronostico, mentre viceversa non può avere uguale valore nei diabetici. In questi ultimi però, poichè il rapporto indicato (mantenendosi sempre elevato) non subisce variazioni notevoli ad opera del trattamento insulinico, può in dette circostanze assumere particolare importanza pronostica.

BIBLIOGRAFIA

- CHAUFFARD, LAROCHE e GRIGAUT, *Annal. de Médéc.*, 8, 1920.
 ANITCHKOW, *Ziegler's Beitr.*, 56, 57.
 BLOOR, *Journ. of Biol. Chem.*, 16, 19, 23, 25, 26, 31, 33, 34, 45, 49.
 MAN e PETERS, *The Journ. of Clinical Investigation*, 14, 1935.
 GREPPI, *Studi sull'ipertensione arteriosa*, Officina Grafica Moderna, Catania, 1935.
 CASOLO e BARENGO, *La Clinica Medica It.*, 2, LXIV, 1933.
 SCOTTI DUGLAS e FASSIO, *Arch. Scienze Med.*, 61, 1935.
 MORACCHINI e MAESTRI, *La Clinica Medica It.*, 12, 1935.
 BUFANO, *La fisiopatologia clinica e sperimentale della lipemia*, S. A. F. Ed. S., Milano 1929.
 THANNAUSER, *Klin. Woch.*, Febr. 1934.
 THANNAUSER e SCHABERT, *Klin. Woch.*, 1926.

Ulcera gastro-duodenale ed intossicazione cronica da piombo in Assicurazione Vita

Dott. A. DI LILLO

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

Il problema etiopatogenetico dell'ulcera gastro-duodenale ha dato luogo, in questi ultimi anni, ad una vasta fioritura di studi e di ricerche, con una ricca messe di osservazioni le quali, però, lungi dall'aver risolto il quesito, intricato e complesso, della genesi di questa importante e tutt'altro che rara affezione dello stomaco e del duodeno, hanno portato i diversi Autori che all'argomento si sono interessati, a conclusioni quanto mai discordanti e contraddittorie.

E' così che a fianco alle ormai classiche ipotesi della ipercloridria, dell'azione diretta di fattori irritanti (termici, meccanici, chimici), delle lesioni croniche dei vasi gastrici (arteriosclerotiche, luetiche, degenerative), numerose altre, più o meno attendibili, sono state emesse. natura parassitaria della lesione (qualcuno ha parlato persino di germe specifico), condizioni morbose diatesiche (disposizione ereditaria), squilibri endocrini, cause psichiche, teoria neurogena (nevropatie organiche e funzionali), teoria sanguigna (stato anemico), teoria traumatica (contusioni sulla regione gastrica. Il Prof. Ranelletti si è interessato ampiamente di questo argomento, sin dal 1906, quando illustrando un caso capitato al Policlinico Umberto I e prendendo in istudio casi precedenti, in massima parte tratti da letteratura straniera, formulò importanti conclusioni su questo nuovo capitolo dell'« ulcera traumatica dello stomaco »), teoria circolatoria (trombosi, embolie, spasmi vasali), teoria anafilattica, teoria dell'emoglobinemia, teoria citotossica, teoria del-

la stenosi pilorica, teoria eclettica ecc. Il fatto stesso che siano state formulate, per spiegare l'etiopatogenesi di quest'affezione, tante e così contrastanti e — qualche volta — (mi si perdoni l'espressione), astruse ipotesi, vale a dimostrare che l'etiologia dell'ulcus costituisce e, forse, costituirà ancora uno dei più oscuri della patologia umana.

Partendo dalle osservazioni di vari Autori i quali ammettono che possono formarsi ulcerazioni gastro-duodenali in alcuni stati tossici, come nell'intossicazione cronica da pb (SCHIFF LEWIS, BERGMANN, SCHULLER, GLASER, RADHAM, TAYLOR, GUTZEIT). CASSANELLO in Italia (1931) ha pubblicato due casi di ulcera gastro-duodenale che ha rapportato al saturnismo; RANELLETTI, in questi ultimi anni, ha descritto vari casi di ulcera gastro-duodenale in operai di fabbriche in cui si adopera piombo; qualche Autore, poi, come JORES, è riuscito persino a riprodurre, sperimentalmente, ulcere nei cani, dietro somministrazione di pb. Ho creduto non privo di interesse scientifico e pratico, pur sapendo quanto questo problema sia irto di incertezze e di difficoltà, prendere in esame un certo numero di ulcere peptiche, riscontrate in operai addetti ad industrie ove si adopera pb e soggetti, pertanto, all'azione tossica di questo metallo, onde stabilire se esistano, verosimilmente, rapporti tra intossicazione da pb e lesioni ulcerative gastro-duodenali.

Ho avuto a consultare le storie cliniche di circa un decennio; 2400 schede riguardanti operai adibiti alle diverse in-

dustrie in cui viene adoperato pb e che vengono svolte qui in Roma: in massima parte si trattava di operai addetti ad industrie grafiche, in minor numero di operai addetti alla riparazione di accumulatori, alla fonderia di tubi, lastre e di caratteri tipografici; di verniciatori e saldatori.

Sulla scorta di questo ricco materiale di studio, presentatosi nel volgere di quasi due lustri al Policlinico del Lavoro di Roma, ho potuto stabilire, intanto, che l'ulcera gastro-duodenale è un'affezione piuttosto rara nei lavoratori del pb; ho raccolto soltanto undici casi di ulcere su 2400 storie cliniche di operai soggetti, alcuni da pochi mesi, altri da molti anni, all'azione tossica del pb, con una percentuale di appena 0,4 %, non superiore, come si vede, a quella che suole verificarsi in operai di altre industrie o in altri individui al di fuori di qualsiasi intossicazione. Aggiungo ancora che, siccome in dette schede erano comprese anche quelle di assunzione, ho notato che due dei già pochi casi di ulcere gastro-duodenali che mi è stato possibile rinvenire in sì ricco materiale di studio, dovevano, con ogni probabilità, datare da epoca anteriore a quella dell'assunzione dei relativi operai al lavoro, avendo essi affermato, durante la visita di assunzione, che — pur godendo, allora, di ottima salute — avevano, precedentemente sofferto di disturbi gastrici.

Così in questi due ultimi casi come negli altri nove, a fianco ai disturbi gastrici, nessun altro segno di saturnismo mi è stato possibile mettere in evidenza.

Nei casi da me presi in istudio ho trovato confermata la nozione, ormai acquisita alla scienza, della maggiore frequenza di questa affezione nell'età giovanile e media (tra i 25 e i 35 anni).

Trattavasi, infatti, di individui piuttosto giovani, sugli antecedenti ereditari e collaterali e sul passato personale dei

quali mi è stato possibile mettere in evidenza, in due casi, come ho già detto, preesistenti disturbi dispeptici, in qualche altro, tenendo conto con particolare attenzione delle turbe digestive in generale e particolarmente gastriche, ho potuto mettere in rilievo antecedenti ereditari morbosì, sia pure con qualche riserva, a carico dell'apparato digerente.

Questo studio degli antecedenti morbosì ereditari e personali deve essere condotto sistematicamente nelle visite di assunzione degli operai, come appunto è stato fatto nel Policlinico del Lavoro di Roma se non si vuole attribuire, nel caso specifico, al piombo quello che può invece essere dovuto ad altre cause, con conseguente formulazione erronea di statistiche.

Lo studio degli antecedenti morbosì degli operai ha un importantissimo valore di orientamento e fornisce, spesso, preziose indicazioni tanto in senso negativo che positivo.

Si cercheranno, quindi, le eventuali modificazioni (esacerbazioni) manifestatesi in seguito all'assunzione al lavoro che ha esposto l'operaio all'intossicazione.

Negli antecedenti morbosì di circa la metà degli operai da me presi in istudio mi è stato possibile mettere in evidenza disturbi dispeptici vari (ipercloridria, dispepsia, gastralgia, ecc.); molto verosimilmente trattavasi di individui costituzionalmente predisposti nei quali la intossicazione o ha nessuna importanza in quanto che l'ulcera si sarebbe, forse, ugualmente manifestata o al massimo può avere facilitata o affrettata l'insorgenza dell'ulcera stessa.

Comunque, su undici casi, solo in sei non mi è stato possibile mettere in evidenza nulla di anormale, nei precedenti personali ed ereditari.

In questi ultimi casi, ammessa l'assoluta onestà degli operai, per poter esclu-

dere disturbi preesistenti, può l'intossicazione da pb assurgere a causa determinante dell'ulcera?

A questo punto credo opportuno ricordare, brevemente, le vie di penetrazione del pb nell'organismo e il suo ulteriore destino, potendo forse, la loro conoscenza, contribuire ad illuminare le nostre idee su eventuali rapporti esistenti tra ulcera gastro-duodenale ed intossicazione saturnina.

Il pb come tale o come « composto », penetra nell'organismo, principalmente, per le vie digerenti; meno per le vie respiratorie (si calcola che la penetrazione per le vie digerenti sia circa sei volte maggiore che per quest'ultima) e meno ancora per la pelle.

La forma sotto cui penetra è, principalmente, la polvere che arriva alla bocca in svariati modi (mani sporche di materiale di lavoro, arnesi del mestiere tenuti in bocca, cibi, ecc.).

Nello stomaco i sali di pb vengono dall'HCL sciolti (la solubilità dei sali di pb è aumentata dalla presenza, nel succo gastrico, di peptoni, sia pure in minima quantità) e il pb viene trasformato in cloruro.

In piccola quantità, il pb viene assorbito dallo stomaco, in quantità maggiore trasformato in albuminato, viene assorbito dall'intestino tenue e trasportato, principalmente, per mezzo dei capillari della vena porta, al fegato.

Dal fegato, lentamente trasfuso per le vene sovraepatiche, il pb viene riversato nel sangue ove circola alla stato finemente colloidale sotto forma di albuminato, carbonato, fosfato, per essere in parte fissato nei vari tessuti ed organi, con varia distribuzione, in parte eliminato per i comuni emuntori (feci, urina, bile, saliva, sudore).

Esposte queste sommarie notizie sulle vie di penetrazione e di eliminazione del pb, cerchiamo di rispondere al quesito:

può l'intossicazione cronica da pb assurgere a causa determinante dell'ulcera?

Sulla patogenesi dell'ulcera gastrica da intossicazione da pb non vi è ancora parere concorde fra gli studiosi.

Secondo RANELLETTI, dovendo l'ulcera gastro-duodenale essere interpretata come una vera e propria angiotrofoneurosi, il suo fattore patogenetico più importante e più immediato deve essere ricercato in un disturbo vasomotorio della mucosa, consistente in uno spasmo della *muscularis mucosae* e delle arteriole con conseguente ischemia, donde minore irrorazione sanguigna e quindi minore resistenza della mucosa all'azione digestiva del succo peptico.

Uno stato, poi, di vagotonia costituzionale o morbosa determinante ipercloridria riflessa, con più facile tendenza all'autodigestione della zona di mucosa distrofica, favorirebbe i gastrospasmi (PENDE).

Orbene, il pb è angiospastico per eccellenza; esso, infatti, agendo, per speciale affinità, direttamente sulle fibre muscolari lisce delle pareti vasali delle arteriole, determina spasmo e quindi vasocostrizione; a questa azione spastica contribuirebbe anche uno stato di iperadrenalinemia, in seguito all'eccitamento secretorio determinato dal pb stesso sulle capsule surrenali (RANELLETTI).

Così pure, essendo il pb vagotonico determina spesso ipercloridria che favorisce la digestione della zona di mucosa distrofica e i gastrospasmi.

Il pb, quindi, può creare le condizioni favorevoli all'insorgenza dell'ulcera, tanto più se trattasi di soggetti costituzionalmente predisposti (RANELLETTI).

Altra ipotesi che merita di essere ricordata è quella che mette in rapporto col pb eventuali alterazioni cui possono andare incontro, il più spesso come manifestazione parziale di un'arteriosclerosi generalizzata, gli endoteli dei vasi

sanguigni dello stomaco finirebbero col trombizzarsi, donde la diminuita vitalità e la necrosi della zona da essi irrorata.

Infatti, alla primitiva, precoce azione spastica determinata dal pb sulle pareti dello arteriole, segue la degenerazione ateromatosa specie a carico dell'intima e della media che si rileva spesso anche precocemente e in lavoratori di giovane età (RANELLETTI).

Il pb agisce sui vasi tanto per azione chimica diretta, degenerativa, specie sull'intima delle pareti arteriose quanto per azione indiretta, meccanica, legata all'ipertensione consecutiva alla vasocostrizione che può essere, come abbiamo detto, aggravata dall'iperadrenalinemia; l'ipertensione aumenterebbe il traumatismo fisiologico sulle arterie donde un maggiore logorio di esse; il disturbo nutritizio delle pareti vasali aumenterebbe in conseguenza della vasocostrizione subita anche dai vasa-vasorum per quei vasi che ne sono forniti; in conseguenza della ipercolesterinemia, della uricemia endogena determinata dal pb ecc.

In seguito all'ispessimento dell'intima dei piccoli vasi, in taluni casi può aversi soltanto una diminuzione di afflusso di sangue nei territori da essi irrorati, con conseguenti disturbi nutritizi, in taluni altri può aversi occlusione completa di piccoli vasi con formazione di trombi sulle pareti vasali ateromatose donde rammollimenti, necrosi, ecc. che rappresenterebbero il punto di origine dell'ulcera.

A. PEIPERS (*Deut. Med. Woch.*, 7, 1933) in base all'osservazione di un caso di ulcera duodenale, in soggetto sofferente di intossicazione cronica da pb, ritiene che le manifestazioni gastro-intestinali che dipendono dall'azione del tossico non si limitano soltanto alle coliche e agli stati di spasmo permanente, ma possono estendersi anche allo sto-

maco e al duodeno, sotto forma di processi ulcerativi della mucosa. Secondo l'A., l'intossicazione saturnina determinerebbe delle modificazioni locali di circolo cui seguirebbe un perturbamento dell'equilibrio tra l'attività peptica del succo gastrico e i poteri antipeptici di difesa della mucosa gastrica e del sangue: di qui l'ulcera (*Il Policlinico*, giugno 1933, XI, n. 23).

Altri AA. (TOVO-VIGLIANI) ammettono un'azione preliminare del pb ingerito che determinerebbe alterazioni della mucosa e della secrezione gastrica.

Vero è che l'intossicazione professionale da pb, nella quasi totalità dei casi suole iniziarsi subdolamente, con disturbi dispeptici (anoressia, digestioni laboriose, difficili, senso di peso alla regione epigastrica, eruttazioni, acidità, gastralgie, ecc.) che possono simulare, sin dall'inizio, il quadro di un'ulcera gastrica e che come sappiamo, costituiscono, nel loro insieme, il quadro del presaturismo. Ma non dobbiamo dimenticare che disturbi dispeptici sogliono manifestarsi in molte altre intossicazioni (Hg, Ph, As, CS₂, ecc.), al di fuori di qualsiasi azione di contatto delle sostanze tossiche con le pareti gastriche o, se si vuole essere più precisi, con così scarsa azione di contatto, da non meritare questa di essere presa in seria considerazione.

Le stesse alterazioni messe in luce per primo da GUTZEIT, colla gastroscopia diretta e consistenti, in ordine di frequenza, in gastriti ipertrofiche, catarro gastrico e gastriti atrofiche, sono secondo noi da riportarsi con ogni probabilità, più che all'azione di contatto del piombo con le pareti dello stomaco, all'azione tossica espletata dal pb passato in circolo. Ho creduto, ad ogni modo, opportuno approfondire da questo lato le ricerche e di esse riferirò brevemente, riportandomi agli studi importanti di

Wurtz, sull'azione delle principali sostanze tossiche a contatto con la mucosa gastrica, ho trovato che queste, in genere, determinano, in un primo tempo, una iperattività fisiologica che si appaleserebbe con una esagerazione delle funzioni (segni di ipersecrezione e iperattività motoria); in un secondo tempo si noterebbe una iperattività anatomica caratterizzata da un certo grado di proliferazione cellulare che potremmo identificare con la gastrite ipertrofica di Gutzeit; in un periodo più avanzato si osserverebbe affievolimento delle funzioni con fenomeni regressivi (gastrite atrofica di GUTZEIT) fino a veri e propri processi degenerativi dai quali potrebbe prendere origine l'ulcera (Confr. P. CARNOT e R. WURTZ, pag. 8).

Questi vari processi di gastrite ipertrofica, catarro gastrico e gastrite atrofica deriverebbero da variazioni della secrezione del muco gastrico, consistenti in alterazioni delle sue qualità chimiche e notevole diminuzione di esso; condizioni queste alle quali, attualmente, si dà grande importanza nella genesi dell'ulcera gastro-duodenale.

Secondo LERICHE, infatti (*Presse Médicale*, 5 agosto 1933) che si basa sulle osservazioni praticate in circa 300 casi di ulcera gastrica e duodenale da lui operati negli ultimi anni, la gastrite che quasi costantemente ha riscontrato intorno all'ulcera non è una conseguenza di questa ma la precede.

La gastrite, a sua volta, sarebbe conseguenza di una alterata funzione delle glandole mucipare differenziate per la produzione del muco alcalino e che si mantiene a reazione alcalina anche in piena digestione. Normalmente il muco gastrico esercita una doppia azione protettiva, meccanica e chimica, della parete gastrica.

Disturbi anche lievi della secrezione del muco gastrico causati a loro volta

da errori alimentari, alcool, emozioni, forse anche, come nel nostro caso, dall'azione tossica di contatto del piombo, con l'intermediario di una alterazione della circolazione gastrica, produrrebbero una gastrite infiammatoria, mancando alla parete gastrica la normale protezione. Seguirebbe una gastrite atrofica con conseguente perdita, da parte delle glandole, della proprietà di secernere il muco differenziato alcalino. La mucosa gastrica, privata così, della sua fisiologica, normale difesa, verrebbe attaccata dal succo cloridro-peptico con la produzione di un'ulcera come risultato finale.

L'importanza della gastrite nel determinismo dell'ulcera è troppo evidente perchè venga messa in dubbio; resta però da stabilire, nel nostro caso, se non possa essere dovuta anche all'azione di contatto del piombo con le pareti gastriche; se non sia dovuta esclusivamente all'azione tossica del piombo passato in circolo, ovvero se non sia da riportarsi, il che è più probabile, al concorso delle due cause agenti, sia pure, con intensità diversa: minima quella di contatto, massima quella tossica generale.

Circa, poi, le vie di eliminazione del piombo, vien fatto di domandarsi: è possibile anche una eliminazione di esso attraverso le glandole dello stomaco con conseguenti alterazioni della mucosa gastrica?

Per quante ricerche abbia fatto nella letteratura non mi è riuscito trovare dati affermativi in proposito; giudicherei non del tutto improbabile, però, sempre secondo i concetti del WURTZ (pag. 29 del *Trattato*, 41, I, vol. XI) che, concordemente a quanto avviene per il mercurio, il manganese, lo iodio, il bromo, il cromo e l'arsenico, studiati dal BINET, anche il piombo eliminandosi, sia pure in tracce minime, attraverso la mucosa gastrica, possa provocare piccole zone di ecchimosi e alle volte vere ulcerazioni. In

altre parole, bisognerebbe ammettere, riprendendo, in tal modo, le idee di KRUEILHIER e GANDY, che il piombo eliminandosi per lo stomaco, possa determinare una gastrite che dia luogo alla formazione di piccole zone di necrobiosi che favorirebbero l'autodigestione da parte del succo gastrico.

Il problema ha bisogno, come di leggieri s'intende, di ulteriori studi.

L'avere affacciato altre ipotesi a fianco di quelle attualmente dominanti, forse, non varrà che a rendere ancora più intricato il già complesso problema del rapporto etiopatogenetico tra ulcera gastro-duodenale e intossicazione da piombo.

Io credo, tuttavia, senza addentrarci in particolari del dibattito e prendere in esame le tesi che appoggiano o contrastano un'azione anche locale del piombo sulle pareti gastriche, che possiamo ritenere più probabile l'intervento di più fattori e cioè una disposizione costituzionale (longilinei, catabolici, ipertoroidi), condizioni morbose preesistenti (disturbi dispeptici, ipercloridria, ecc.), alterazioni del sistema nervoso vegetativo ed in particolare del simpatico; azione tossica del piombo sugli elementi istologici vasali della mucosa gastrica donde ischemia, trombosi, ecc.; forse anche, sia pure in minima parte, un'azione tossica diretta del piombo sulla mucosa gastrica.

Dall'insieme di queste diverse condizioni patologiche scaturisce, forse, il vero momento causale nel quale occorre cercare il come ed il perchè la mucosa gastrica ceda all'azione corrosiva del succo peptico venendone così intaccata e digerita.

Certo non esiste qui, voglio ripetere col prof. E. GREPPI, come nel vasto campo di tutta la patologia, una causa unica, ben definita, obbligata, e forse il rigoroso indirizzo etiologico, nella medicina,

costringendo ogni malattia o complesso clinico nei limiti di un momento causale suo proprio, noto od ignoto, è, talvolta, di ostacolo alla vera, realistica interpretazione dei fatti e del loro mutevole gioco di combinazioni e di evoluzioni.

Molti segni e disturbi, anatomici e funzionali, molti complessi clinici non hanno una propria, unica etiologia ma si creano e si sviluppano con lenta progressione mediata, con vari compensi ed antagonismi, col sovrapporsi di nuove cause.

Allo squilibrio primitivo, in conseguenza del quale detti segni e disturbi si sono manifestati e, nel lento corso della malattia, divenuto remoto, altri se ne possono aggiungere e così il vero momento provocatore, causale può sembrare del tutto spento od irriconoscibile.

Ostinarsi, quindi, a voler identificare l'unica, la vera causa etiologica di molti stati morbosi, chiudere un capitolo con una espressione audace, con una affermazione assolutista, non è possibile senza correre il rischio di fare dell'acrobatismo in un campo che offre, come quello della medicina, tante e spesso insormontabili difficoltà.

* * *

Da quanto abbiamo succintamente esposto risultano chiare le conclusioni che si possono trarre: è fuori di dubbio che le intossicazioni in genere e quelle da piombo in particolar modo predispongano se non favoriscano l'insorgenza dell'ulcera e che il fattore tossico abbia parte non trascurabile nel determinismo di molte ulcere gastro-duodenali, è pure noto da tempo, sempre però come condizione secondaria, associata vale a dire alla predisposizione individuale cui spetta, senza dubbio, importanza fondamentale nella formazione dell'ulcera.

In definitiva, l'influenza dello stato

tossico nel determinismo dell'ulcera non si può escludere; è una condizione, ad ogni modo, favorevole ed appare per lo meno non rara a chi consideri le ulcere gastro-duodenali in rapporto alle intossicazioni. Ma qui importa far notare un altro aspetto del problema: vien fatto davvero di chiedersi: se il momento base ulcerativo è pur sempre da ricondursi alla predisposizione individuale, le condizioni generali tossiche come agirebbero per facilitare o affrettare la comparsa dell'ulcera?

La risposta potrebbe sembrare a tutta prima non difficile; basta infatti pensare alla delibitazione cui l'organismo va incontro in conseguenza dell'intossicazione per comprendere come possa venire turbato, rotto l'equilibrio instabile in cui già l'organismo trovavasi con conseguente esplosione di manifestazioni morbose latenti.

Spiegazione questa tutt'altro che geniale se si pensa alla complessità dei fenomeni biologici, con tutte le loro interferenze, con tutte le loro manifestazioni collaterali e contingenti; sufficiente, tuttavia, in mancanza di altra interpretazione, a darci la soluzione del quesito postoci.

Questi sono, in breve, i risultati delle mie ricerche le quali, fondate su una statistica piuttosto varia, si prestano a delle considerazioni d'indole teorica e pratica, di non scarsa importanza.

Alla fine di uno studio simile, con dati così incerti e contrastanti, non si può non confessare, ripeto ancora col prof. GREPPI, qualche sorpresa e un certo imbarazzo nella critica nosologica dei reparti.

Sorpresa e imbarazzo comprensibili e giustificati se si pensa alla difficoltà di conciliare le vedute, senza formulare assurde ed audaci ipotesi, rimanendo cioè entro i limiti classici e per così dire ufficiali della patologia medica, fra co-

loro che sostengono l'una o l'altra opinione esclusiva.

Sorpresa e perplessità possono, d'altra parte, attenuarsi quando si tenti l'interpretazione dell'etiologia dell'ulcera come conseguenza di un anormale atteggiamento funzionale, come esito di un viscere deviato nel suo equilibrio attivo di tono nervoso e di regime circolatorio per cause varie, per lo più remote, forse anche « spente », nel singolo caso, ma non senza aver lasciato un'impronta definitiva patologica a carico della mucosa, dei vasi e dei nervi dello stomaco.

Dal punto di vista assicurativo diremo, come conclusione logica di questo studio, che dovendo l'ulcera gastro-duodenale rapportarsi, come sopra si è detto, al fattore costituzionale (soggetti longilinei, ipertiroidei, catabolici con l'intermediario di particolari condizioni morbose determinanti uno squilibrio nel sistema neuro-vegetativo; qualcuno ha parlato di « diatesi ulcerativa »; altri danno molta importanza al carattere di « familiarità » della malattia) — non spettando, secondo noi, al pH che importanza secondaria — il giudizio diagnostico e prognostico e quindi quello sull'assunzione del rischio non differiranno da quelli delle ulcere riscontrate in altri soggetti e pertanto saranno tenuti presenti quei criteri già ampiamente esposti in questa rassegna che in breve riassumeremo:

1) Un'anamnesi ereditaria e personale diligentemente ed abilmente condotta potrà orientarci nel giusto senso. A differenza dei medici internisti che in pratica medica privata si trovano di fronte a malati disposti a raccontare ogni dato anamnastico familiare ed individuale, a sottoporsi volenterosamente al più diligente esame obiettivo e a collaborare insomma nel modo più sincero e più ampio all'indagine, noi medici di

assicurazione dobbiamo tener presente di trovarci di fronte ad individui i quali sanno spesso che ogni apprezzabile tara familiare ed individuale può aggravare le condizioni alle quali sarà emesso il contratto e sono quindi interessati alla dissimulazione o almeno all'attenuazione dei fatti che possono nuocere ai loro fini.

Indagheremo perciò, specie di fronte ad individui longilinei, a temperamento nevropatico, sottopesi, con eventuali lievi disturbi gastro-intestinali che devono essere sempre sospetti per il medico di assicurazione, aiutando l'assicurato con la enumerazione dei sintomi e dei disturbi (acidità, vomito, dolori all'epigastrio saltuari, stagionali, con periodi di sofferenze di alcune settimane seguiti da periodi di tregua), su eventuali sregolatezze alimentari, abuso di fumo, e sopra certi mestieri (per esempio, secondo PONTICACCIA, quello dei cestai) che richiedono una continua compressione sulla regione epigastrica.

2) L'epoca d'insorgenza è in media tra i 25 e i 35 anni senza dimenticare che sono state descritte ulcere in giovanissima età (13 anni) e in tarda età (63 anni). Sono più frequenti negli uomini e prevale la sede duodenale.

3) Un certo rapporto tra ulcere e professioni, pur non essendo stato ancora sufficientemente dimostrato dal punto di vista scientifico, non si può tuttavia negare: i mestieri più faticosi (agricoltori) e quelli che espongono gli operai all'azione di sostanze tossiche (industrie in genere) sembra che maggiormente predispongano alle ulcere.

4) Circa la diagnosi non insisteremo mai abbastanza sulla necessità di ottenere « dall'assicurando tutte le risposte circa i disturbi e le sofferenze pregresse

e le attuali sensazioni subiettive » (ROMANELLI) tanto più che i diversi mezzi diagnostici entrati facilmente nella pratica corrente privata (esame radiografico, del succo gastrico, ultima la gastroscopia nelle forme gastriche) incontrano difficoltà non lievi nella pratica di Assicurazione vita per cui non sempre vi si può ricorrere.

5) Circa la prognosi diremo che questa è sempre riservata per l'insorgenza di alcune complicanze non prevedibili: le più importanti e frequenti a verificarsi sono l'emorragia e la perforazione in modo acuto; non rare sono la stenosi organica pilorica, l'ulcera callosa, lo stomaco a clessidra, la gastrectasia da stenosi pilorica cicatriziale e la cancerizzazione dell'ulcera cronica.

L'emorragia, che secondo le statistiche esposte dai relatori FAROY e CARRIÈ al Congresso Internazionale di Medicina delle Assicurazioni Vita, tenuto a Londra nel 1935, su materiale di tre Compagnie di Assicurazione (italiana, inglese e francese) si verificherebbe rispettivamente nel 26%-28%-36% (media 30%), alle volte di lievissima entità e svelabili soltanto all'esame chimico del contenuto gastrico e delle feci, può essere alle volte imponente e mortale.

La perforazione, che si verificherebbe nel 28 % dei casi, non sempre è mortale, specie se per aderenze formatesi intorno al punto perforato si sia sviluppata una peritonite circoscritta. L'ulcera più facile a perforarsi sembra sia quella situata sulla parete ant. dello stomaco.

Le altre complicazioni, stenosi organica pilorica, ulcera callosa, stomaco a clessidra, ecc., si verificano con relativa frequenza nelle ulcere a lento e lungo decorso; circa poi l'eventualità temibile della trasformazione cancerigna dell'ulcera alcuni AA. ritengono che ciò avvenga nel 26 % dei casi, altri ritengono

che ciò avvenga molto raramente e in caso di ulcere gastriche molto vecchie. Sembra a noi esagerata l'affermazione di PAUCHET che i 4/5 dei carcinomi gastrici si insedino su vecchie ulcere.

Anche quando l'ulcera volga a guarire, la malattia non può dirsi estinta, residuando spesso sofferenze notevoli inerenti alla cicatrizzazione dell'ulcera (stenosi pilorica, periduodenite, perigastrite adesiva, ecc.): La stenosi cicatriziale del piloro inoltre costituisce una lesione quasi sempre in periodo evolutivo come appunto è dimostrato dalla gastrorragia che spesso l'accompagna; senza dire della possibilità di trasformazione di un'ulcera in carcinoma come sopra si è detto e delle frequenti recidive che si osservano in ulcerosi sottoposti al trattamento medico o chirurgico.

6) Circa l'assunzione del rischio diremo che « se sofferenze sono in atto il rischio vien rinviato. Trascorsi almeno sei mesi dalle ultime sofferenze, sempre che le condizioni di nutrizione siano buone, il rischio si accetta con una notevole severità (elevati soprapremi, carenze parziali distribuite a scalare in un quinquennio, ecc.) concedendo una revisione medica del rischio ai fini di migliorarne la sopramortalità » (ROMANELLI).

Dopo cinque anni dalla guarigione clinico-radiologica seguita a cura medica

o chirurgica, qualora le condizioni generali siano buone, si accetta il rischio a condizioni migliori, e secondo SEMINI la classe di sopramortalità può variare tra il 25 % e il 50 %. Il rischio è in Italia previsto in genere « decrescente » con maggiore o minore rapidità negli anni, secondo il singolo caso.

* * *

Possiamo a questo punto concludere che la diagnosi di ulcera gastro-duodenale è fondata in massima parte su dati anamnestici. In molti casi sintomi obiettivi, al di fuori dell'esame radiologico, mancano e perciò la diagnosi è fatta « in base alle dichiarazioni sinceramente rese dall'assicurando circa il proprio gentilizio, il passato patologico personale, le proprie abitudini di vita e le sensazioni subiettive circa il suo stato attuale » (ROMANELLI). Nei casi sospetti il medico di assicurazione chiederà ricerche sussidiarie per porre un esatto giudizio diagnostico e prognostico. Comunque in base alle dichiarazioni di Polizza è obbligo ed interesse dell'assicurando riferire tutti i dati anamnestici esatti e completi, potendo in caso contrario l'Ente Assicuratore contestare e persino annullare il contratto di assicurazione, nei casi in cui venga a conoscenza di fatti non riferiti dall'assicurando con evidente mala fede.

Considerazioni sul problema della conservazione delle urine

Dott. GIUSEPPE RESTIVO.

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

Numerosi autori si sono occupati del problema della conservazione delle urine da esaminare e varie sostanze sono state proposte a questo scopo. Malgrado ciò oggi siamo allo stato primitivo perchè non esiste una concordanza di vedute tra gli autori sulla scelta della sostanza, con la conseguenza che continuano ad arrivare ai laboratori dei campioni di urina alterati per fermentazione o putrefazione, specie d'estate.

Credo utile trattare sinteticamente questo argomento allo scopo di cercare un sicuro mezzo di conservare le urine, che risponda a dei requisiti fondamentali e che possa essere usata facilmente e diffusa estesamente nella pratica.

Nel sottopormi a questo lavoro implicitamente parto dal concetto della necessità di evitare che le urine da analizzare arrivino al laboratorio comunque alterate. Questa necessità scaturisce dalle osservazioni fatte che le urine alterate presentano indubbiamente alcuni inconvenienti che conducono a degli errori d'interpretazione dei risultati delle analisi, come per esempio:

1) difficoltà di stabilire se la fermentazione o putrefazione sia avvenuta dopo la minzione ovvero per un fatto patologico delle vie urinarie;

2) alterazione degli elementi normali e patologici del sedimento e scomparsa dei cilindri urinari, specie di quelli ialini;

3) l'eccessiva alcalinità dell'urina disturba un poco i comuni metodi di dosaggio dei cloruri e dell'acido urico, costringendo a ricorrere a dei ripari;

4) l'abbondante deposito di fosfati

e carbonati e di flora batterica della fermentazione o putrefazione ostacola l'osservazione microscopica del sedimento i cui elementi vengono resi meno evidenti;

5) a causa dell'abbondante flora batterica si riscontrano sempre in tali urine delle tracce di albumina;

6) alterazione di alcuni componenti patologici, in soluzione nelle urine, fra le quali il glucosio.

In considerazione di quanto è stato esposto si può essere indotti in errori e considerare normale una urina patologica, come nel caso seguente:

Una persona elimina un'urina contenente tracce di albumina e cilindri, i cilindri in seguito alle alterazioni prodotte dalla fermentazione dell'urina, al momento dell'esame possono scomparire e le tracce di albumina venire totalmente considerate di origine batterica.

La conseguenza è che viene a sfuggire una diagnosi importante a danno dell'ammalato.

Ne nasce di conseguenza che il referto di analisi di una urina alterata deve essere considerato con molta diffidenza essendo il suo valore assai dubbio.

La scelta della sostanza conservativa da aggiungere alle urine deve cadere su quella che più risponda ai requisiti seguenti:

1) deve anzitutto possedere un sicuro potere conservativo per un periodo di almeno 4-5 giorni, quanto basta a che un campione di urina inviato a un laboratorio lontano per posta, arrivi nelle stesse condizioni in cui è partito;

2) non deve alterare alcun componente normale o patologico delle urine da esaminare;

3) non deve causare errori nelle varie ricerche eseguite, ovvero siano di entità affatto trascurabili;

4) deve essere di poco prezzo;

5) deve essere facilmente procurabile da tutti in modo che il suo uso possa essere largamente esteso e alla portata di tutti e in ispecial modo del pubblico.

Senza elencare tutte le sostanze prese in istudio dai vari autori prenderò in esame solamente dieci sostanze molto conosciute, perchè di largo uso per vari scopi, trascurando alcune sostanze che pur avendo un sicuro potere conservativo presentano l'inconveniente del prezzo elevato e di essere difficilmente procurabili.

Le sostanze all'uopo considerate sono:

Formalina, acido fenico, acido salicilico, acido borico, ossicianuro di mercurio, timolo, camfora, mentolo, sublimato corrosivo.

Di queste sostanze si è studiato il potere conservativo sull'urina emessa di fresco e tenuta poi allo scoperto in un bicchiere, a temperatura ambiente (28° C.) per 4-5 giorni e su urine emesse di recente e tenute in flaconi chiusi. In tutti e due i casi si è fatto il controllo con le stesse urine senza aggiunta di sostanza. Con ciascuna delle sostanze citate si è preparata una soluzione acquosa sulla quale sono state praticate tutte le ricerche comunemente eseguite sulle urine allo scopo di accertare se dia delle reazioni proprie, alle diluizioni usate nelle urine, e possano essere causa di errori d'interpretazione quando si eseguono le ricerche su urine alle quali sia stata aggiunta.

1. - FORMALINA. — E' un liquido limpido incolore, di odore pungente, com-

posto di 35-40 % di Formaldeide in soluzione acquosa. E' molto solubile in acqua.

Potere conservativo sull'urina: ottimo in proporzione del 1/2-1 %.

Disturbi. — Provoca la riduzione del Reattivo di Fehling e di Nylander, simulando la presenza di glucosio. Questa riduzione manca se si aggiunge dell'ammoniaca all'urina prima di ricercare la presenza di glucosio.

Intorbida le urine albuminose.

2. - CLOROFORMIO. — Liquido limpido pesante di sapore dolciastro poco solubile in acqua (1 parte in 200 di acqua).

Potere conservativo: buono in proporzione del 1-2 %.

Disturbi. — Riduce il Reattivo di Fehling simulando anch'esso la presenza di glucosio. Questo disturbo è difficilmente evitabile perciò in sua presenza non è possibile stabilire se esiste glucosio nè di farne il dosaggio con i comuni metodi chimici.

3. - ACIDO FENICO. — Si trova in commercio sotto forma di cristallini incolori deliquescenti, molto solubili in acqua (1 parte in 12 di acqua). Il Fenolo liquido è una soluzione al 90 % di acido fenico cristallino in acqua distillata.

Potere conservativo. — Buono in proporzione del 1/2-1 %.

Disturbi. — Intorbida le urine albuminose.

Dà colorazione rosso-viola intensa con una soluzione diluita di percloruro di ferro, ostacolando così la ricerca dell'ac. diacetico col Metodo Gerhardt.

4. - ACIDO SALICILICO. — E' una polvere cristallina bianca, leggerissima, poco solubile in acqua (1 parte in 500 di acqua).

Potere conservativo. — Buono in proporzione del 1/2-1 %.

Disturbi. — Dà colorazione intensa

rosso-viola con la soluzione diluita di percloruro di ferro.

5. - ACIDO BORICO. — Si trova sotto forma di cristalli lamellari bianchi o in polvere cristallina bianca. Una parte si scioglie in 15 parti di acqua fredda.

Potere conservativo. — Buono in proporzione del $\frac{1}{2}$ -1 %.

Disturbi. — Nessuno.

6. - OSSICIANURO DI MERCURIO. — E' una polvere cristallina bianca o leggermente gialliccia, poco solubile in acqua fredda (1 parte in 77 di acqua).

Potere conservativo. — Buono in proporzione del $\frac{1}{2}$ -1 %.

Disturbi. — Intorbida notevolmente le urine normali formando un abbondante precipitato fioccoso grigiastro. Scolora il solfuro di carbonio colorato col Reattivo di Ruhemann, ostacolando il dosaggio dell'acido urico.

7. - TIMOLO. — Si trova in forma di una massa cristallina incolore trasparente di odore aromatico, quasi insolubile in acqua (1 parte in 1200 di acqua).

Potere conservativo. — Buono aggiungendone $\frac{1}{2}$ grammo finemente suddiviso in 100 cc. di urina.

Disturbi. — Dà positiva la prova di Heller simulando la presenza di albumina. Dà positiva la reazione per la ricerca dell'urobilina col metodo del cloroformio.

8. - CANFORA. — Si trova sotto forma di pani o in polvere cristallina bianca, quasi insolubile in acqua (1 parte in 1200 di acqua).

Potere conservativo. — Non ha potere conservativo neanche in proporzione del 5 %.

Disturbi. — Nessuno.

9. - MENTOLO. — Cristalli esagonali incolori quasi insolubili in acqua.

Potere conservativo. — Non conserva l'urina nella proporzione del 2 %.

Disturbi. — Nessuno.

10. - SUBLIMATO CORROSIVO. — E' una polvere bianca solubile in acqua fredda nella proporzione del 5 %.

Potere conservativo. — Ottimo nella proporzione dell'1-2 per mille.

Disturbi. — Intorbida le urine albuminose. Dà un precipitato bianco con la soluzione del nitrato di argento ostacolando in modo trascurabile il dosaggio dei cloruri, considerata la scarsa quantità aggiunta all'urine per la conservazione. Col Reattivo di Ruhemann dà un precipitato rossastro ostacolando il dosaggio dell'acido urico.

Esaminando i risultati ottenuti nelle su descritte prove, possiamo trarre le seguenti conclusioni:

1) Possiamo escludere senz'altro dalla nostra considerazione quelle sostanze come la *canfora* e il *mentolo* che non hanno dimostrato di possedere il potere di conservare le urine nelle prove fatte.

2) Delle sostanze che posseggono un buon potere conservativo dobbiamo scartare tutte quelle che disturbano più o meno notevolmente alcune delle ricerche normalmente praticate sulle urine, cioè, ac. fenico, ossicianuro di mercurio, sublimato corrosivo, il timolo e il cloroformio.

3) Ci rimangono quindi da esaminare attentamente quali delle tre sostanze, *formalina*, *acido salicilico* e *acido borico* sia più adatta al nostro scopo.

L'acido salicilico dà il solo inconveniente di ostacolare la ricerca dell'acido acetoacetico col metodo del percloruro di ferro; ma questa ricerca può essere sostituita da altri metodi (Metodo Riegler con soluzione iodica) che non vengono disturbati dall'acido salicilico.

La formalina dà l'inconveniente della

riduzione dei reattivi di Fehling e Nylander, ma come già spiegato questo disturbo può essere facilmente eliminato aggiungendo dell'ammoniaca all'urina prima di fare queste prove. Resta solo il disturbo che intorbida leggermente le urine albuminose.

L'acido borico è l'unica fra tutte le sostanze studiate che pur possedendo un buon potere conservativo sulle urine non disturba alcuna ricerca.

Fra queste tre sostanze la scelta non può cadere che sull'acido borico; che presenta tutti i requisiti formulati in anticipo. Oltre al suo certo potere conservativo in relativamente scarsa quantità per il periodo di 4-5 giorni e di non disturbare alcuna delle ricerche comunemente praticate sulle urine, esso ha il vantaggio di essere una sostanza largamente diffusa e alla portata di tutti per il suo bassissimo prezzo.

E' ovvio che l'aggiunta di qualsiasi sostanza solubile nell'urina modifica il suo peso specifico *elevandolo*. A questo inevitabile ma trascurabile inconveniente

si può rimediare alquanto sapendo che l'aggiunta di acido borico nella proporzione dell'1 % eleva il peso specifico di 1 sulla terza cifra.

Considerata la ricchezza nazionale in acido borico e il suo prezzo assai modesto possiamo essere fiduciosi che il suo impiego per la conservazione delle urine possa essere facilmente diffuso. E' necessario però richiamare su ciò l'attenzione dei medici perchè questi a loro volta ne consiglino l'uso ai loro clienti.

L'acido borico va aggiunto all'urina nella proporzione dell'1 % agitando poi leggermente la bottiglia per mescolarlo all'urina.

E' inutile ripetere che ogni qual volta è possibile è da preferire per le ricerche l'urina fresca.

In conclusione di quanto sopra si raccomanda vivamente l'uso dell'acido borico all'1 % per la conservazione delle urine. Quest'uso è agevolato dal modestissimo costo della sostanza e dalla facilità con la quale può essere procurata da chiunque.

Proposta di modifica alla tecnica dell'azotemia col metodo di Ambard

Dott. G. RESTIVO

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

Capita delle volte dover eseguire un dosaggio dell'azotemia disponendo di pochissimo sangue in modo da non poter estrarre più di 2 cc. di siero. Questa scarsa quantità di siero mentre è sufficiente per eseguire il dosaggio dell'azotemia con il micrometodo di Ambard non lo è per il comune metodo (macro-Ambard) perchè occorrono almeno 4 cc. di siero che diluiti con 4 cc. di acido Tricloroacetico al 20 % diano 4-5 cc. di filtrato corrispondenti a 2-2 1/2 cc. di siero. Usando quantità minori di filtrato i ri-

sultati ottenuti sono meno esatti giacchè il volume di azoto sviluppato sarebbe scarsissimo e causerebbe inevitabili errori nel calcolo complessivo.

Con la tecnica che propongo si può eseguire con esattezza la Azotemia con il comune Ambard usando la metà del siero occorrente con il metodo usuale. Questa tecnica consiste nell'estrarre l'urea dal siero in esame mediante la diluizione del siero dealbuminizzato e la centrifugazione, operazione che viene ripetuta due volte allo scopo di estrarre an-

che le tracce di urea trattenute nel sedimento della prima centrifugazione. Il liquido limpido della provetta dopo la centrifugazione contiene tutta l'urea della quantità di siero esaminato.

Si usa poi tutto il decantato limpido delle due centrifugazioni per la ricerca.

Materiali occorrenti:

Apparecchio Ambard;

Provette da centrifuga da 10 cc.;

Acido tricloroacetico al 20 %;

Soluzione dealbuminizzante così composta:

soluzione satura di cloruro di potassio cc. 1300;

soluzione di acetato di uranile 1,5 % cc. 200;

soluzione di acido acetico 4 % cc. 2,5;

soluzione di acido cloridrico 25 % cc. 1,5;

acqua distillata fino a cc. 2000.

Tecnica. In una provetta da centrifuga, a mezzo di una pipetta, si misurano 2 cc. di siero, e a questi si aggiungono 2 cc. di acido tricloroacetico al 20 %. Si agita con una bacchettina di vetro e poi si aggiungono 5 cc. di soluzione dealbuminizzante. Si agita bene il tutto e poi si centrifuga. Dopo 5 minuti di centrifugazione si decanta il liquido limpido in un becker da 100 cc. Nella provetta si aggiungono altri 2 cc. di acido tricloroacetico al 20 % e 5 cc. di soluzione dealbuminizzante si agita con una bacchettina di vetro il sedimento in modo da ottenere un liquido uniformemente opalescente e si centrifuga il nuovo per 5 minuti, unendo il secondo decantato al primo. Si aggiungono 2-3 gocce di soluzione alcoolica di Fenoltaleina all'1 % poi si aggiunge a gocce idrato sodico al 50 % fino a colorazione rossa permanente. Si ha così la neutralizzazione del liquido che viene versato nell'Ambard precedentemente preparato. Si procede poi con la consueta tec-

nica del metodo Ambard, al dosaggio dell'urea contenuta nel liquido che corrisponde a 2 cc. di siero, e da questo si ricava il tasso azotemico.

Dalla tabella seguente si rilevano i valori dell'azotemia sullo stesso siero, adoperando i due metodi. I valori spesso leggermente più elevati della azotemia, usando il nuovo procedimento, dimostra una più completa estrazione dell'urea che non si ha sempre con la comune tecnica della filtrazione. Ciò può essere dovuto al fatto che unendo a parti uguali siero e acido tricloroacetico al 20 % si forma un miscuglio composto di una parte liquida e una parte solida composta delle albumine precipitate, che fa supporre che non avvenga una perfetta ripartizione delle sostanze solubili, e tra queste l'urea, tra parte liquida e parte solida, mentre il calcolo si basa sul presupposto che in 4 cc. di filtrato sia contenuta l'urea di 2 cc. di siero.

Tasso di azotemia sul siero

Dosaggio con 4 cc. di filtrato.		Dosaggio con 2 cc. di siero (centrifugazione).	
1)	0,40 ‰	0,40	‰
2)	0,40 »	0,44	»
3)	0,38 »	0,42	»
4)	0,44 »	0,44	»
5)	0,36 »	0,44	»
6)	0,36 »	0,36	»
7)	0,32 »	0,32	»
8)	0,50 »	0,48	»
9)	0,34 »	0,36	»
10)	0,42 »	0,43	»

Questa variazione nel metodo ipobromitico del dosaggio dell'urea sanguigna può essere utilissimo adoperando sia il macro-Ambard che il micro-Ambard, perchè permette di lavorare su metà del siero normalmente richiesto, costituendo questo un vantaggio notevole, a beneficio dell'esattezza dei risultati.

La tecnica è di facile esecuzione e non si richiedono soluzioni speciali, giacchè la soluzione dealbuminizzante si trova sempre pronta in laboratorio per la ricerca della Glicemia col metodo di Bang.

Medicina Legale della Assicurazione Vita

VII CONGRESSO DI MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI - NAPOLI 15-18 OTTOBRE 1937-XV

I.

IL GIUDIZIO PROGNOSTICO NELLA MEDICINA DELLE ASSICURAZIONI VITA

Comunicazione del Prof. Dott. I. ROMANELLI
Capo del Servizio Sanitario dell' I. N. A.

E' superfluo illustrare la importanza del giudizio prognostico nella medicina delle assicurazioni vita.

Esso costituisce la parte fondamentale della classica funzione medico assicurativa.

Peraltro non vi può essere prognosi se non vi è stata la diagnosi, perciò la diagnostica e la prognostica costituiscono la parte fondamentale della medicina delle assicurazioni vita intesa come funzione classica. Inoltre oggi a questa funzione si è aggiunta anche la funzione assistenziale ai fini di ottenere che gli assicurati possano vivere più a lungo che sia possibile e nelle migliori condizioni di salute.

Ma per la classica funzione assicurativa sono necessarie la diagnosi e la prognosi.

Il medico fiduciario raccoglie dall'assicurato le notizie anamnestiche dopo avergli fatto notare che esse costituiscono la base del contratto di assicurazione.

Queste notizie comprendono:

1) l'età, il domicilio e la professione;

2) lo stato di famiglia e specialmente le condizioni di salute dei viventi

e la causa di morte dei defunti appartenenti alla famiglia dell'assicurato (genitori, fratelli, sorelle, coniuge, figli).

Una nota speciale richiama l'attenzione particolarmente su quelle malattie che facilmente si ripetono nei discendenti e che possono acquisirsi per convivenza (tumori maligni, gotta, diabete, epilessia ed altre malattie nervose e mentali, sifilide, tubercolosi);

3) i precedenti personali, quindi tutte le malattie, lesioni e disturbi sofferti dall'infanzia alla data di richiesta del contratto di assicurazione;

4) gli eventuali disturbi subiettivi in atto;

5) le abitudini di vita;

6) i precedenti assicurativi;

7) i dati riferentisi al Servizio militare;

8) per le donne quanto può riguardare la sfera genitale.

Raccolta l'anamnesi il fiduciario, che si è accertato della identità personale dell'assicurato, procede all'esame obiettivo.

Rileva innanzi tutto le condizioni generali e i dati delle misure somatiche

e quindi esamina i vari organi ed apparati. Esegue le ricerche di laboratorio che in tutti i casi si limitano al semplice esame delle urine ed in casi speciali all'esame radiologico, all'esame elettrocardiografico, di chimica clinica (azotemia, glicemia, ecc.), di sierologia (Kahn, Meinicke, Wassermann, ecc.) a seconda delle indicazioni che risultano dai dati anamnestici e da quelli dell'esame obiettivo.

Quindi il medico fiduciario formula il giudizio diagnostico e successivamente il giudizio prognostico.

Il giudizio prognostico del fiduciario non è il definitivo poichè spetta al medico della Direzione, per le ragioni che successivamente saranno illustrate, il giudizio prognostico definitivo.

La prognosi del fiduciario è una prognosi più clinica tanto che egli si limita ad emettere un giudizio prognostico « buono », « mediocre » o « cattivo ».

« Buono » se egli ritiene l'assicurato sano; « cattivo » se egli ritiene non assicurabile il soggetto; in tutti gli altri casi « mediocre ».

Diverso è invece il giudizio prognostico del medico della Direzione.

Egli deve dare il suo parere per la accettazione del rischio, sia che questo debba essere accettato alle normali condizioni di tariffa od a condizioni speciali, sia che debba essere rifiutato.

Mentre fino a non molti anni or sono si accettavano in assicurazione individui perfettamente sani ovvero si accettavano con soprapremio o modificando la forma del contratto di assicurazione (da un contratto in forma più rischiosa, per esempio vita intera, in una forma meno rischiosa, quale il termine fisso) solo quei casi in cui vi erano lievi imperfezioni od alterazioni, (per esempio ernia, gentilizio tarato, sifilide ben curata e clinicamente guarita, ecc.) oggi si

tende, per ragioni sociali, ad accettare quanti più assicurandi è possibile. Infatti tutti coloro i quali hanno una responsabilità verso terze persone (famiglia) sentono il bisogno ed hanno il dovere di contrarre l'assicurazione perchè nessuno di noi può prevedere la data in cui si verificherà la morte, evento sicuro e comune a tutti.

E sono specialmente coloro i quali hanno una qualche tara fisica che, prevedendo la possibilità di una morte prematura, sentono forte il bisogno di provvedere con una assicurazione alle esigenze materiali delle persone verso le quali hanno dei doveri.

E' merita dell' I.N.A. avere iniziato in Italia nel 1917 lo studio e l'accettazione dei rischi tarati.

Oggi si accettano in assicurazione persone anche fortemente tarate e si continua a studiare la possibilità di accettarne quante più è possibile, naturalmente valutandone il rischio.

E si tende a rifiutare solamente coloro che sono affetti da malattia acuta in atto o da affezioni tali per cui si ritiene che la loro vita debba avere una ulteriore assai breve durata.

Il compito quindi del medico della Direzione è diverso se si tratta di assicurazioni ordinarie individuali con visita medica, ovvero di assicurazioni collettive, ovvero di assicurazioni senza visita medica.

* * *

Nelle assicurazioni Ordinarie individuali con visita medica il medico della Direzione, in base alle dichiarazioni dell'assicurato ed al rapporto del fiduciario, che eventualmente farà completare con tutte le ricerche di laboratorio, in base alla diagnosi stabilirà la sua prognosi indicando se il rischio può far parte del gruppo dei rischi normali nei quali si prevede una mortalità che risponda a quella in base alla quale sono

state costruite le tariffe, ovvero si prevede che l'assicurando debba far parte di gruppi che fanno prevedere una mortalità aumentata.

E poichè è assai difficile poter indicare le probabilità di morte di un assicurando si costituiscono gruppi più o meno omogenei dei quali, in base alla esperienza clinica ed alla esperienza di statistica medica, si stabilisce la sopra-mortalità.

Così per esempio si stabiliscono gruppi di persone affette da vizio mitralico di natura reumatica in periodo di eustolia, gruppi di assicurandi di età matura glicosurici, gruppi di obesi, gruppi di affetti da tabe dorsale, ecc.

Il medico della Direzione nell'esaminare i singoli rischi tiene conto dell'età, dei dati del gentilizio, di quelli della anamnesi personale, in ispecial modo dei disturbi subiettivi accusati dall'assicurando, della professione e delle abitudini di vita di lui, dei dati risultati dalle misure somatiche e dall'esame obiettivo dei vari organi, dei risultati delle ricerche di laboratorio, e formula una diagnosi che qualche volta è dissimile dalla diagnosi clinica.

La diagnosi del fiduciario tiene conto per lo più della tara morbosa più importante.

Il medico delle assicurazioni in base a tutti gli elementi sopra elencati, formula una diagnosi in cui sono segnalate tutte le tare in ordine di importanza decrescente.

In base a questa diagnosi il medico della Direzione formula il suo giudizio prognostico incasellando il rischio in uno di quei gruppi di sopra-mortalità nel quale egli ritiene che il caso si possa meglio inquadrare.

Si intende che non ciascun rischio incluso in quel gruppo deve dare quella determinata mortalità, ma l'insieme dei rischi costituenti il gruppo, quindi il

gruppo stesso esaminato [redacted] dovrà dare la sopra-mortalità preveduta dal medico all'ingresso in assicurazione.

Perciò stabilita in 100 la mortalità normale in base alla quale sono state elaborate le tariffe, il medico di assicurazione costituisce dei gruppi con una sopra-mortalità del 25, del 50, del 75, del 100, del 125 fino al 300 ed oltre di sopra-mortalità.

* * *

Ma se questa è la condotta del medico nelle assicurazioni individuali Ordinarie con visita medica, nelle Collettive invece il medico dovrà tener conto di tante altre circostanze e tanti altri dati che costituiscono la caratteristica della collettiva.

Si hanno infatti collettive, cioè assicurazioni di tutti gli individui facenti parte di una determinata azienda, sia essa industriale o commerciale, i quali tutti, nessuno escluso, devono essere accettati in assicurazione, poichè il datore di lavoro o l'Ente da cui la collettiva dipende deve provvedere al trattamento di quiescenza di tutti i lavoratori dell'azienda.

Quindi non è possibile escluderne alcuno, ma tutti devono essere assicurati, poichè per legge o per volontà del datore di lavoro tutti debbono avere il trattamento di quiescenza.

Nelle collettive perciò il medico, oltre a dare il giudizio prognostico su ciascun rischio deve dare un giudizio di insieme nel quale si tiene conto del numero dei componenti la collettiva, del raggruppamento di essi per età, del lavoro che in quell'azienda si esercita, delle condizioni igieniche in cui quel lavoro si sviluppa, del numero dei rischi buoni e del numero dei rischi a varia sopra-mortalità dei facenti parte della collettiva.

In base al giudizio di insieme potran-

no essere assicurate anche persone gravemente tarate che come rischi individuali sarebbero stati sicuramente rifiutati.

Nelle collettive quindi il compito del medico è caratterizzato da una più intima collaborazione con l'azienda assicurativa.

* * *

Infine nelle assicurazioni senza visita medica l'opera del medico di Direzione è ancora più delicata.

Egli, attraverso le dichiarazioni rese dall'assicurando nella proposta, deve giudicare se il rischio è normale o da accettare a condizioni speciali o da rifiutarsi.

Solo in casi assolutamente eccezionali potrà richiedere una visita medica.

Anche nelle assicurazioni senza visita medica il compito varia se si tratta di assicurazioni individuali o di assicurazioni collettive, poichè anche per questa valgono gli stessi criteri generali sopra accennati per la formulazione del giudizio prognostico per le individuali con visita medica e per le collettive con visita medica.

* * *

Si aggiunga ancora che gli Enti di assicurazione accettano non solo di coprire il rischio di morte ma anche quello di invalidità.

Nella grande maggioranza dei casi il rischio di invalidità si limita all'esonero dell'ulteriore pagamento di premi in caso di invalidità totale e permanente secondo una apposita definizione.

Ma in molti casi, specialmente di collettive, all'invalido totale permanente si può anche liquidare una polizza come se fosse un sinistro di morte, ovvero si può concedere una rendita.

In altri casi viene concessa una rendita di invalidità temporanea.

Nella accettazione dei rischi, nella formulazione quindi del giudizio prognostico, sia che si tratti di assicurazioni individuali o di assicurazioni collettive con o senza visita medica, si deve tener conto della eventuale richiesta del rischio di invalidità.

Il giudizio prognostico quindi nella assicurazione vita è complesso ed è diverso da quello che può essere dato in clinica o negli altri rami delle assicurazioni.

II.

PER LA SANITÀ DELLA STIRPE - L'OPERA CHE SVOLGE L'I. N. A. A FAVORE DEI PROPRI ASSICURATI

Comunicazione del Prof. Dott. I. ROMANELLI

Capo del Servizio Sanitario dell' I. N. A.

Al complesso di iniziative e di opere veramente grandiose che il Regime ha creato o stimolato per la sanità della stirpe, l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni nella sua qualità di Ente di Stato ha voluto apportare un qualche contributo.

Sono certamente opere grandiose e che suscitano viva ammirazione: l'« Opera Maternità ed Infanzia », l'« Opera Nazionale Balilla » (oggi Gioventù del Littorio) ed il Dopolavoro.

L'Istituto, che esplicava già un'attività indiretta investendo i propri ca-

pitale in opere che servono per la sanità del popolo italiano (acquedotti, opere di bonifica, ecc.), ha voluto dalla primavera del 1930 esplicitare anche un'attività diretta nel campo della medicina. Questa attività che ha per fine il prolungamento della vita degli assicurati nelle migliori condizioni di salute è giustificata dalle seguenti ragioni.

Il sacro egoismo di ogni assicurato porta al desiderio di una vita longeva e sana, poichè nessuna rendita nè capitale assicurato, per quanto ingente esso sia, potrà mai sostituire l'attività svolta dall'uomo nel pieno benessere fisico.

L'Istituto d'altra parte ha interesse che i propri assicurati vivano validi ed a lungo per ridurre al minimo indispensabile i sinistri di premorienza e di invalidità.

Lo Stato, questa grande famiglia nazionale, ha interesse che i cittadini col loro lavoro svolto in una vita lunga, sana e laboriosa apportino alla collettività nazionale un contributo sempre più ampio per il benessere e la grandezza della Nazione.

Perciò il campo della medicina, che l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha scelto per il suo contributo alla sanità della stirpe, è il campo della medicina preventiva individuale fin'oggi non coltivato da alcun Ente, poichè, se anche qualche Ente se ne occupa, lo fa con speciale riguardo alla propria parità.

In tal modo l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni scegliendo il campo della medicina preventiva ha voluto evitare duplicati e dispersione di energie ed ha voluto altresì rispettare gli interessi professionali di qualsiasi classe, anzi stimolando i propri assicurati a valutare la propria salute, porta un contributo a favore della classe sanitaria.

Nella Primavera del 1930 l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha iniziato

e viene sempre più perfezionando la sua azione per la salute dei propri assicurati.

Oggi essa è caratterizzata:

a) dal collaudo periodico della salute fatto non solo con le visite cliniche, ma anche completate da tutte le ricerche di laboratorio atte a mettere in evidenza eventuali iniziali deviazioni dalla norma;

b) dai Consultori di igiene per dare agli assicurati in qualsiasi tempo consigli circa l'igiene personale, l'igiene del lavoro, l'igiene della famiglia, l'igiene della casa e la prevenzione delle malattie specialmente infettive.

Per il collaudo periodico della salute l'Istituto concede ogni due anni agli assicurati per somme superiori alle lire ventimila un buono di visita per cui l'assicurato può rivolgersi a qualsiasi medico iscritto al Sindacato Nazionale dei medici col quale a suo tempo fu stipulata una convenzione per stabilirne le modalità e l'onorario.

E per incitare gli assicurati a servirsi di questi buoni e per evitare qualsiasi diffidenza è stato stabilito che il medico che esegue queste visite di collaudo deve mantenere il segreto professionale anche verso l'Istituto assicuratore.

Per tutti gli altri, comunque assicurati, anche con rendite vitalizie, funzionano i Consultori dell'I.N.A. tenuti da medici di ruolo reclutati mediante pubblici concorsi.

E perchè le visite cliniche potessero essere corredate di tutte le ricerche di laboratorio, l'I.N.A. ha attrezzato modernamente i Centri sanitari retti sempre da medici di ruolo.

I Centri sanitari sono regionali o interregionali.

Funzionano attualmente i Centri di Roma, Torino, Milano, Bolzano, Padova, Ancona, Messina e Cagliari.

Sono in preparazione quello di Napoli e di Addis-Abeba.

Nei centri sanitari i medici di ruolo eseguono tutte le ricerche di chimica clinica, di serologia, di elettrocardiografia e di radiologia: tutte dirette allo scopo della medicina preventiva.

Accanto ai Consultori di medicina preventiva funzionano i Consultori di igiene, istituzione caratteristica dell'Ente di Stato per le assicurazioni sulla vita. Quivi in qualsiasi momento possono recarsi tutti, comunque assicurati, per ottenere consigli di igiene come sopra ho riferito.

E per consigliare coloro i quali desiderassero portare il proprio contributo di civiltà all'elevazione morale e materiale delle nostre Colonie e specialmente dell'Impero, accanto ai Consultori di medicina preventiva e di igiene funziona il Consultorio per l'idoneità alla vita coloniale.

Questo programma di medicina preventiva viene integrato con agevolazioni nel campo della medicina curativa atte a stimolare gli assicurati a curarsi.

Così l'I.N.A. concede prestiti senza interesse a coloro che devono sottoporsi ad operazioni di alta chirurgia ed ha ottenuto per i propri assicurati facilitazioni presso Ospedali, Case di cura, Convalescenziari, Sanatori, presso medici specialisti, presso i principali Stabilimenti termali.

Per diffondere consigli di igiene e di medicina preventiva l'Istituto pubblica una Rivista bimestrale: « L'Assi-

stenza Sanitaria agli Assicurati dell'I.N.A. », la quale viene edita in due edizioni: una per i medici, nella quale si dibattono anche questioni di medicina delle assicurazioni vita, l'altra per i non medici che contiene consigli di igiene e di medicina preventiva.

Una raccolta di questi consigli uscirà prossimamente in un volume dal titolo « Sotto il Platano di Coò ».

E' perchè gli assicurati possano avere norme per una vita igienica, l'Istituto ha bandito concorsi a premio in seguito ai quali negli anni scorsi sono stati pubblicati e diffusi i volumi: « Vivere sani » del dottor Eschilo Della Seta e « Salute tesoro della vita » del professor Oreste Bellucci. E sono in corso di pubblicazione: « Cuore sano e cuore infermo » del dottor Eschilo Della Seta, che contiene norme per prevenire le malattie del cuore e dei vasi e per permettere a coloro che ne fossero affetti una vita quanto è possibile lunga e laboriosa; come pure il volume « Sotto il platano di Coò », raccolta di consigli di igiene e di medicina preventiva ».

Nel prossimo inverno sarà pubblicato il volume del professor Penso che contiene norme di vita igienica nell'Impero italiano di Etiopia e nelle altre Colonie e possedimenti italiani.

In questo modo l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni contribuisce nella sua qualità di Ente di Stato alla sanità della stirpe d'Italia destinata a perpetuare e riaffermare la tradizione di Roma.

Il diabete in assicurazione vita dal punto di vista medico-legale

Dott. C. CONFORTO

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

La pratica e soprattutto la statistica assicurativa mostrano l'importanza del diabete in assicurazione vita. Dal punto di vista medico-legale questa malattia deve essere considerata nei tre momenti principali nei quali può, in diversa entità, modificare la valutazione del rischio:

- la constatazione del D.;
- I) nell'anamnesi familiare;
- II) nell'anamnesi personale remota;
- III) la constatazione in atto.

Premesso che agli effetti assicurativi una distinzione precisa fra diabete e glicosuria è di grande importanza ma di difficile sceverazione, è da notare che sotto qualsiasi forma si verifichi nell'assicurando una perturbazione del ricambio degli idrati di carbonio essa ha un'influenza considerevole nella valutazione del rischio, che può assumere tutta una gamma di valori a seconda dell'entità della malattia. Alla medicina assicurativa importa per conseguenza stabilire il « quantum », di deviazione dalla norma a detta malattia ha detta malattia apportato all'assicurando. Vari sono i criteri dei diversi AA.

Langton-Brown per esempio sostiene che i veri diabetici non possono essere ammessi in assicurazione vita perchè in questa non si possono accettare persone la cui vita è legata al mantenimento di una cura appropriata, senza dire che le complicazioni come arteriosclerosi, sepsi e tubercolosi sono particolarmente legate al D.

Altri Autori invece ammettono che i diabetici non complicati possono essere assicurati tarando convenientemente il rischio, ciò che comporta una precisa

diagnosi. Ne consegue che è essenziale la ricerca del D. nei tre momenti interessanti l'assicurazione, non solo, ma qualsiasi reticenza in proposito da parte dell'assicurando, o qualsiasi mezzo impiegato allo scopo di occultare lo stato di malattia infirma la validità del contratto.

L'esame del mod. S.S. N. 1 in vigore nell'I.N.A. cerca di mettere in evidenza la malattia sia direttamente con la specifica domanda N. 9-III: « è stata constatata nelle urine presenza di glucosio? »; sia indirettamente con le domande N. 8-III: « ha mai sofferto disturbi dell'appetito o della sete? ». Ancora più oltre si insiste più specificatamente con la domanda N. 10-III: « sono state prescritte ed ha fatto cure dietetiche, di insulina, ecc.? ». Spesso l'assicurando sfugge a queste domande, specialmente quando è sicuro che, allo stato attuale, il medico di assicurazione non può mettere in evidenza la malattia.

Dal punto di vista medico-legale la omissione voluta (reticenza) del dato anamnastico glicosuria o diabete infirma il contratto, in quanto la conoscenza di questo dato avrebbe apportato in conseguenza una diversa valutazione del rischio. Avvalendosi di questo criterio anche le reticenze fatte nella esposizione dell'anamnesi familiare apportano nei riguardi del contratto le stesse conseguenze.

Infatti allo stato attuale delle conoscenze scientifiche è ammesso nell'ereditarietà l'influenza del ripetersi del D. La disposizione costituzionale a questa malattia è un momento intimamente legato alla ereditarietà, che però non ap-

pare, in ogni caso di diabete, sicuramente dimostrabile anche se agli effetti della ereditarietà del diabete si vogliano considerare equipollenti obesità, gotta, artrismo. (Zoia). Recentemente Fisher (1936) proponendo un suo sistema di valutazione numerica del valore della ereditarietà nell'assicurazione vita, assegna al diabete un valore eguale a quello della gotta, del cancro e della tubercolosi. Secondo Canmidge il D. è da considerarsi un carattere mendeliano recessivo; trasmettendosi perciò nel rapporto 1 a 4 nei figli. Secondo Labbè il D. giovanile è ereditario nel 35 % dei casi. Con molta frequenza si riscontra il D. nei consanguinei, infatti negli israeliti, dove la consanguineità è atavica, l'ereditarietà del D. raggiunge il 39 %.

Per quanto riguarda la nozione di pregresso D.; questa può essere omessa artatamente, e allora dal punto di vista medico-legale si entra nel campo delle reticenze; ma è però ammissibile che una glicosuria possa passare inosservata. Appunto per ovviare i sintomi più importanti e frequenti che nelle glicosurie di una certa durata possono verificarsi (disturbi dell'appetito, sete, dimagrimento ecc.). Ogni dichiarazione in proposito è del tutto incontrollabile perchè basata solamente sulla buona fede dell'assicurando che del resto costituisce la base di ogni contratto assicurativo. Sono utili a tale scopo alcuni accorgimenti nell'interrogatorio dell'assicurando tendenti a scoprire se nelle dichiarazioni vi è un soddisfacente nesso o delle contraddizioni che debbono sempre mettere in sospetto.

Dal campo delle reticenze si passa a quello della malafede e anche della frode quando con dichiarazioni false e raggiri si cerca di fuorviare il medico dalla giusta diagnosi di diabete in atto. La pratica assicurativa segnala diversi metodi,

ma i più frequentemente usati sono i seguenti:

I) la pratica di iniezione di insulina in antecedenza alla visita;

II) la sostituzione dell'urina anche se prelevata alla presenza del medico;

III) la solita banale dichiarazione di aver fatto in precedenza abuso di dolci.

Sul valore legale dei tre mezzi elencati il secondo certamente costituisce la più evidente frode dalla quale il medico di assicurazione si deve saper salvaguardare. Queste sostituzioni si verificano con una certa frequenza e molti sono stati messi in evidenza in questa stessa rivista con casi assai dimostrativi. Come è prescritto l'assicurando deve urinare alla presenza del medico. Avvengono però delle situazioni piuttosto complicate nelle quali il medico senza eccedere nella sua missione fiscale, è bene che raddoppi nella sua sorveglianza. Il criterio comunemente usato di constatare se l'urina è ancora calda e schiumosa non è perfettamente sicuro, in quanto conservando in una tasca interna l'urina portata a bella posta, conserva un certo grado di calore che può trarre in inganno, mentre è da notare che la schiuma può anche prodursi versando con una certa energia l'urina da una bottiglietta a collo stretto.

Bisogna diffidare sempre delle persone che accusano falsi pudori e dicono di non potere per esempio urinare dinanzi al medico. Si può trattare anche di nevropatici con accentuato eretismo. Io ho avuto occasione di verificarne un caso: si trattava di un nevropatico che presentava inoltre notevoli alterazioni della sfera sessuale come poi io potei mettere in evidenza. In tali casi bisogna fare un esatto esame del sistema nervoso e psichico per potersi convincere effettivamente che si è in presenza di un nevropatico. Quando si hanno

dubbi sulla autenticità della urina è bene rimandare l'esame ad altro giorno se è possibile, e contemporaneamente richiedere di prelevare campioni di sangue per la glicemia e, previo carico di glucosio, studiare la curva glicemica. Se l'assicurando è in buona fede accetta quasi sempre, mentre si schermisce con argomenti più o meno validi quando è in malafede.

Dal punto di vista medico-legale è da domandarsi se è da considerarsi come raggiro quando un assicurando diabetico rende dichiarazioni false e reticenti per apparire immune dalla malattia e inganna il medico e l'istituto assicuratore.

Sì, in un solo caso: quando l'assicurato ha potuto ottenere l'ammissione in assicurazione dichiarando di non aver mai sofferto di diabete o di glicosuria, di non aver mai fatto cure insuliniche e dietetiche, di non essersi mai fatto praticare esami di urine, di non avere medico curante ecc. Se si arriva a dimostrare il contrario si deve parlare di malafede, in quanto, come fa osservare il Marsella, il contratto fu ottenuto con tutto un insieme ben conge-

gnato di dichiarazioni false e reticenti con manifesto proposito di ingannare.

In medicina il capitolo diabete mellito considerato dal punto di vista medico-legale è certamente uno dei più interessanti perchè se da un lato la diagnosi della affezione è quasi sempre realizzabile, la forma pregressa può essere oggetto di voluta omissione.

L'era insulinica ha migliorato la prognosi del diabete ed ha aperto nuovi orizzonti alla medicina delle assicurazioni ma ha anche reso più complicato il giudizio prognostico. Il diabete ha nell'insulina un'arma per attenuare o addirittura simulare il suo stato.

Anche i mezzi diagnostici si sono molto affinati e per la valutazione del rischio relativo al diabetico hanno acquistato una importanza capitale, però perchè essi conducano a delle conclusioni veramente sicure, è necessario che siano praticate tutte e con rigore scientifico (glicemia, prova di carico col glucosio e curva glicemica, ricerca dello zucchero nelle urine e relativo dosaggio ecc.), se non si vuole incorrere in gravi errori.

L'ECO DELLA STAMPA

è una istituzione che ha il solo scopo di informare i suoi abbonati di tutto quanto intorno ad essi si stampa in Italia e fuori. Una parola, un rigo, un intiero giornale, una intiera rivista che vi riguardi, vi son subito spediti, e voi saprete in breve ciò che diversamente non conoscereste mai.

Chiedete le condizioni di abbonamento a **L'ECO DELLA STAMPA**
MILANO (4/36) - VIA GIUSEPPE COMPAGNONI, 28.

Sinistri (teste) verificatisi nel quinquennio 1932-1936 (I. N. A.)

GRUPPI DELLE CAUSE DI MORTE	ORDINARIE E COLLETTIVE C. V. M.				ORDINARIE E COLLETTIVE S. V. M.				POPOLARI			
	U		D		U		D		U		D	
	Cifre assolute	Cifre relative ‰ ai sinistri	Cifre assolute	Cifre relative ‰ ai sinistri	Cifre assolute	Cifre relative ‰ ai sinistri	Cifre assolute	Cifre relative ‰ ai sinistri	Cifre assolute	Cifre relative ‰ ai sinistri	Cifre assolute	Cifre relative ‰ ai sinistri
Ogni forma di tubercolosi . . .	603	7,991	77	8,681	210	13,027	19.	8,558	965	18,826	258	15,403
Altre malattie infettive e parass.	776	10,284	89	10,034	136	8,437	22	9,910	466	9,091	147	8,776
Tumori.	863	11,436	159	17,926	112	6,948	20	9,009	420	8,194	299	17,851
Emorr., trombosi, embolie cerebr.	695	9,210	68	7,666	64	3,970	13	5,856	272	5,306	112	6,687
Malattie del sistema nervoso . .	168	2,226	18	2,029	38	2,357	4	1,802	156	3,043	48	2,866
» apparato circolatorio . . .	1113	14,750	116	13,078	174	10,794	13	5,856	558	10,886	225	13,433
» » respiratorio	955	12,656	103	11,612	166	10,298	11	13,964	840	16,387	199	11,881
» » digerente	849	11,251	94	10,598	146	9,057	31	13,964	534	10,417	139	8,298
» » genito-urinario	483	6,401	72	8,117	55	3,412	9	4,054	214	4,175	94	5,612
» della gravid., parto, puerp.	—	—	35	3,946	—	—	1	0,450	—	—	35	2,089
Suicidi	261	3,459	7	0,789	31	1,923	2	0,901	63	1,229	13	0,776
Morti violente ed accidentali. .	469	6,215	7	0,789	399	24,752	2	0,901	463	9,032	34	2,030
Altre cause di morte	311	4,121	42	4,735	81	5,025	55	24,775	175	3,414	72	4,298
TOTALI.	7546	100	887	100	1612	100	222	100	5126	100	1675	100
Cause di morte non specificate .	355		39		172		65		195		52	
TOTALI GENERALI	7901		926		1784		287		5321		1727	

Indagini di statistica medica**L'Esame dei sinistri di morte per malattie dell'apparato respiratorio presso l'I.N.A.****(Decennio 1926-1935)**

Dott. EMILIO MONTEVERDE

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

Nel decennio compreso tra gli anni 1926-1935, l'I.N.A., ha perduto per malattie dell'apparato respiratorio 2.687 dei suoi assicurati, sopra un totale di 14.002 sinistri avvenuti per tutte le cause tra la popolazione maschile dei suoi assicurati del portafoglio diretto con visita medica. In tali cifre non sono perciò compresi i sinistri dei contratti pervenuti all'I. N. A. per cessioni legali dalle Compagnie private e i sinistri tra gli assicurati nelle varie forme senza visita medica.

Non consideriamo le donne poichè esse costituiscono in confronto una esigua minoranza, e non se ne potrebbero trarre elementi positivi; di esse sarà sufficiente dire che nel periodo considerato, si sono avuti 1617 sinistri, di cui 303 per malattie dell'apparato respiratorio così suddivisi: 142 per tubercolosi polmonare, 13 per bronchite, 67 per broncopolmonite, 25 per polmonite lobare, 41 per polmonite non specificata, 5 per pleurite, 1 per edema polmonare, 4 per asma bronchiale, 1 per enfisema polmonare, 4 per altre malattie dell'apparato respiratorio.

Prendendo in esame i 2687 sinistri avvenuti tra gli assicurati maschi, per malattie dell'apparato respiratorio, notiamo subito che essi costituiscono una percentuale non indifferente, il 19,19 % dei sinistri avvenuti per tutte le cause.

A costituire tale cifra contribuisce in massima parte la tbc. polmonare, essa da sola rappresenta, con la cifra assoluta di 1150 morti, il 42,80 % delle ma-

lattie dell'apparato respiratorio prese insieme; rispetto poi a tutte le altre cause di morte, la tbc. figura per l'8,21 % mentre tutte le altre malattie dell'apparato respiratorio, detratta la tbc. polmonare, rappresentano il 10,98 %.

Da queste cifre si vede come la tubercolosi domini nel campo delle malattie polmonari, anche tra una popolazione che come quella dei nostri assicurati è accuratamente selezionata, specialmente nei riguardi della tubercolosi.

Al valore di queste cifre, già di per se stesse abbastanza significative, si può inoltre aggiungere che molte di quelle bronchiti broncopolmoniti, polmoniti non specificate, che figurano nelle nostre statistiche con cifre notevoli, mascherano effettivamente la tubercolosi polmonare.

E' dunque lecito pensare che la tubercolosi contribuisca da sola per la metà, se non anche in proporzione maggiore, alla percentuale di morte delle malattie dell'apparato respiratorio.

Data appunto la grande importanza della tubercolosi polmonare, soprattutto nei riguardi della medicina assicurativa e preventiva, ne facemmo oggetto di trattazione separata in un numero precedente di questa stessa Rivista.

Esamineremo ora le altre malattie dell'apparato respiratorio. Dalla tabella che riportiamo (Quadro I), vediamo che le cifre presentano discrete oscillazioni annuali, senza peraltro alcuna tendenza ad aumento od a diminuzione progressiva; degne di nota le cifre del 1929 e del 1935.

QUADRO I.

**Sinistri avvenuti per malattie dell'apparato
respiratorio e sinistri avvenuti per tutte
le cause divisi per anno di morte.**

Anno di morte	Sinistri di morte per malattie dell'apparato respiratorio	Sinistri di morte dovuta a tutte le cause	Percentuale
1926	96	937	9,73
1927	108	1197	9,02
1928	136	1232	11,04
1929	182	1495	12,17
1930	133	1322	10,06
1931	148	1520	9,74
1932	186	1609	11,56
1933	185	1574	11,75
1934	165	1523	10,83
1935	198	1543	12,83
Totale	1.537	14.002	10,98

Per il 1929 si potrebbe invocare il contributo apportato dall'influenza, con le sue localizzazioni e complicazioni broncopneumoniche, di cui precisamente in quell'anno si manifestò una notevole epidemia, ma lo stesso fattore non si potrebbe invocare per il 1935, anno in cui le cifre (assoluta e percentuale) sono anche più alte.

E' bene tener presente che l'Ufficio Statistica Medica dell'I.N.A. seguendo la classificazione adottata dall'Istituto Centrale di Statistica del Regno, non considera fra le malattie dell'apparato respiratorio la broncopolmonite influenzale che è compresa invece nell'influenza, della quale è considerata una complicazione. Classificazione giustificata perfettamente dal punto di vista etiologico.

Ora se è vero che molte volte i medici,

nel compilare i certificati di morte, si limitano, anche di fronte a casi di origine influenzale, alla sola diagnosi di broncopolmonite, dimodochè questi casi vanno ad accrescere il numero delle malattie polmonari, è lecito pensare che durante i periodi di epidemia influenzale, molte broncopolmoniti, specialmente quelle più gravi, quelle mortali, vengono, anche se effettivamente non lo sono, diagnosticate influenzali, ed invero è ben difficile, nella maggior parte dei casi, poter fare una diagnosi differenziale.

Esaminando poi le cifre della broncopolmonite nei singoli anni, vediamo che se esse sono nel 1929 più alte che negli anni vicini, il che potrebbe mettersi in rapporto all'epidemia di influenza, ancor più alte sono nel 1933, anno in cui la mortalità per influenza è stata molto bassa.

Si potrebbe anche pensare alla particolare rigidità del clima durante l'inverno dell'anno 1929 ma la stessa causa non si potrebbe invocare per il 1935. Tale fenomeno non riesce quindi spiegabile.

Passiamo ora ad esaminare singolarmente le varie malattie; riportiamo un quadro da cui si può vedere l'andamento generale della mortalità durante il decennio (Quadro II).

Malattie delle fosse nasali ed annessi.

Per il loro scarso numero ben poco su di esse si può dire; esse hanno infatti causato in tutto quattro sinistri, contribuendo alla mortalità per malattie dell'apparato respiratorio col 0,26 % ed a quella generale col 0,03%. I deceduti erano individui senza tare familiari, di cui uno soltanto aveva sofferto di laringite in epoca precedente e lontana, di costituzione normale o quasi, nulla di notevole avevano presentato alla visita medica all'ingresso in assicurazione ed erano infatti stati accettati a tariffa normale.

Distribuzione secondo le malattie e gli anni in cui sono avvenuti i sinistri

CAUSE DI MORTE	ANNI DI MORTE										
	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	TOTALI
Malattie fosse nasali ed annessi . .	—	1	—	—	—	—	—	1	1	1	4
Malattie della laringe	—	—	1	—	1	—	—	1	—	1	4
Bronchite	5	8	7	17	7	8	13	10	16	9	100
Bpolm. acuta (compr. bronch. capill.)	33	45	43	65	48	48	65	88	63	76	574
Polmonite lobare	10	11	16	13	7	24	24	35	40	50	230
Polmonite non specificata	33	32	41	48	47	32	41	15	10	20	319
Pleurite	10	7	10	18	11	11	9	7	6	10	99
Cong., edema, emb., tromb. polm. .	1	—	1	5	2	14	12	12	14	14	75
Asma	1	—	4	2	1	2	4	6	3	1	24
Enfisema polmonare	1	2	—	4	—	1	4	1	2	2	17
Ascesso del polmone	2	2	10	9	9	8	13	8	10	14	85
Altre mal. app. resp. (esclusa t. b. c.)	—	—	3	1	—	—	1	1	—	—	6
TOTALE . . .	96	108	136	182	133	148	186	185	165	198	1537

Malattie della laringe.

Anche qui è ben scarsa l'importanza: 4 decessi in tutto, che hanno contribuito col 0,26% alla mortalità per malattie dell'apparato respiratorio e col 0,03 % alla mortalità generale; si trattava di individui senza tare specifiche nel gentilizio, con anamnesi personale negativa, di costituzione normale o quasi, risultati sani all'accertamento sanitario all'atto dell'assicurazione ed erano stati accettati a tariffa normale.

Bronchite.

Con la cifra assoluta di 100 morti la bronchite ha contribuito alla mortalità per malattie dell'apparato respiratorio con la percentuale del 6,51%, ed a quella generale col 0,71%; queste cifre collocano la bronchite al 4° posto per la mortalità fra le malattie dell'apparato respiratorio; la percentuale di morte ha seguito nei 10 anni del periodo in esa-

me un'andamento irregolare raggiungendo i massimi negli anni 1929 e 1934.

Tra le bronchiti bisogna distinguere le forme acute (bronchite catarrale, tracheite catarrale, tracheo-bronchite) che hanno rappresentato il 41,10 % e le forme croniche (bronchite catarrale cronica, bronchiectasie, bronchite fetida) che hanno rappresentato il 58,90%. La prevalenza di forme croniche ci spiega il perchè tra i morti per questa malattia troviamo una notevole quantità di assicurati più vecchi, difatti il 63% aveva oltrepassato i 45 anni ed il 44% anche i 50; notevoli anche i periodi di antidurata dei contratti: 27 su 100 avevano oltrepassato i 10 anni.

I deceduti nulla di notevole presentavano nel gentilizio ed anche l'anamnesi personale, meno una piccola percentuale, era negativa. Come tipo somatico si può dire che essi fossero individui normali, poichè per la grande maggioranza erano di statura media e di

peso proporzionato, con una lieve prevalenza di sovrappesi. Al controllo sanitario erano risultati sani nella quasi totalità, tanto che il giudizio sul rischio era stato buono per la maggior parte di essi, e la piccola percentuale di tarati lo era stato per le differenze di peso.

Circa la distribuzione regionale vediamo le cifre più alte spettare alla Campania e alla Sicilia mentre l'Italia settentrionale, specie se si consideri il maggior sviluppo del portafoglio in quelle regioni, non offre quelle stesse alte percentuali di morte che si osservano tra la popolazione generale del Regno.

Broncopolmonite acuta.

La broncopolmonite acuta occupa il 1° posto: infatti per essa si osserva la cifra veramente notevole di 570 morti, cioè il 37,35% del totale dei morti per malattie dell'apparato respiratorio ed il 4,10% per la mortalità per tutte le altre cause prese insieme. E' necessario però fare una riserva sul valore di queste cifre; è noto che la broncopolmonite costituisce molto spesso una complicazione, o meglio, l'episodio finale di parecchie malattie, specialmente di quelle ad andamento cronico, e quindi i medici che redigono i certificati di morte indicano spesso, come causa di morte, la broncopolmonite salvo indicare nella descrizione del decorso la malattia di cui il defunto era già affetto. Alcune volte poi omettono anche questo particolare. Qualche volta la broncopolmonite è posta, in mancanza... di una diagnosi più esatta che per un complesso di motivi contingenti non è stato possibile accertare in modo sicuro.

Comunque anche tenendo conto di quanto abbiamo detto le cifre restano sempre notevolmente elevate.

Esaminando i nostri assicurati, troviamo che quasi la terza parte di essi

aveva superato alla morte i 55 anni, e che le antidurate dei contratti sono state discretamente lunghe. Nell'anamnesi familiare troviamo una scarsa percentuale di tare, e che inoltre non riguarda gli organi del respiro tolti sette casi di tubercolosi polmonare tra ascendenti e collaterali; nell'anamnesi personale, limitata alle sole malattie dell'apparato respiratorio, troviamo che 64 avevano dei precedenti. Sulla costituzione fisica notiamo che mentre per la statura essi appartenevano in gran maggioranza al tipo medio, pel peso, un po' meno della metà erano normopesi mentre per l'altra metà si aveva una notevole prevalenza dei sovrappesi 177, sui sottopesi 99. All'accertamento sanitario all'ingresso in assicurazione erano risultati tutti, o quasi, sani, ed uno solo presentava i segni di bronchite in atto, tanto che il giudizio sul rischio era stato buono per la maggioranza e la percentuale di tare era stata attribuita per l'anamnesi o per il peso.

Nella distribuzione regionale notiamo maggiormente colpita la Campania, a cui fanno seguito nell'ordine la Lombardia, l'Emilia, la Toscana e il Veneto.

Polmonite lobare.

La polmonite lobare per il numero di 230 morti che ha causato occupa il 3° posto con una percentuale di 14,96% nella graduatoria delle malattie dell'apparato respiratorio e con una percentuale di 1,64% rispetto alla mortalità generale.

Crediamo però che queste cifre non rispecchino esattamente la verità e che dovrebbero essere molto aumentate. Nel paragrafo seguente noi vediamo la polmonite non specificata figurare con 319 morti; ebbene di questi la maggior parte potrebbe senz'altro essere addebitata alla polmonite lobare. Anche a prescindere dal fatto che col nome di polmonite

senza altra aggiunta molti, nel linguaggio comune, intendono riferirsi alla polmonite lobare, e che quindi si può pensare che parecchi medici nel compilare la diagnosi abbiano creduto superfluo aggiungere la specificazione « lobare », noi dallo spoglio dei certificati di morte, seguendo la descrizione dei sintomi e lo svolgimento progressivo della malattia, ci siamo potuti fare la convinzione che nella grandissima maggioranza dei casi si trattava precisamente di polmonite lobare e che la specificazione di « lobare » era stata soltanto omessa. Se si tiene conto di ciò si può apprezzare di quanto le cifre che riportiamo siano in realtà inferiori alle cifre di morte effettivamente avvenuta in conseguenza della polmonite lobare.

Esaminando le cifre di morte dei singoli anni si nota il notevole progressivo aumento delle cifre assolute più accentuato negli ultimi tre anni, e specialmente nell'ultimo in cui la cifra ha raggiunto il quintuplo di quella del primo anno del decennio in esame; tale aumento peraltro è in gran parte più apparente che effettivo. Bisogna considerare l'aumento della mortalità generale in dipendenza dell'aumentato sviluppo del portafoglio, in primo luogo, e poi si può ammettere che abbia influito una più esatta valutazione, da parte dei medici che redigono i certificati, del dovere di indicare la diagnosi precisa; difatti notiamo negli ultimi anni che le polmoniti non specificate sono diminuite di numero in senso proporzionalmente inverso per quanto sono aumentate le polmoniti lobari.

Poche e di scarso valore erano le tare familiari riscontrate in tali individui ed anche le anamnesi personali ben poco ci dicono; si dice che la polmonite ami riprodursi più volte negli stessi individui: ebbene, dei nostri polmonitici solo 8 avevano in precedenza sofferto altre

volte di polmonite. Sulla costituzione individuale nulla di notevole per quel che riguarda la statura; per il peso, notiamo che contro 97 normopesi stanno 72 sovrappesi e 50 sottopesi. L'età preferita è stata l'età media. L'esame obbiettivo alla visita medica, negativo per la quasi totalità (uno solo affetto da malattia dell'apparato respiratorio), aveva fatto giudicare il rischio, dal punto di vista sanitario, buono per quasi tutti, e del resto la permanenza in assicurazione è discretamente lunga.

La distribuzione regionale ci mostra in prima linea la Lombardia che da sola figura per poco meno di un quarto di tutti i casi, seguono da lontano in ordine decrescente il Veneto, la Campania e il Piemonte.

Polmonite non specificata.

Troviamo che 319 assicurati figurano morti per polmonite non specificata. Tale cifra assoluta, che corrisponde al 20,75 % della mortalità per malattie dell'apparato respiratorio ed al 2,28% della mortalità generale, porta questa causa di morte al 2° posto, ma abbiamo già detto che valore si debba dare a tale cifra. Possiamo aggiungere che dalle indagini fatte sui certificati di morte, risulta che una piccola parte di esse mascherano la tubercolosi polmonare nella sua forma acuta, un discreto numero la broncopolmonite, e tutto il resto, cioè la stragrande maggioranza, dovrebbe senz'altro addebitarsi alla polmonite lobare. Esaminando le tabelle si vede infatti come i dati seguano fedelmente l'andamento delle polmoniti lobari: negli anni di morte in cui le vediamo aumentare di numero progressivamente e parallelamente alle prime, finchè mostrano una brusca diminuzione quando quelle mostrano un aumento repentino, nei gruppi di età, nella durata dei contratti, nei dati anamnestici

e somatici, ecc. Considerando questo non crediamo sia il caso di dilungarci in una trattazione particolareggiata.

Pleurite.

La pleurite ha contribuito durante il periodo che stiamo esaminando con 99 assicurati morti, nella proporzione del 6,44% alla mortalità per le malattie dell'apparato respiratorio e con quella del 0,71% alla mortalità determinata da tutte le altre malattie. Nei singoli anni del decennio le cifre assolute si sono mantenute all'incirca uguali, salvo un notevole inspiegabile aumento che si osserva nel 1929; anzi ove si tenga presente l'aumento del portafoglio negli ultimi anni e di conseguenza anche della mortalità generale tra la popolazione assicurata, le pleuriti si possono considerare in lieve diminuzione.

E' risaputo che la pleurite preferisce l'età giovanile e nelle tabelle che ci mostrano le età all'ingresso ed alla morte dei nostri assicurati se ne trova la conferma. Anche le antidurate dei contratti in confronto a quelle delle altre malattie sono notevolmente più brevi. L'anamnesi familiare non ci mostra nulla di notevole ed anche nell'anamnesi personale non troviamo che ci siano da rilevare elementi interessanti: uno soltanto era già stato in epoca precedente e lontana malato di pleurite. Sono noti i rapporti tra pleurite e tubercolosi sia nel gentilizio che nei precedenti personali, tuttavia dai dati che possediamo non ci è dato di stabilire alcun rapporto. Quanto al tipo somatico si trattava di individui per la maggior parte di statura normale o lievemente superiore; meno della metà erano normopesi e per il resto si osserva una notevole prevalenza di sottopesi (36) sui sovrappesi (16).

All'esame obiettivo all'ingresso in assicurazione erano risultati tutti sani tanto che il giudizio sul rischio li aveva

dichiarati normali meno una piccolissima percentuale di tare attribuite per il sottopeso.

Circa la distribuzione regionale vediamo le cifre maggiori in Sicilia, nella Lombardia, nel Veneto a cui seguono a distanza tutte le altre regioni.

Non ci deve stupire lo scarso numero dei morti per pleuriti. La pleurite è malattia relativamente benigna, che quasi mai conduce a morte di per se stessa; sappiamo però che molto spesso dopo una pleurite si manifesta la tubercolosi polmonare di cui la pleurite stessa non era che una manifestazione. Infatti tra i nostri stessi assicurati abbiamo visto che oltre un quarto di coloro che hanno sofferto di pleurite, è destinato a morire di tubercolosi polmonare dopo un periodo di tempo che può andare da un anno a 10-15 e fino 20 anni, ma che nella maggioranza dei casi si mantiene entro un limite di tre anni (vedi il già citato articolo sulla tubercolosi polmonare nel numero precedente della stessa Rivista).

Congestione, edema, embolia, trombosi del polmone.

In questo gruppo di malattie vengono raccolti un certo numero di quadri clinici e di sindromi cliniche più che vere e proprie malattie ben inquadrare dal punto di vista clinico ed etiopatogenico.

Figurano tra le cause di morte al settimo posto con la cifra assoluta di 75 sinistri, con una percentuale tra i morti per malattie dell'apparato respiratorio di 4,88 % nei rapporti della mortalità per tutte le cause con una percentuale di 0,54 %.

Dal quadro delle età si rileva che tali malattie hanno colpito individui anziani, a preferenza. Questo ci fa insistere nel concetto che non si tratta di malattie ben definite che hanno di per se stesse condotto a morte i nostri 75 assi-

curati, ma di quadri morbosi alla cui base stanno delle vere malattie.

Le nefriti croniche od acute, tutte le malattie del cuore e dell'apparato circolatorio, specialmente, presentano come fase terminale, o come complicanza accidentale, qualcuno dei quadri suddetti, quindi una più esatta classificazione dovrebbe sceverare caso da caso per distribuire nei vari gruppi di malattie la maggior parte di questi sinistri.

Anche qui sulla scorta dei certificati medici di morte, seguendo lo svolgimento della malattia e la descrizione dei sintomi, si può nella maggioranza dei casi risalire alla malattia originaria, poichè i medici che hanno compilato i certificati relativi hanno indicato come causa di morte il fenomeno accidentale o terminale e la malattia fondamentale soltanto nella descrizione del decorso.

Un riflesso di quanto abbiamo detto lo troviamo nei gruppi di età che, sia quelli all'ingresso come quelli alla morte, mostrano una prevalenza di individui anziani anche le antidurate dei contratti sono per queste malattie notevolmente lunghi quando si confrontino con quelli di tutte le altre malattie anche extra-polmonari.

Le anamnesi sia famigliare che personale non ci mostrano nulla di notevole. E' invece degno di rilievo il tipo somatico, non per quel che riguarda la statura, ma per il peso: 24, cioè meno di un terzo erano normopesi, 7 sottopesi, e ben 41 cioè più della metà sovrappesi. Anche questo dato ci conferma nell'opinione che a base di tali sindromi si trovano in maggioranza malattie dell'apparato cardio-vascolare che come si sa preferiscono le costituzioni brevi-linee.

All'esame obbiettivo praticato all'ingresso erano anche questi assicurati risultati sani. Il rischio infatti ci mostra che nella maggioranza era stato consi-

derato normale, salvo una piccola percentuale di tare per la differenza di peso.

Nella distribuzione per regioni non si rileva nulla di particolare.

Asma bronchiale.

Scarso è il numero degli assicurati perduti dall'Istituto per asma bronchiale: 24 in tutto, corrispondenti all'1,56 rispetto alla mortalità per malattie dell'apparato respiratorio ed al 0,17 della mortalità generale. E' logico che il loro numero sia scarso, quando teniamo presente la etiologia e il decorso clinico dell'asma, benchè essa sia una di quelle malattie che più facilmente sfuggono all'accertamento sanitario.

La fase terminale dell'asma bronchiale è quasi sempre rappresentata da altra malattia acuta dell'apparato respiratorio, o da insufficienza dell'apparato circolatorio o renale, e come tali questi casi vengono compresi nei rispettivi gruppi di malattie.

L'anamnesi sia familiare che personale era quasi completamente negativa.

E' da rilevare come i nostri assicurati siano morti per età notevolmente avanzata. Nulla di notevole per le antidurate dei contratti e per i tipi somatici, è degno di nota che l'esame obbiettivo era risultato completamente negativo e tolta la piccola percentuale di tare attribuite per le differenze di peso erano stati accettati come rischi normali. Niente da rilevare per la distribuzione regionale; del resto i casi dovuti a questa malattia sono tanto pochi che male si prestano per poterne trarre delle conclusioni.

Enfisema polmonare.

Anche per l'enfisema polmonare è scarsissimo il numero degli assicurati morti, 17, cifra che contribuisce con l'1,11 % alla mortalità delle malattie

dell'apparato respiratorio, e col 0,12% alla mortalità generale.

Per l'enfisema polmonare, si possono fare le stesse considerazioni fatte per l'asma bronchiale, sono del resto troppo noti i rapporti tra le due malattie per doverci insistere.

Anche per tale malattia, a causa appunto dello scarso numero delle perdite, ben poco si può osservare sia per la distribuzione annuale delle morti che per le antidurate dei contratti: i pochi individui che fanno parte di questo gruppo sono morti in età piuttosto avanzate date le peculiari caratteristiche cliniche di questa malattia. Negativa completamente l'anamnesi personale, scarse tare e non specifiche nell'anamnesi familiare. L'unica cosa che è veramente notevole è la prevalenza assoluta dei sovrappesi; del resto l'esame obbiettivo all'ingresso era stato completamente negativo il che ci spiega il giudizio sul rischio normale quanto riguarda la distribuzione regionale.

Altre malattie dell'apparato respiratorio.

Sotto tale generica indicazione l'Ufficio di Statistica Medica dell'I.N.A., seguendo l'esempio dell'Istituto Centrale di Statistica del Regno, comprende tutte le malattie che non sono quelle che abbiamo elencato più sopra. Esse nel loro insieme hanno provocato 91 morti.

Noi però abbiamo voluto indagare un po' meglio tra tutte queste cause di morte non bene specificate anche, anzi soprattutto, per ricercare tra esse gli ascessi e le cangrene del polmone.

Gli ascessi polmonari erano una volta indubbiamente più rari o forse passavano inosservati in più gran numero, certo comunque che ad essi si dava molta minore importanza. Questo motivo può giustificare il fatto che negli uffici statistici vengono compresi e confusi

tra le altre malattie dell'apparato respiratorio di scarsa importanza clinica e numerica.

Nei trattati classici di patologia, l'ascesso polmonare e la cangrena polmonare vengono descritti dopo la polmonite crupale della quale vengono considerati sequele. Attualmente gli ascessi polmonari sono aumentati notevolmente o come dicevamo più sopra non è improbabile che tale aumento sia più apparente che effettivo, e sia in rapporto al fatto che ne vengano riconosciuti e diagnosticati in numero maggiore, anche e soprattutto in grazia del più largo uso che si fa della radiologia.

Ormai la maggior parte dei clinici si è venuta formando la convinzione che l'ascesso del polmone non sia da considerare una conseguenza della polmonite, ma una vera e propria malattia a sè, di cui il periodo iniziale decorre con segni clinici simili a quelli della polmonite crupale, tanto che appunto si è potuto pensare per molto tempo che la prima fase della malattia costituisse una vera polmonite. Non abbiamo intenzione di deviare l'indirizzo di questa trattazione verso la patologia, abbiamo però voluto fare queste considerazioni per far notare che anche dal punto di vista statistico, gli ascessi del polmone, meritano un'attenzione molto maggiore di quella che fino ad ora gli è stata data.

Dalle nostre ricerche abbiamo potuto infatti vedere che dei 91 assicurati compresi in questo gruppo, ben 71 erano morti per ascesso del polmone, 12 per cangrena polmonare e 2 per ascesso cangrenoso, soltanto 6 erano morti per altre malattie di poca importanza.

Gli ascessi e le cangrene del polmone presi insieme hanno dunque causato 85 morti tra gli assicurati dell'I.N.A. ponendo tale malattia, con una percentuale del 5,3%, al 5° posto tra le malattie dell'apparato respiratorio, e contri-

buendo col 0,61 % alla mortalità generale. Circa la distribuzione annuale l'unica cosa notevole è lo scarso numero dei primi due anni del decennio.

Circa l'età degli individui colpiti, i gruppi più numerosi si ritrovano nelle età medie, ma sappiamo già che questo dipende dal fatto che in queste età appunto si trova il maggior numero di assicurati. Nulla di notevole c'è da rilevare per quanto riguarda le anamnesi familiari e quanto a quelle personali esse erano completamente negative. Si trattava di individui di costituzione normale per la metà e per l'altra metà, quasi in parti uguali, di sovrappesi lievi e di sottopesi lievi. L'esame obiettivo praticato all'ingresso in assicurazione era stato completamente negativo, e questo giustifica che il rischio era stato considerato normale per la quasi totalità.

Tra le regioni viene al primo posto la Lombardia seguita dal Piemonte e dal Veneto.

Restano da considerare infine gli altri sei morti del gruppo: due per pneumonite interstiziale cronica, due per mediastinite e due per cirrosi del polmone. Presi insieme essi rappresentano il 0,39% della mortalità per malattie dell'apparato respiratorio ed il 0,04% della mortalità per tutte le altre cause.

Dato l'esiguo numero di assicurati morti che costituisce questo gruppo è inutile diffondersi in considerazioni particolareggiate.

Dopo aver esaminato partitamente le malattie che costituiscono questo gruppo di cause di morte, se le consideriamo

nel loro complesso, possiamo fare l'osservazione dell'uniformità dei caratteri che presentano; esclusa la pleurite, i cui dati si avvicinano molto a quelli della tubercolosi polmonare. Nelle malattie polmonari troviamo in comune la negatività o quasi dell'anamnesi, sia personale che familiare, sia quella che si riferisce ad altre malattie in genere o specificamente dell'apparato respiratorio; negatività degli esami medici eseguiti all'ingresso in assicurazione, sì che il rischio era stato considerato normale per quasi tutti; uniformità nella distribuzione della mortalità nelle varie regioni; antidurate di contratto piuttosto lunghe per la maggioranza; età di ingresso in assicurazione ed età di morte piuttosto avanzate. Quello peraltro che risalta di più notevole è la prevalenza comune dei sovrappesi, tale prevalenza costituisce per alcune malattie, come abbiamo visto, una percentuale veramente grande.

Uguale uniformità di caratteri non ritroviamo, se facciamo un esame dal punto di vista della medicina assicurativa. Vediamo riunite in questo gruppo, malattie acute che possono insorgere in individui del tutto sani, e malattie croniche, le cui origini debbono risalire senza dubbio a molti anni; vediamo infine sindromi morbose, che rappresentano il fenomeno terminale di altre malattie, anch'esse croniche, di cui l'assicurato era già affetto sicuramente anche prima dell'assicurazione; malattie che pei loro peculiari caratteri clinici, possono sfuggire al controllo sanitario e a cui molto spesso neanche chi ne è affetto dà soverchia importanza.

DALLE RIVISTE CHE RICEVIAMO IN CAMBIO

Accademia Medica, N. 7, Luglio 1937.

M. BARBARA e M. SICON, *Sulla patogenesi dell'ulcera gastro-duodenale.*

Riferendosi alla teoria anafilattica dell'ulcera g. d. gli AA. hanno indagato per accertarsi se esiste uno stato allergico nei malati; l'iniezione di vari allergeni ha messo in evidenza tale stato generico ma non in rapporto a sensibilizzazioni derivanti dalla parete gastro-duodenale.

Annali di Medicina Navale e Coloniale, N. 7-8, Luglio-Agosto 1937.

V. ALFANO, *Sulla paraplegia sportiva con contrattura in flessione.*

Riferiti alcuni casi della letteratura della sindrome di Kliprice, flessione dei segmenti degli arti inferiori, tipo cutaneo-riflesso di Babinski, spesso riscontrata nelle affezioni meningo-mieliche, ne espone le varie teorie patogenetiche senza poter giungere in base alle attuali cognizioni ad una interpretazione univoca.

M. BORNIOLO, *Considerazioni sulla terapia della perniciosa e delle gravi forme estivo-autunnali.*

Da una statistica personale di 80 malarici gravi l'A. conclude che tanto queste forme come le perniciose possono essere quasi sempre guarite con la sola cura clinica ad alte dosi (5 gr. pro die) di cui, per via endovenosa, due gr. nel 1° giorno.

G. MIRRA, *Relazione sulla meningite cerebro-spinale in Eritrea.*

Ricordata la diffusione che durante la guerra 1935-36 prese questa malattia fra gli indigeni, ne viene studiata l'epidemiologia anche nei confronti dei paesi finitimi, le forme cliniche e le varie misure profilattiche adottate, cioè l'isolamento dei sospetti, la profilassi del paese e la vaccino-profilassi specifica.

Biochimica e Terapia Sperimentale, N. 5, Maggio 1937.

S. CACCURI, *Modificazione della chetonemia nell'intossicazione sperimentale da acetone.*

Nei conigli dopo inalazioni o iniezioni di acetone ha riscontrato il passaggio nelle urine di acido acetico, acetone, ed acido ossibutir-

rico; tale chetogenesi fa presumere lo stabilirsi di epatorenali.

R. BENIGNI, *Sul dosaggio del jodio nelle urine.*

Descrive un metodo rapido per tale ricerca che permette di stabilire anche la curva di eliminazione del jodio.

PIGHINI, *Esperienza di innesto d'ipofisi anteriori sullo sviluppo dell'embrione di pollo.*

Iniettando nelle uova, ad embrione già formato, l'estratto d'ipofisi anteriore l'A. ha riscontrato un'acceleramento dello sviluppo dell'embrione stesso.

B. CACCIAVILLANI, *Il metodo Fellemler-Weil-Sturm per la microdeterminazione dello jodio nel sangue.*

Dimostra con ricerche sperimentali le varie fonti di errore del metodo suddetto quando la quantità dello jodio nel sangue è inferiore a 30 gamma.

Biochimica e Terapia Sperimentale, N. 6, Giugno 1937.

E. NICOLINI, *Ricerche sperimentali sulla funzione epatica del ricambio dei lipidi.*

Ricerche sperimentali nel sangue afferente e in quello refluo del fegato dimostrerebbero che la funzione di questo organo consiste nella esterificazione della colesterina mentre non viene confermata una desaturazione dei liquidi riferita precedentemente da alcuni AA.

R. INDOVINA - A. CITARDA, *Azione dell'acido di Deuterio sul metabolismo glucidico.*

In vitro l'influenza dell'ossido di Deuterio è evidente nelle due fasi della glicolisi ematica perchè a debole concentrazione viene esaltata la glicolisi.

Biochimica e Terapia Sperimentale, N. 7, Luglio 1937.

M. CALABRESI e G. VANZETTI, *Nuova tecnica di dialisi applicate alle soluzioni proteiche.*

Gli AA. studiano tale metodo nel siero in confronto a soluzioni saline, ed hanno riscontrato che nei riguardi di questi ultimi l'equilibrio della dialisi viene raggiunto praticamente nello spazio di tre ore.

F. REZZESI, *Studi sul rachidismo sperimentale.*

Tale A. ha osservato che una sostanza fotodinamica emotiva, la ematoporfirina, può migliorare o guarire il rachitismo sperimentale di animali allorchè vengono irradiati con luce solare filtrata attraverso un vetro comune.

A. DANZI e E. MORELLI, *Osservazioni sulla attività estrogena dell'anolo polimerizzato.*

Sperimentalmente i suddetti ricercatori hanno trovato questa attività dell'anolo conservato a lungo; è difficile stabilire quale sia il prodotto polimero che presenta l'attività estrogena.

R. INDOVINA - A. CITARDA, *Proprietà fisiche chimiche e biologiche dell'acqua pesante.*

Solo recentemente l'elettrolisi ha permesso di ottenere questo deuterio dell'acqua; le proprietà fisiche e chimiche di esso sono qui passate in rassegna.

Critica Medico Sociale, Agosto 1937, N. 8.

MACRI, *Elioterapia ed eliomania.*

Sono esposti gli inconvenienti dell'eccessiva permanenza al sole per la mania dei bagni elioterapici.

F. GAROFOLI, *Proposta di visita medica obbligatoria alle domestiche.*

Ricordato come spesso il lavoro e la permanenza in grandi città metta in evidenza tra le domestiche una T. B. C. latente o sia causa di contagio per la famiglia ospitante, propone tale visita per evitare questi gravi inconvenienti.

G. MASSA, *Il tracoma e le cause della sua diffusione in Sardegna.*

Ricordato l'alto numero di tracomatosi in Sardegna ritiene per la lotta contro la malattia una rigorosa profilassi basata sull'isolamento nella fase più contagiante; i dispensari non sono mezzo sufficiente, occorre il ricovero in speciali stabilimenti e la trasformazione igienica dell'edilizia.

Cultura Medica Moderna (La), Agosto 1937, N. 8.

M. PAVONE, *La nefrostomia è sempre utile nelle idronefrosi dette inoperabili in primo tempo ?*

Ritiene che tale intervento oggi generalizzato possa esser sostituito con un'intervento unico, tranne in casi eccezionali.

G. FUNDARÒ, *Intradermoreazione alla tubercolina e sistema reticolo-istiocitario.*

Ha osservato che l'intradermo-reazione alla tubercolina espressione del sistema reticolo istiocitario non viene modificata dopo aver irradiato la cute con raggi Roëntgen.

U. BROUSSARD, *Nuova applicazione di prodotti solforosi.*

Nel paratifo ha usato con buoni effetti l'associazione dell'urotropina con la sulforamina ciò perchè probabilmente lo zolfo ha un'azione catalizzatrice.

A. MATTINA, *Chirurgia dei nervi splanchnici.*

Delle varie vie proposte per progredire il simpatico ha accertato con pratica di medicina operatoria che la tecnica di Donati è la migliore.

Difesa Sociale, Luglio 1937, N. 7.

S. CRAVAROSSA, *La distribuzione organica, Nazionale e Regionale dei Servizi Ospedalieri.*

E' la relazione presentata nel luglio scorso al 5° Congresso Internazionale degli Ospedali, cui vengono esposti i criteri seguiti dalla Direzione Generale di Sanità pubblica per gli schemi sul nuovo regolamento che disciplini le nuove costruzioni Ospedaliere e la loro attrezzatura.

M. PINCHERL, *I capisaldi della prevenzione Nazionale della Mortalità infantile.*

In questa relazione presentata al Congresso della Mostra delle Colonie Estive l'A. richiama l'attenzione sulla collaborazione tra il pediatra e l'ostetrico e sulla prevenzione delle malattie della nutrizione e dell'apparato respiratorio che tanto contribuiscono nella mortalità infantile.

L. GABONO, *L'utilizzazione del Cinema nella propaganda delle vaccinazioni non obbligatorie.*

L'incomprensione ed ingiustificati timori del pubblico facilitano le evasioni a queste vaccinazioni, che perdono valore quando non sono totalitarie, la divulgazione scolastica attraverso il cinema può correggere questo inconveniente.

F. D'ANGELO, *Stato attuale della diagnosi precoce della tubercolosi polmonare dal punto di vista clinico e sociale.*

Dalle indagini condotte su 1000 malati, l'A. trova che solo il 30 % era in condizione tale

da lasciare sperare nella guarigione mentre per gli altri la prognosi era nettamente sfavorevole.

Folia Medica, Luglio 1937, N. 14.

ALFREDO FERRANINI - E. PIROLI, *L'azione del decotto di semi di Lupinus Albus sulla curva glicemica da carico di glucosio nei normali e nei diabetici.*

Coll'ingestione di 50 gr. di questo decotto gli A. A. mettono in evidenza un'aumento della tolleranza degli idrati di carbonio nei soggetti sani ma in modo non costante, l'aumento di tolleranza è invece costante nei diabetici.

N. TORO, *Alterazioni biochimiche ed istologiche dei muscoli immobilizzati meccanicamente.*

In questo primo articolo sono studiati i rapporti quantitativi tra l'acqua ed il residuo secco in tali muscoli. L'acqua risulta diminuita ed il residuo secco aumentato.

L. DI PRISCO, *Il reumatismo articolare cronico nelle sue varie forme cliniche come malattia sociale.*

Esposto il quadro clinico del reumatismo cronico primitivo e del reumatismo cronico secondario, l'A. passa in rassegna i danni economico-sociali provocati da questa malattia in svariate nazioni d'Europa e d'America, riferendo quanto è stato proposto per la lotta contro il reumatismo al Congresso Internazionale del 1936.

Forze Sanitarie (Le), N. 14, Luglio 1937.

U. DILIBERTO, *Norme per la cura di M. Ascoli della infezione malarica.*

Indica la tecnica di somministrazione dell'adrenalina per la cura di Ascoli precisando che il curante non deve lasciarsi fuorviare dalle piccole crisi transitorie che sono innocue.

L. DE BERNARDIS, *Quanti bambini muoiono per enteriti?*

L'A. Capo Reparto all'Ufficio Centrale di Statistica del Regno espone i dati riguardanti il 1935; da essi risulta che il 35 % dei decessi entro il primo anno di età sono dovuti a tali malattie.

L. BENACCHIO, *Modificazioni del sangue dopo sforzo muscolare negli atleti.*

Dallo studio di 20 atleti l'A. ha constatato che l'O₂ si mantiene più vicino alla norma dopo il lavoro nel sangue venoso dei soggetti allenati in confronto a quelli non allenati.

Giardino di Esculapio (II), Luglio 1937, N. 3.
N. N., *Giacomo Leopardi.*

In due capitoli sono rispettivamente trattati l'arte ed il pensiero del grande Recanatese come pure le malattie dalle quali il grande fu afflitto durante la breve e tormentata esistenza.

Giornale di Medicina Militare, Agosto 1937, n. 8.

A. LUSTIG, *Intorno alle dottrine sul meccanismo d'azione del fosgene; trattamento dei fosgenati.*

Esponde le teorie più accreditate; quella della scomposizione in acido cloridrico, lesiva per i polmoni, una seconda per cui il fosgene agirebbe direttamente sul sistema nervoso centrale ed una terza per la quale il fosgene agirebbe insieme all'acido cloridrico sui polmoni.

CASELLA B., *La acronassia del nervo vestibolare nel personale aereo-navigante.*

Sono studiate le cronassie sensitive del vestibolare che variano notevolmente da 12 a 28 sigma; i valori tendono ad elevarsi coll'abitudine al volo, in quanto il labirinto tende a divenire ipoeccitabile.

POGGI E RONCORONE, *Ricerche sulla nefrite tra le truppe dell'altipiano nord Etiopico.*

Dall'esame di 798 ricoverati in Ospedale solo 203 risultarono negativi per albumina; l'emocultura negli altri ha permesso di riscontrare in qualche caso un'enterococco, da ciò presumono che la nefrite presentata sia non raramente di natura microbica.

S. PALAZZI, *La terapia delle fratture mascellari con mezzi stomatologici alla portata del medico pratico.*

Nel Reparto Stomatologico in A. O. il R. ha praticato il blocco del ponte inferiore praticando la sutura del ponte con il comune filo di bronzo in dotazione dell'Ospedale; ha ottenuto 72 guarigioni sopra 74 casi.

M. AGOSTINI, *Aspetti dell'infezione luetica tra gli indigeni dell'Impero.*

Ha osservato 610 casi di sifilide prevalentemente con manifestazioni cutanee, in nessun caso ha notato forme nervose, cosiddette meta-luetiche, in complesso, date le pochissime cure che hanno gli indigeni per la propria salute, tale malattia, sebbene così diffusa, non dà le più gravi successioni frequenti tra gli Europei.

(V. seguito della Rubrica alle pag. XXI-XXIV, *Azzurre*)

La pagina per il Medico fiduciario

I RIFLESSI PROFONDI

Facendo seguito alla mia nota su i « Riflessi Cutanei » uscita sul N. 3 del 15 giugno della nostra Rivista, mi occuperò questa volta dei riflessi profondi.

Essi comprendono i muscolari, i tendinei e gli osteo-periosteali.

Riflessi muscolari: si ottengono eccitando direttamente col martelletto il ventre muscolare, non il suo tendine, quando il fenomeno esiste, si provoca in tal modo la contrazione globale più o meno vivace del muscolo stimolato.

Praticamente vengono ricercati assai di rado, e non interessano quindi la medicina assicurativa per cui su di essi non mi soffermo.

Riflessi tendinei: si ottengono percuotendo sul tendine del muscolo corrispondente, quando questo è in semitensione, e consistono in una contrazione muscolare. Talvolta questi riflessi sono solo apparentemente esagerati, perchè è deficiente la contrazione dei muscoli antagonisti, come avviene in caso di lesioni cerebellari.

In medicina assicurativa i riflessi che più di frequente vengono ricercati sono due:

1° il Rotuleo che consiste nella estensione della gamba per contrazione del quadricipite femorale, e si provoca percuotendo sul tendine rotuleo mentre il soggetto, seduto o coricato, tiene la gamba rilasciata, e meglio se stringe fortemente le mani l'una all'altra (manovra di Jendrassik). Questo riflesso ha il suo centro nel II, III e forse anche IV segmento lombare. L'abolizione di questo riflesso (segno di Westphal) è caratte-

ristico per la tabe; può però aversi nel diabete; ed in vari stati tossi-infettivi, nel morbo bronchiale, negli stati di esaurimento, nei tumori cerebellari.

L'esagerazione del riflesso invece può aversi, oltre che per malattie nervose, per gravi anemie, nefriti, reumatismo articolare acuto, tubercolosi, tifo.

2° Il riflesso del tendine di Achille è caratterizzato da una contrazione del tricipite surale, ottenuta percuotendo sul tendine di Achille quando il piede è tenuto in flessione dorsale sulla gamba.

Esso ha il suo centro nervoso nell'ultimo segmento lombare e nei primi due sacrali. Detto riflesso è indebolito o mancante nella tabe, nella nevralgia sciatica, per lesione del I e II tronco sacrale, nella paralisi dello sciatico popliteo interno, per compressione del V tronco lombare (da sacralizzazione della V vertebra lombare). E' invece esagerato nelle alterazioni piramidali, come nella sclerosi laterale amiotrofica e nella sclerosi a placche.

L'esagerazione generalizzata di tutti i riflessi si riscontra nella intossicazione da atropina, stricnina ecc. e nella paralisi generale progressiva. L'esagerazione unilaterale indica degenerazione del fascio piramidale; quella localizzata agli arti inferiori si osserva nella compressione midollare o nella mielite sifilitica, sclerosi a placche o siringomielia.

Riflessi osteo-periosteali: si ottengono percuotendo le ossa con un martelletto pesante a larga superficie eccitante per cui si provoca una contrazione muscolare corrispondente.

*Di tutti i riflessi osteo-periostei, quelli che in medicina delle assicurazioni vi-
ta vengono più comunemente ricercati
sono: il riflesso periosteo radiale o stilo-
radiale che si ottiene sul radio presso il
processo stiloideo: da come conseguen-
za la flessione dell'avambraccio sul
braccio.*

*Ha il suo centro nervoso in corrispon-
denza del V-VI segmento cervicale.
Quando è leso il V segmento, ma sono
integri l'VIII cervicale ed il I dorsale,
sempre percuotendo in corrispondenza
del processo stiloideo del radio, si ha il
riflesso radiale invertito, consistente nel-
la sola flessione delle dita della mano.*

*Il riflesso periosteo-cubitale, che si
ottiene percuotendo sulla parte postero-
inferiore del cubito, ha per effetto la
pronazione dell'avambraccio ha il suo
centro nervoso nel VI-VIII segmento
cervicale.*

*Altro riflesso molto importante in me-
dicina assicurativa è il pupillare.*

*La pupilla diviene midriatica per azio-
ne delle fibre irido-dilatatrici del simpa-
tico (provenienti dal centro cilio-spina-
le a livello del I segmento dorsale) e del
trigemino; si fa invece miotica per azio-
ne delle fibre irido-costrittrici dell'oculo-
motore su casi patologici la pupilla quin-
di si restringe per eccitazione dell'ocu-*

*lomotore e per paralisi del simpatico o
del trigemino, si dilaterà invece nella pa-
ralisi dell'oculomotore e nei casi di ecci-
tazione del simpatico o del trigemino.
Normalmente la pupilla si restringe al-
la luce viva e si dilata all'oscurità; essa
viceversa si dilata alla luce nel periodo
preatassico della tabe e nella epiles-
sia.*

*In seguito ad atrofia del nervo ottico
o ad interruzione delle normali comuni-
cazione nervose si ha midriasi con per-
dita del riflesso alla luce mentre perma-
ne il riflesso all'accomodazione. Questo
fenomeno è chiamato segno di Argyl-
Robertson ed è stato osservato nel 70 %
dei casi di tabe, nel 47 % dei casi di
paralisi generale; in qualche caso di
sifilide cerebrale, nella siringomielia,
nella sclerosi disseminata, nella atrofia
muscolare progressiva, nell'alcoolismo.
Tale segno oggi è ritenuto patognomo-
nico della sifilide acquisita od eredita-
ria. Spesso il segno di Argyl-Robertson
e l'anisocoria si trovano associati a le-
sioni aortiche, dipendendo essi da sifi-
lide e rappresentando una forma iniziale
e frustra di tabe dorsale. L'associazione
di questi due sintomi costituisce la sin-
drome detta di Babinski.*

Dott. T. CICU

della Direzione Generale dell' I. N. A.

Varie

Costituzionalismo e medicina preventiva

(Conferenza tenuta a Viterbo il 13 giugno 1937
in occasione dell'inaugurazione del Consultorio Medico)

*Eccellenza, Signor Direttore,
Signore e Signori,*

Nella quiete di questa Viterbo ricca di cento torri vetuste e di tante fontane canore del più elegante '200, una nuova nota giunge oggi ad unirsi alle numerose altre che nel campo assistenziale e sociale il Regime ha promosso ed auspicato come in tante altre città.

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni inaugurando in questa Provincia un Consultorio crede di aver non soltanto adempiuto ad un comando di ordine generale espresso dal Duce; ma si lusinga di poter portare un'opera benefica anche in queste zone ove la tranquillità della vita agricola ed artigiana deve trovare nella più moderna funzione sanitaria un giusto compenso alle qualità lavorative e risparmiatrici del popolo tutto. Ed alla totalità dei cittadini è rivolta appunto la funzione previdenziale dell'I.N.A., funzione che non è soltanto economica ma anche di medicina preventiva, e questa di importanza non minore della prima per il buon andamento della cellula familiare; anzi più utile ancora dal punto di vista sociale.

Poichè io penso che l'uomo è di per se ricchezza assai superiore a quella che gli attuari e i sociologi calcolano, in base all'età, in molte o poche decine di migliaia di lire. L'uomo rappresenta più che un capitale espresso in contanti, come una qualsiasi macchina, una fonte infinita di valori morali e spirituali tanto più ricca e feconda con l'esempio del lavoro e dell'esperienza quanto maggiore è l'età dell'individuo. Ed alla nostra anima, nella quale si riflettono ancora gli idillii virgiliani, tornano le belle immagini delle feconde famiglie rurali nelle quali il vecchio padre di famiglia, se talvolta, lasciato a mezzo il solco, riposa all'ombra del-

l'ulivo, la sera con la sua parola rincora e guida i figli e gli adolescenti nepoti nelle molteplici cure dei campi, costituendo il lievito fecondo della sanità della italica stirpe.

Ecco perchè noi riteniamo che la vita umana debba essere seguita e curata con sempre nuovi e più perfetti mezzi di ricerca. Qualcuno forse tra i presenti penserà che, infine, di ambulatori ce ne sono più che a sufficienza, più o meno gratuiti e che la nostra opera medica sia, se non superflua, per lo meno accessoria ad altre che esplicano da tempo la propria attività tra di voi. Ma è un nuovo indirizzo che orienta il nostro Consultorio e che ci distingue; per esse noi vogliamo sperare di essere utili a molti e prima che ai malati agli assicurati ancora sani.

La medicina ormai, lasciate le vecchie posizioni piuttosto anguste e limitate alla cura di colui che presenta una malattia in atto, tende oggi ad affrontare il più arduo compito delle affezioni latenti, quando cioè solo qualche funzione è claudicante e l'organo, dal punto di vista anatomico, non presenta ancora lesioni indelebili. Problema arduo questo, irto di difficoltà, ma di importanza eccezionale ma che rappresenta lo scopo ultimo e razionale della medicina di oggi. Indubbiamente l'accertamento di queste disfunzioni non è facile e richiede l'intelligente collaborazione del soggetto e del medico; ma solo la *medicina presintomatica*, come dobbiamo chiamare tale stato morboso latente, potrà darci una vera guarigione anzichè essere limitata, come spesso accade oggi nella medicina curativa, ad una modesta cura sintomatica palliativa e naturalmente temporanea.

Noi facciamo affidamento per l'attuazione del nostro programma sulla comprensione di tutti perchè ci auguriamo che ognuno sia sollecito del tesoro più grande che possiede ed abbia tutto l'interesse a conservare la

propria salute. La diagnosi pre-sintomatica, o comunque il più precocemente possibile, è il nostro sforzo di oggi; lo studio integrale della labilità costituzionale e quindi la medicina preventiva sarà il nostro compito di domani. Perchè la scienza medica è in continuo divenire e tende a risalire nello studio delle cause morbose le prime oscure origini determinanti.

Nell'arte è possibile ad un genio, nel tormento della creazione, riuscire ad esprimere la propria sensibilità e personalità in una epoca ancora arretrata; così Leonardo seppe rubare alla natura il segreto degli incantevoli sorrisi, egli che non aveva conosciuto nei contemporanei se non la rigidità delle forme e dell'espressione alla scuola del Verrocchio. Nella medicina invece, nulla sorge d'improvviso; come in tutte le scienze sperimentali essa si svolge secondo un faticoso ma continuo succedersi di acquisizioni concrete e di interpretazioni biologiche le cui leggi intime sono ben lungi dall'essere ancora oggi ben conosciute nonostante l'apporto scientifico di tanti secoli di civiltà. Solo così si spiegano certi ritorni a concezioni antiche dell'epoca aurea, greca ed egiziana, cui si aggiunsero successivamente gloriose tradizioni italiane dal secolo XV al più recente '700.

Se il secolo scorso, in un impeto romantico e un po' demagogico, credette di poter tutto distruggere e gridare forte, in base alle concezioni materialistiche imperanti, che niente esisteva che non cadesse sotto i sensi; il tempo nuovo ha restituito al pensiero il suo eterno valore dominante. Il XIX secolo che aveva creduto con uno smodato orgoglio di aver da solo scoperto una legge nuova ed eterna per reggere i popoli secondo una costituzione illusoria cosiddetta democratica, s'illuse ugualmente quando sentenziò che il bacillo era tutto nella malattia.

No, il malato non è, tranne in alcune speciali affezioni contagiose, il prodotto dell'organismo umano messo in presenza di un germe. C'è qualche cosa che agisce al di là di questo semplice meccanismo automatico, qualche cosa che non era sfuggito ai nostri gloriosi maestri di un tempo che avevano portato ai fastigi della rinomanza in-

ternazionale la cultura delle Università Italiane nell'ormai lontano e dimenticato Rinascimento.

Le profonde osservazioni epidemiologiche del Fracastoro, gli studi di fisiologia dello Spallanzani e del Cesalpino, le ricerche clinico-anatomiche del Morgagni che ancora oggi formano l'ammirazione degli studiosi, e tra noi a Roma l'opera di Giovanni Maria Lancisi, sono prove inoppugnabili che servono a dimostrare il valore degli italiani in questo campo. Basta ricordare quanto gli Ospedali di Roma e gli italiani tutti debbono al Lancisi che, se ebbe la fortuna di essere consigliere di un re di Francia e di tre Papi, con il suo intuito divinò l'importanza della bonifica urbana facendo procedere ai primi lavori di risanamento della nuova Roma ridestatasi da poco da un letargo più che millenario.

Sempre in quel meraviglioso meriggio che fu il primo ventennio del secolo XVIII, l'Italia vide in quella stessa epoca due scienziati di alta fama e di valore incomparabile che illustrarono le nostre Università, il Baglivi a Roma ed il Ramazzini a Pavia. Il primo, clinico della Sapienza, abbandonate le interminabili questioni filosofiche e le logomachie ancora in uso presso i medici dell'epoca, affrontò al banco dell'esperienza e dell'osservazione i veri quesiti della diagnostica e della terapia. Anche oggi, a distanza di oltre due secoli, l'aforisma che guidò la sua breve ma intensa carriera sarebbe per molti medici e scienziati un avvertimento utile ed un programma di lavoro. « Il medico » disse il Baglivi, « servo della natura non può agire saggiamente ed onestamente se non adatta il proprio modo di agire e di pensare alle sue leggi ». C'è in questo concetto l'implicita condanna ai troppi rapidi entusiasmi che il materialismo creerà nel secolo seguente basandosi esclusivamente sullo studio dell'organo anzichè riportarsi all'intero organismo, quasi quello non facesse parte inscindibile di questo. Così pure gli scienziati del secolo scorso polarizzarono la loro attenzione sul bacillo senza tener conto della resistenza individuale come se il corpo umano fosse un terreno di cultura alla discrezione del ger-

me che lo volesse aggredire. Nè minori di quelle del Baglivi sono le benemeritenze di Ramazzini che, oltre a studiare con indomita passione tutte le malattie professionali conosciute in quell'epoca e diffuse tra l'artigianato ancora in fiore nel XVIII secolo, preconizzò e fu promotore dei primi concetti di medicina preventiva.

Non è questa la sede adatta nè la mia voce sufficiente a risvegliare queste grandi glorie italiane e noi stessi, figli di questa terra troppo spesso lo abbiamo dimenticato per una ammirazione senza riserva a tutto quanto veniva fino a ieri d'oltralpe.

Senza voler togliere i giusti meriti acquisiti in tanti campi scientifici al secolo XIX, soprattutto in quello batteriologico ed anatomico, che del resto ebbero anche noi altissimi cultori quali il Bassi ed il Bufalini e più recentemente Marchiafava; la medicina dell'ultimo trentennio tende irresistibilmente a rivedere i vecchi postulati ed abbandonato lo studio individualistico si orienta sempre più verso l'esame delle malattie conseguenza di alterata funzione e come danno sociale che esse provocano.

Come si era rapidamente diffuso il concetto che tutta la patologia si dovesse ricercare nel bacillo, così l'impossibilità manifesta di poter spiegare in tal modo le malattie ha condotto oggi ad un criterio medico più complesso che prende in esame con vedute più vaste tutto l'organismo secondo una concezione detta sinteticamente *neovitalistica*. In tal modo la malattia risulta come le ultime conseguenze dell'azione bacillare che ha trovato nell'organismo speciali condizioni di attecchimento e di sviluppo.

Lo studio della costituzione, che in Italia riconosce il suo fondatore nel De Giovanni, rappresenta la prima sicura pietra miliare nel cammino della medicina preventiva poichè secondo questa concezione dal modo di essere dell'organismo e dalla sua trasformazione il medico è guidato alla conoscenza dell'individualità patologica. Numerosi rami di questa medicina veramente razionale che prendono in esame le deficienze ereditarie od acquisite del soggetto sono oggi giorno fiorenti e rigogliose avendo già raggiunto notevole sviluppo. Sempre per merito di

studiosi italiani possiamo affermare che seguendo l'indirizzo del De Giovanni la patologia costituzionale, che nel tipo morfologico studia la collettività, è ormai entrata nel campo delle realizzazioni per merito di uomini che hanno il nome di Castellino, Messedaglia e secondo i metodi antropometrici introdotti dal Viola e quelli biologici del Pende.

La endocrinologia che costituisce il nuovo concetto umorale ha, in appena mezzo secolo, contribuito potentemente alla impostazione di problemi di fisiopatologia. L'ormone è certo qualche cosa di più del bacillo, questo è il nemico che si deve combattere con l'igiene, quello è lo stimolo che accompagna e guida l'uomo per tutta la sua vita, ne plasma il corpo nell'infanzia a seconda dei vari increti, indirizza le modalità funzionali e psicologiche nella giovinezza e nella maturità per poi condurre alle predisposizioni morbose che, manifestatesi successivamente, porteranno al tramonto di questo meraviglioso piccolo cosmo costituito dal nostro corpo.

Solo partendo da questi principi si può parlare di medicina *presintomatica* e di medicina *preventiva*. L'*ortogenetica*, l'*eugenetica*, le leggi dell'ereditarietà e dell'ambiente costituiscono tanti settori da studiare che daranno in un prossimo avvenire un indirizzo utile e concreto al fine di evitare lo stabilirsi insidioso e ineluttabile di tante diatesi patologiche e delle stesse malattie croniche.

Anche rispetto alle malattie infettive, come per le altre del ricambio più intimamente connesse alla costituzione, la concezione neoippocratica trova una fonte inesauribile di risorse nelle possibilità allergiche che la natura ha messo a disposizione dell'organismo perchè si possa difendere. Non è questo il momento per ricordare come la vaccinazione, empirica per opera di Jenner, oggi abbia trovato delle sicure basi scientifiche. L'allergia costituisce attraverso l'immunizzazione acquisita, alla stessa guisa di un fiume imponente che corretto dalla mano dell'uomo da distruttore si trasforma in fecondatore del terreno e lo rende ubertoso; costituisce dico

un'arma formidabile che sgorga dai misteri della vitalità più riposta e rappresenta contro il bacillo l'unica e vera arma efficace di lotta. I germi, già terrore dei batteriologi, hanno trovato il loro distruttore anziché in un antisettico chimico sorto dagli alambicchi dell'uomo nelle forze stesse della natura eterna.

Sostenere le resistenze organiche dell'organismo, regolare lo sviluppo nel giovane ed evitarne le deviazioni dalla norma, seguire con criterio costituzionalistico l'uomo che ha raggiunto l'età matura è funzione precipua della medicina preventiva. Sui mezzi di accertamento antropometrico, anamnestico, funzionale e sulle ricerche chimico-fisico che si richiedono per tale scopo, credo inutile soffermarmi perchè di competenza strettamente medica.

Questo da me tracciato è solo un programma generico, successivamente la pratica confortata da una lunga esperienza e dal favore degli assicurati, ci potrà indicare le migliori norme da seguire.

Così intesa la medicina non è più quella pratica professionale un po' triste che si accompagna spesso a recriminazioni tardive e ad inutili tentativi fatti senza fiducia al letto del malato; ma diviene la sorgente luminosa, ricca dell'esperienza millenaria, dell'umanità cui tutti ricorreranno volentieri per evitare, a tempo opportuno, ciò che successivamente diverrebbe una affezione fatale. Il concetto della malattia di un organo quasi questo fosse avulso dalla restante parte del nostro organismo, è ancora troppo radicato nella mente del pubblico profano, ma deve ormai trasformarsi. La malattia oggi va intesa come la risultante di *disgenesie neuro-ormonali* che trovano la prima origine nei fattori ereditari ed ambientali cui vanno aggiunte eventuali infezioni ed abitudini acquisite; elementi questi che agiscono gradualmente e sopra l'intero organismo.

Senza addentrarci nel campo troppo tecnico e troppo vasto dell'endocrinologia o dilungarci sulla teoria ortogenetica e sulle costellazioni ormoniche morfogenetiche del Pende, possiamo con sicurezza affermare, e risulta evidente a chiunque come, a questo

punto, la medicina nuova abbia superato gli angusti limiti dello studio dell'individuo per allargarsi sopra un più vasto orizzonte. Una tale scienza medica che possiamo chiamare neo-umorale nel senso più completo si estende all'esame della famiglia e, attraverso i caratteri etnici regionali, giunge ad abbracciare l'intera nazione intesa quale tipo di razza ed unità inscindibile di un popolo.

Lo studio del tipo e delle collettività tende a sostituire quello dell'individuo e la conoscenza delle leggi che regolano le forze biologiche mentre da un lato ci indica quanto sia grande quella che gli antichi chiamarono « *Vix medicatrix naturae* », dall'altro dimostra che la prevenzione contro la malattia è un problema sociale cui tutti sono interessati senza distinzione di età e di condizione economica. Lo Stato Corporativo Fascista, come difende gelosamente i tesori d'arte ed i prodotti tipici nazionali, è non meno sollecito a mantenere integro il più sacro dei tesori della stirpe, quello della salute dei singoli cittadini. Su questi riposa la forza della Nazione e ad essi, in ultima analisi, è affidato l'onore di difendere lo Stato stesso non solo in guerra, ma anche in pace facendone grande il nome nei campi dell'arte della scienza e del commercio.

L'attività medica, di cui si preoccupa lo Stato, sarà quindi innanzi tutto l'igiene che rappresenta la figlia maggiore della medicina preventiva. Ma non si esaurisce con essa, come accadeva fino a 20 anni fa; la profilassi, cui un'adeguata legislazione sanitaria e numerose forme di Assicurazione obbligatoria hanno dato un valido aiuto, tende a sostituire la terapia spicciola. E accanto all'assistenza sanitaria obbligatoria, limitata talora alla più breve cura della malattia e dell'infortunio, noi riteniamo che l'assistenza sanitaria spontanea praticata dall'I.N.A. abbia uno scopo più lontano, ma anche maggiore. Esso, avendo per fine il benessere sociale senza alcun impegno, se non quello che sorge dal desiderio di contribuire alla difesa del patrimonio umano nazionale, costituisce un notevole contributo nelle opere assistenziali.

Senza seguire le direttive altrui, l'I.N.A.

rivolge le migliori cure ai propri assicurati non solo perchè vivendo più a lungo questi costituiscono un minore aggravio al bilancio di uscita dell'Istituto ma soprattutto perchè il nostro Ente ritiene che l'uomo giunto all'età matura, abbia bisogno di sorveglianza sanitaria assidua che può molto giovare, sia al mantenimento della capacità lavorativa fino ad un'età inoltrata, sia contribuendo sensibilmente al prolungamento della vita. Purtroppo fino ad oggi in Italia nessun altro ente od istituzione si era preoccupato della difesa di questo patrimonio umano veramente ingente.

Per raggiungere uno scopo così importante non è però sufficiente il solo interessamento dell'Istituto, la cui Direzione ha creato numerosi centri assistenziali in molte città; occorre anche la volenterosa collaborazione di tutti gli assicurati i quali devono persuadersi dell'importanza della nostra opera e diffonderne l'interessamento. Ecco perchè mi sono permesso indugiare su questo argomento tracciando un vasto campo poco noto della medicina sociale ed ho tenuto a differenziare il nostro consultorio di igiene e di medicina preventiva dagli ambulatori che numerosi fioriscono anche nella vostra città.

Nessuna duplicazione di funzione quindi, ma a scopi differenti mezzi diversi. Noi, più che la fiducia dei malati, desideriamo quella delle persone sane; sappiamo che il sentirsi fisicamente bene ingenera l'incuria e l'indifferenza per la propria salute. Anzi talvolta facendo eccessivamente affidamento sui nostri mezzi fisici, ci sottoponiamo ad un sovraccarico dannoso. Troppo spesso si attende per praticare un esame che qualche sintoma evidente abbia modificato il molto tranquillo, convincente di godere una salute di ferro. Se questa è veramente, e non potrebbe essere altrimenti, una ricchezza personale, desidererei che noi tutti facessimo come l'avaro fa con il proprio denaro, passandola spesso in rassegna.

In altre parole, un esame periodico del sangue o dell'urina, la misurazione della pressione, una consultazione per un lieve disturbo, se rappresenta un piccolo fastidio

che interrompe la nostra attività lavorativa per un'ora, serve a tranquillizzare specie verso quell'età critica che precede la vera senescenza. E' questa purtroppo l'età in cui compaiono frequentemente malattie da lesioni vascolari-nervose e subdole neoplasie. Una visita al Consultorio non è mai inutile ed è tanto più conveniente a chi, tutto preso dalle sue occupazioni, passa da un affare ad un altro e sottopone il proprio organismo ad un lavoro continuo.

Affannarsi dopo, correre da un medico all'altro, cercare una guarigione che la scienza non può dare, a lesione stabilita, è cosa perfettamente inutile; bisognava aver provveduto a tempo. La previdenza, sentimento profondamente umano di solidarietà familiare e sociale, trova nelle provvidenze sanitarie di medicina preventiva accanto alla polizza d'assicurazione il suo più vero completamento.

Un'importanza non minore hanno le norme igieniche che vengono impartite dai nostri consultori. Quanti piccoli problemi di igiene sorgono ogni giorno nella vita familiare senza che nessuno di casa, anche se persona colta, sappia risolverli? Si corre il rischio di contagio se non si fa nulla, o si può agire con mezzi inadeguati se si ha poca conoscenza di chiare norme igieniche.

La preoccupazione per un libro che è passato per le mani di persona sospetta malata, un indumento adoperato da uno sconosciuto, la dieta alimentare di chi in passato ha avuto qualche elemento patologico nelle urine, la lotta contro gli insetti, la scelta di una stazione idrotermale od anche la vicinanza di appartamento con qualche vecchio tossicologico non sono che i più comuni quesiti dell'igiene spicciola delle famiglie.

Il Consultorio può dare a chiunque tante piccole indicazioni pratiche che sono preziose appunto perchè si rivolgono alle modeste evenienze quotidiane della vita familiare. Perciò la nostra funzione assistenziale non sarebbe completa se accanto alla medicina preventiva non si occupasse anche della diffusione di norme igieniche delle quali molto, troppo direi, si parla abitualmente ma che ben pochi sanno applicare.

Con esse ne guadagnerà il decoro della casa che, se può fare a meno di mobili di lusso e di stoviglie d'argento, non può rinunciare ad essere pulita e riesce tanto più accogliente e piacevole quanto più si presenta linda e curata da una vera mamma italiana che sappia distribuire il suo tempo tra le cure dei figli e quelle della casa.

E' questo il nostro programma.

Contro tutte le avversità economiche e le malattie l'italiano dell'Era Fascista potrà, seguendo queste norme previdenziali, mantenersi sereno in ogni tempo e procedere nel quotidiano lavoro con quell'assiduità, con

quella parsimonia e quella tenacia che molti popoli ci invidiano. L'agiatezza economica ed una fiorente senilità, nella quale il corpo sarà ancora forte ed il pensiero agile, rappresenteranno il miglior premio al cittadino dell'Italia imperiale.

Ed i figli di tali uomini, che il mio pensiero si compiace veder sorgere numerosi tra i mezzadri di queste vostre colline festose di vigne e di oliveti, forti dell'esempio paterno, marceranno saldi e compatti all'ombra del Littorio sulle ampie strade del mondo.

Dott. A. STARNA.

Uno sguardo alle malattie della Somalia Italiana

Dott. F. MANOZZI

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

Nel mio precedente articolo sulla infezione malarica, ho voluto di proposito esporre fatti, che scaturissero esclusivamente dall'attenta osservazione dei casi esaminati.

Non so se le mie osservazioni abbiano il conforto di qualche consenso, perchè non ho consultato tutta la letteratura in merito, anche per non lasciarmi influenzare dai giudizi altrui.

Mi sia permesso, a conclusione della malaria tropicale, di accennare alla terapia chininica negli indigeni, se questa debba cioè discostarsi quantitativamente da quella praticata nei nazionali.

Ho letto ed ho sentito dire da tropicalisti di vaglia, che la malaria si cura negli individui di razza nera anche con dosi di chinino che possono tranquillamente giungere ai cinque-sei grammi al giorno. In pratica però ho osservato che, ad eccezione della rara chininoresistenza che non è poi davvero una prerogativa della razza nera, tutti gli indigeni malarici sono stati curati nel nostro ospedale con due grammi di chinino al giorno, somministrato per bocca, od un grammo e più spesso mezzo per via endovenosa: gli attacchi sono stati stroncati e si

è avuta la guarigione dell'accesso. Oso anzi dire che ho avuto la netta impressione che fossero proprio gli indigeni particolarmente sensibili al rimedio schizonticida, così da potere o dovere in molti casi ridurre l'abituale dose.

La razza somala non rappresenta certo tutta l'Africa e può essere vero che, per i negri ad esempio, debbano occorrere le dosi suaccennate, sebbene abbia la convinzione che una dose alta non sia scevra da pericoli (amaurosi, ecc.).

* * *

Il regime climatico della Somalia ha caratteristiche equatoriali, ma l'uniformità della temperatura, che è sempre assai elevata, lo discosta dalla fisionomia tipica dei climi di molte altre zone (medio altopiano), dove gli scarti termometrici tra giorno e notte sono rilevantissimi.

Del resto vari sono i climi nell'Africa Italiana: vi sono regioni battute dai venti periodici, come i monsoni in Somalia; e, malgrado siano in certi periodi violentissimi, sono desiderati e di grande sollievo. Le oscillazioni nictemerali della tempera-

tura sono minime nella fascia equatoriale e si riducono a tre, quattro gradi: questo fenomeno, che tormenta il sonno, si mitiga man mano che l'altitudine aumenta, cosicchè all'Asmara si hanno notti fresche e riposanti e, in certi periodi, persino rigide.

Altro importantissimo fattore, sono le piogge periodiche, la cui epoca varia grandemente da luogo a luogo e per motivi diversi. G. B. Mariotti-Bianchi ricorda, nel trattato dell'Ottolenghi, che il capitano medico Brezzi apprese, durante la prigionia a Cufra, che in quelle zone da cinquanta anni mancavano precipitazioni atmosferiche; mentre tutti oramai sanno che nell'altopiano etiopico le piogge sono annuali, con un periodo di piccole piogge in maggio ed uno di grandi piogge dal quindici giugno al quindici settembre.

Nel clima secco della Somalia, questo periodo di piogge ha l'inconveniente di produrre una grande umidità atmosferica, per cui nelle ore in cui non piove si soffre assai, perchè la pressione barometrica scema, la traspirazione cutanea è ostacolata e si verifica una diminuzione percentuale dell'ossigeno nell'aria.

Le malattie più comuni e più gravi dei climi caldi sono in rapporto stretto con le piogge, perchè molte di esse sono trasmesse da insetti, che si sviluppano precisamente nel periodo di forte umidità: la malaria infatti e varie parassitosi animali si diffondono in più larga misura a stagione delle piogge avanzata o subito dopo di essa.

La costanza dell'eccezionale calura in Somalia, che, come ho già detto, di poco si attenua nelle ore della notte, abbatte il sistema nervoso, intorpidisce il lavoro digestivo, debilita le energie di riserva, altera la respirazione che deve modificarsi per garantire un sufficiente ricambio gassoso nonostante la variata tensione di ossigeno nell'atmosfera.

Nessuna meraviglia quindi che i focolai tubercolari spenti si riaccendano, o che i latenti si sviluppino durante questi caldi eccezionali. Non certo soltanto al clima si deve dare colpa di tali accidenti; hanno il loro non trascurabile peso anche altri fattori, quali le deficienti condizioni igieniche,

alimentari e di lavoro forzatamente modificate, e non in meglio.

S'intende che nell'Africa Italiana si può ottimamente lavorare e rendere, solo che le necessità delle diverse prestazioni vengano adattate alle esigenze dell'ambiente; del resto il duro travaglio della vigilia e della campagna ha vittoriosamente collaudato la resistenza fisica della nostra magnifica razza.

La visita precoloniale dovrebbe quindi scrutare l'apparato respiratorio con severa diligenza, per evitare che individui anche solo lievemente compromessi, vadano poi ad ingrossare la statistica dei tubercolotici. Nel nostro ospedale molti casi del genere si sono verificati, ed il provvedimento da prendere per direttissima è il subito rimpatrio dei malati.

Cade a proposito, a questo punto, una breve digressione sul tanto e mai troppo dibattuto problema dell'acclimatazione, che ha affaticato le menti di tutti i colonialisti, i quali sono venuti a conclusioni svariatissime e spesso contraddittorie.

Dice il Rho: « L'acclimatazione è una questione d'igiene e di profilassi »: tale affermazione è esatta, se si tiene conto che vari sono i fattori che determinano l'acclimatazione in modo tale da permettere una lunga permanenza sui luoghi con una attività lavorativa quasi normale. Quanto alla riproduzione, che rappresenta l'*optimum* dell'adattamento, se la discendenza è sana; vi contribuiscono fattori in rapporto all'origine nazionale e regionale dell'europeo; la razza mediterranea è più adattabile al nuovo clima che non gli individui nordici. In rapporto all'età, è noto che il giovane di leva resiste male all'influenza del nuovo ambiente, si è invece concordi nel ritenere che tra i venticinque e i trentacinque anni l'organismo sia meglio preparato a difendersi dalle offese e dalle insidie del mutato clima. Quanto alla costituzione, il tipo magro, bruno, attivo, meglio si adatta dell'obeso, biondo, meno energico.

Ma soprattutto alcune malattie pregresse o in atto costituiscono una controindicazione assoluta alla vita in Africa: i gastropatici, quelli con lesioni epatiche, i sifilitici, i cardiaci, i tubercolotici, non debbono an-

dare nelle zone dell'Impero, se non vogliono correre pericolosissimi rischi; anche se le sofferenze gastriche siano sopportabili e discontinue, le epatopatie diano solo qualche disturbo durante la digestione o costringano a limitare di poco la normale vittitazio-
ne, la sifilide sia remota (a meno che ripetute indagini sierologiche non autorizzino il giudizio di guarigione), i vizi di cuore compensati, le affezioni tubercolari clinicamente guarite. Lo stesso si dica delle malattie della pelle, soprattutto eczemi, psoriasi e acne.

Due sole razze raggiungono il massimo di adattabilità in tutti i climi: la ebraica per la rigorosa selezione naturale cui è pervenuta attraverso secolari, e spesso terribili, peregrinazioni; e la greca, che l'avventura e il bisogno hanno spinto in tutti gli angoli del mondo. La razza ebraica, com'è noto, è la più resistente alle malattie tubercolari, sebbene non sfugga alle infezioni bacillari: questa prerogativa è il risultato di un severo processo selettivo secolare e abbastanza immunizzante nei riguardi della tubercolosi.

E' stata bene studiata da tanti insigni medici la patologia dell'acclimatazione, e tutti si sono convinti della necessità di stabilire opportune norme igieniche, che sole potrebbero permettere una vita sana e di rendimento in Africa; ed è proprio attraverso la rigorosa osservanza di tali norme che speriamo veder mano a mano diminuire i danni di un clima così profondamente differente dal nostro; ora soprattutto che, per la prima volta nella storia coloniale del mondo, un intero esercito e, tra non molto, qualche milione di cittadini, faranno dell'Impero la loro seconda patria.

Non è compito di queste brevi note elencare e discutere i provvedimenti igienici che occorre mettere in opera per acclimatarsi.

Tornando a parlare della tubercolosi polmonare, dirò che per i somali rappresenta addirittura un flagello e c'è seriamente da temere che non sia il bacillo di Koch a decimare la razza. Bisognerà preoccuparsene

con vaste provvidenze sanitarie, che potranno permettere, attraverso lunghi decenni, lo stabilirsi di quella relativa resistenza all'infezione, che oggi è l'appannaggio delle razze civili.

Le forme acute e acutissime hanno il predominio sulle subcroniche e croniche come pure i focolai d'infiltrazione massiva broncopneumonica, sublobare, lobare o ultra-lobare; miliari che insorgono con impressionante rapidità e portano a morte in tempo brevissimo. Il pneumotorace spontaneo è relativamente frequente e gravissimo, perchè i tessuti non hanno il tempo di reagire con ispessimenti e aderenze dei foglietti pleurici, alla troppo sollecitata invasione del male. Si assiste così in poco tempo allo stabilirsi nel cavo pleurico di una forte bolla di gas con spostamento del mediastino e fino ai limiti possibili, così che il cuore batte oltre la mammillare destra; di conseguenza si manifestano minacciosi disordini di circolo e di respiro.

Il pneumotorace si complica sempre con versamenti purulenti e poco giova allora lo svuotamento del liquido, perchè questo si riforma abbondantemente.

Un fatto però, che sembra di osservazione frequente e meravaglia il medico, consiste nel frequente risorgere di molti di questi gravissimi tubercolotici anche senza adatta terapia e talora con la stessa rapidità con cui si sono ammalati; guarigione clinica s'intende e non certo anatomopatologica; e presumibilmente guarigione instabile. Per ciò che mi risulta io però non posso affermare ciò con cognizione di causa, perchè, date le caratteristiche del nostro lavoro in guerra, i pazienti dimessi dall'ospedale sono stati perduti di vista.

Queste insospettabili risoluzioni sono certamente l'indice della reazione organica di una razza fondamentalmente sana, che non conosce tossici, obbedisce ad un metodo di vita elementare, non tormenta i propri nervi, si nutre quasi esclusivamente ed in modo assai parco, di carne di capretto, latte di cammella e cereali.

La razza somala, come tutte le razze vergini, ha contratto l'infezione in misura larghissima e in forma assai grave, quando è

venuta a contatto con la civiltà, cui ha pagato in tal modo un tributo doloroso.

Ma se il decorso del male è così rapidamente evolutivo, ciò si deve anche alla contribuzione di altri fattori: il lavoro sfibrante in un clima infuocato, lo scarso nutrimento con carenza di proteine animali, l'insufficiente igiene della persona e delle abitazioni, la promiscuità degli individui che dormono, malati o sani, sulla stessa stuoia e mangiano con le mani nello stesso recipiente.

* * *

L'argomento delle cosiddette ulcerazioni tropicali è intricatissimo: i pareri sono discordi, ma allo stato attuale delle cose nulla è ancora risolto: etiologia, patogenesi, clinica e terapia vanno a tentoni nel buio.

Si è tanto parlato, più a sproposito che a proposito, del « terreno costituzionale »: due parole che, comunque intese, dicono poco per voler dire troppo.

Se per costituzione deve intendersi l'insieme dei caratteri congeniti e acquisiti propri di ciascun individuo, tante sono le costituzioni, quanti evidentemente sono gli individui; ed in forza di questa chiarificazione, è fuori di luogo farne cenno in riferimento ad una razza.

Perchè le piaghe tropicali sono frequentissime negli indigeni, e raramente ne sono colpiti i nazionali? E perchè anche la razza bianca ne può soffrire, quando vive nello stesso ambiente?

Due interrogativi questi che, quando saranno risolti, lumeggeranno forse tutta la questione.

Qualche cosa però si può già dire, se l'osservazione è stata vigile.

Per quanto incongrui possano essere in patria i metodi di lavoro, le abitudini alimentari e il ritmo quotidiano di vita, mai si verificano piaghe tropicali nei bianchi. Resta a vedere (e non ho dati di fatto in proposito) se gli indigeni che vivono ora in Italia, soffrono o soffriranno di tali ulcerazioni. Comunque sia, io mi permetto di riferirmi ancora all'influenza del clima, ed ai fattori dannosi che possono derivare al-

l'organismo dal lavoro e dall'alimentazione in tale clima.

La piaga tropicale che insorge poco a poco e spesso dopo un trauma: è una lesione che può approfondirsi fino all'osso, non risparmiando alcun tessuto; e vi pullulano germi vari, più spesso spirilli, bacilli fusiformi e piogeni. La riparazione di tale perdita è lentissima, le recidive frequenti, il dolore spesso violento.

Sono i germi che preparano e determinano la lesione, o questa insorge all'inizio indipendentemente da essi, come un'ulcera trofica, e solo secondariamente s'infetta? Ho detto ulcera trofica, e forse chi così la pensa coglie nel segno.

Non ho osservato ulcera tropicale che nella gamba e nel piede: proprio in regioni anatomiche quindi dove la circolazione si compie meno facilmente, che sono più esposte all'inquinamento della polvere delle strade e della sabbia, non protette dall'abbigliamento. Gli indigeni della Somalia sono dei camminatori d'eccezione ed è proprio ai loro arti inferiori che si richiede una fatica particolare: tutti buoni motivi questi per supporre che il trofismo dei tessuti debba compiersi a disagio, quando non sia aiutato dal riposo, da una buona alimentazione e da una sufficiente pulizia. Trofismo che la compromessa ossigenazione del sangue, per quanto ho detto nei riguardi del clima, rende labile. I tessuti in tal modo, e specialmente i più superficiali, sono più facilmente aggredibili proprio da quei germi che sulla cute e sulle mucose trovano il loro « habitat » preferito: spirilli e bacilli fusiformi.

La lentissima riparazione delle piaghe tropicali, anche se ben deterse e stimolate, è l'indice più evidente della compromessa nutrizione delle trame tissurali.

Quando i bianchi si mettono nelle stesse condizioni di igiene, di lavoro, di alimentazione degli indigeni, nello stesso clima, insorgono anche in essi le ulcerazioni.

Dobbiamo poi tener conto di un altro fatto che è stato osservato: periodi cioè di vere e proprie epidemie di piaghe tropicali, e queste sono allora gravi, più fagedeniche, più dolorose. Particolare virulenza dei ger-

mi, favorite condizioni di contagio per l'ammassamento e la promiscuità, contingenze climatiche sfavorevoli agli indigeni? E' difficile rispondere a tali quesiti. Queste epidemie insorgono in tutta vicinanza alla stagione delle piogge, ed i tre interrogativi formulati potrebbero in tale circostanza trovare la loro risposta.

E' importante anche fare osservare che è più facile che le piaghe insorgano in luetici che in individui non sifilizzati: sebbene la spiegazione sia artificiosa, si potrebbe pensare che la spirocheta abbia indotto alterazioni varie nei tessuti e nel loro nutrimento, rendendo questi individui più recettivi all'azione dei vari fattori nocivi, ed aggredibili da germi vari, specie da quelli che hanno analogie morfologiche e biologiche con il *treponema*.

Ma la siflide, specie congenita, è così comune negli indigeni e sono tanti i sifilitici senza segni evidenti dell'infezione, che poter affermare con sicurezza una correlazione tra le due forme morbose, è un'ipotesi molto azzardata.

La terapia delle ulcerazioni tropicali è di necessità, per quanto è stato premesso, basata su molteplici tentativi, molti dei quali sono destinati ad un sistematico fallimento.

La piaga deve essere detersa meccanicamente, anche, se occorre, con vaste recinzioni cruenta oltre i limiti dei tessuti mortificati, fino a scucchiare generosamente l'osso, se questo è stato già intaccato. In seguito bisogna stimolare la riparazione, ed è questo il compito penoso, perchè la piaga non tende a guarire, a dispetto dei più accorti interventi curativi.

Se però l'arto colpito viene messo in riposo, protetto dai possibili inquinamenti, ed al malato si dà nutrimento sano ed abbondante, allora un paio di detersioni giornaliere (noi adoperavamo una soluzione di permanganato) seguiti dall'applicazione di *necsalvarsan* soluto estemporaneamente (nel nostro ospedale questo medicamento ha dato eccellenti risultati); tali mezzi coadiuvati dalla somministrazione di ergosterina, stimolano il trofismo dei tessuti; riescono in buona parte dei casi a permettere una cicatrizzazione. Questa risulta rapida abbastan-

za, se si considera che le piaghe tropicali, trattate ambulatoriamente, risolvono in una trentina di giorni, talora meno, più spesso oltre.

Ogni tropicalista che si rispetti ha la sua pomata, dalla quale, per giustificati motivi di orgoglio, si aspetterebbe assai più di quanto in effetti non riceva; ma, finchè sull'argomento si conosce così poco di preciso, non c'è da sperare di più.

* * *

Non mi soffermo sulle malattie coloniali che non ho osservato nella mia permanenza in Africa, come il colera, la lebbra, la *framhoesia*, la dissenteria bacillare e il tifo: quest'ultima infezione sembra non essersi mai verificata in Somalia, sebbene recentemente il Sarnelli e l'Andruzzi (nel « *Trattato d'Igiene* » dell'Ottolenghi) abbiano riferito che ve ne sono casi indubbi, sebbene rari. Il clima caldissimo, l'aridità del terreno e il sole, impediscono ai bacilli tifici di vegetare: se così non fosse, date le condizioni igieniche della popolazione, il tifo seminerebbe la strage.

Se casi di tifo sono stati descritti, è certamente da supporre che la Widal abbia permesso l'esatta diagnosi; che se invece ricerche serologiche non sono state eseguite, o l'agglutinazione si è presentata con titoli bassi, si deve anche pensare alla possibilità di confondere un tifo con una proporzionata tifoidea, che non è altro che malaria, sebbene molti malariologi la considerino una particolare forma clinica di tifo in malarici: tanto più facile clinicamente l'errore, in quanto il chinino giova e al tifo e alla malaria.

La siflide, come la malaria e la tubercolosi, è diffusissima in Somalia. Gran parte degli indigeni sono sifilizzati, o per eredità o per infezione post-natale. Ora la sintomatologia clinica è scarsa, specialmente nei caratteri di dermatotropismo del periodo secondario.

Il maggior numero degli infetti anzi, non presenta affatto sintomi obbiettivi; solo il ricordo dell'ulcera primitiva o la siflide dei genitori, li fa considerare leutici. I terziarismi neurotropici sono rarissimi, mentre

a carico delle ossa si hanno spesso manifestazioni tardive assai gravi.

Probabilmente la tenuità dell'infezione è da riportarsi ad una relativa immunità, stabilitasi attraverso secoli, come si è verificato per la tubercolosi nelle razze civili.

Non è però da escludere l'ipotesi che la malaria, che in regioni vastissime esiste nel 100 % degli individui, abbia attenuato e attenui l'infezione luetica, e magari la guarisca, come si verifica in una confortante percentuale dei paralitici progressivi malarioterapizzati; e sia anche la malaria ad ostacolare il neurotropismo dell'infezione.

* * *

Questa rapida rivista della patologia della Somalia, prospetta le grandi difficoltà che l'organizzazione sanitaria incontra lungo il faticoso e lento cammino nell'ambiente coloniale.

I medici italiani hanno dato all'Impero il loro contributo di sangue, pertanto giunga anche ad essi la commossa riconoscenza della Patria, per la diuturna, instancabile, silenziosa fatica contro le insidie più temibili di quelle lontane terre che sono oggi il « nostro posto al sole ».

L'andamento della mortalità e della morbilità in Grecia

La Statistica che appresso riassumiamo è stata edita a cura del Ministero dell'Economia Nazionale Greco e comprende le cause di morte in Grecia verificatesi durante l'anno 1934; essa si distingue dalle precedenti perchè è stata adottata la nomenclatura nosologica Internazionale del 1929 e perchè vi sono utilizzati i certificati di morte individuale.

Durante l'anno in esame si sono verificati in Grecia complessivamente 100.651 casi di morte (fatta astrazione dei nati-morti); di essi 66.017 si verificarono nei centri agricoli e 34.634 nelle città. I decessi per causa di morte non dichiarata ascendono a 9.037, in tutti gli altri casi vi era il certificato medico.

La mortalità per 1000 abitanti risulta del 15,05 superiore a quella verificatasi in Italia nello stesso anno che Petraghiani nello « Stato Sanitario nel 1935 » dichiara essere stato 13,04 per mille; il paese modello degli igienisti, la Nuova Zelanda ha dato una mortalità dell'8,03 per mille.

Passando ad esaminare la mortalità per regioni troviamo la più alta nella Tracia occidentale e in Macedonia con 17,57 e 17,36; la più bassa nelle isole Cicladi con il 13,16 per mille.

In confronto agli anni 1932 e 1933 il 1934

presenta una diminuzione di casi notevole e cioè rispettivamente di 16.942 e di 10.796.

Ugualmente la proporzione su mille abitanti è migliorata del 3 per mille rispetto al 1932 e dell'1,86 rispetto al 1933.

* * *

Dall'esame della Statistica delle singole cause di morte durante l'anno 1934 risulta che il più gran numero di morti è dovuto alle malattie infettive e parassitarie che danno l'alta percentuale del 23,8 per cento sul totale delle cause; e, in rapporto a 10.000 abitanti queste malattie presentano il 35,82 di mortalità. Sono stati compresi in questo gruppo anche tutti i casi di tubercolosi, d'influenza e di malaria, tuttavia durante l'anno vi è una diminuzione rispetto al 1933 durante il quale si ebbero 47,29 decessi per malattie infettive e nel 1932 48,48 sempre riferendoci a 10.000 abitanti.

Al contrario nelle città la mortalità per queste malattie è stata maggiore raggiungendo il 42,30, mentre nelle campagne è stata soltanto del 32,79. Analizzando le malattie di questo gruppo si trova che il maggior contributo è dato dalla influenza con il 28,63 ogni mille decessi; tale cifra è modesta quando si pensi che nel 1933 essa aveva raggiunto l'alta cifra di 67,87. Quanto alla tuber-

colosi essa ha raggiunto la percentuale più alta con il 96,54 per mille morti e probabilmente la cifra sarebbe ancora maggiore se non venissero denunciate altre cause per un numero non indifferente di casi. La malaria infine è notevolmente diminuita presentando 2984 decessi contro 4.118 nel 1933 e 7.042 nel 1932. Una cifra così bassa non si riscontrava dal 1921.

Passando alle malattie del sistema respiratorio, tubercolosi esclusa, costituiscono nell'insieme il secondo gruppo per importanza riunendo 17.186 decessi cioè il 25,70 ogni 10.000 abitanti. I centri agricoli danno una percentuale maggiore con il 26,77 in confronto alle città nelle quali risulta del 23,39 per 10.000 abitanti.

Seguono in un terzo gruppo le malattie dell'apparato digestivo che hanno dato alla morte un tributo di 18,61 per 10.000 abitanti con forte prevalenza nelle città ove ha raggiunto il 23,91 in confronto al 16,15 nelle campagne. Naturalmente tra queste cause prevale la diarrea e l'enterite infantile; nel quadriennio 1924-28 queste due malattie condussero a morte 32.674 bambini, nel quadriennio seguente 1929-33 la cifra è ascesa a 49.780 sempre i bambini al disotto dei 2 anni. Durante il 1934 i casi che si riferiscono a questa età e a queste malattie sono stati complessivamente 7.573 cioè l'11,32 per 10.000 abitanti ed il 75,24 sopra mille morti. Questa cifra dimostra come la maggior parte delle madri ignori le leggi più elementari per l'allevamento dei bambini.

Anche i decessi per cancro vanno aumentando e mentre erano 2.874 nel 1931 nel 1932 sono saliti a 2.942 nel 1933 a 3.120 e nel 1934 hanno raggiunto 3.424.

Le malattie dell'apparato circolatorio hanno dato complessivamente 4850 decessi, cioè il 48,19 per mille cioè il 7,26 su 10.000 abitanti. Tale causa di morte è andata aumentando gradualmente così mentre nel 1931 essa costituiva il 36,78 per mille nel 1932 è stata di 38,34 nel 1933 di 40,63, per raggiungere l'attuale percentuale l'anno seguente. E' notevole la prevalenza dei grandi centri urbani con l'11,65 per 10.000 in confronto al 5,20 nelle campagne.

Le malattie nervose hanno dato durante

l'anno in esame 5951 casi cioè il 59,13 per mille, quoziente invariato rispetto all'anno precedente.

I decessi per malattie uro-genitali sono stati 4147 cioè il 41,21 per mille morti. La gravidanza, il parto, il puerperio hanno dato durante l'anno 1935 morti.

Infine la senilità presenta 8.833 decessi cioè l'87,66 per mille; a questa voce è da rilevare che mentre nelle città essa è stata solo del 59,54 per mille, nelle campagne ha raggiunto la rispettabile cifra di 102,56.

Morti violente o accidentali. — Sono state complessivamente 2912 dei quali 2033 accidentali, 427 per omicidi e 365 al suicidio le altre 87 a cause varie. Il suicidio è prevalso in Attica e in Beozia, il 72,33 % si riscontra nel sesso maschile e solo il 27,67 per cento tra le donne. Il gruppo di età prevalente del suicidio è 20-24 anni, i celibi costituiscono circa il 42 %, i coniugati il 40,91 ed i vedovi il 10,60. Anche l'omicidio colpisce prevalentemente gli uomini che nel 1934 ci danno 347 morti per tale causa mentre le donne presentano soltanto 80 casi. La campagna prevale fortemente in questa causa di morte con 322 unità, mentre la città ha dato soltanto 95 casi.

III.

Da quanto è stato esposto sopra possiamo concludere che:

1) Il numero dei decessi durante il 1934 segna una diminuzione relativa in confronto alla media del decennio precedente; anche in numero assoluto presentano una diminuzione di 10.796 casi rispetto al 1933 e di 16.942 in confronto al 1932.

2) Il numero dei sinistri da cause ignote è andato diminuendo dal 1921, ma i certificati sulle cause di morte non sono ancora precisi.

3) Le malattie infettive, nonostante i progressi scientifici e le misure igieniche presentano una mortalità molto alta malgrado la diminuzione di questi ultimi anni. Seguono per importanza le malattie respiratorie non tubercolari e quelle dell'apparato digestivo.

4) I tumori maligni come nella restante Europa e America presentano un andamento ascendente; da ciò la necessità di aumen-

tare le Istituzioni per la lotta contro tale malattia. Così troviamo in « Stato Sanitario Italiano nel 1935 » che il Regime fascista va istituendo nuovi Centri anti cancerosi anche alla periferia. Anche ad Atene saranno prossimamente inaugurati due Istituti anticancerosi.

5) La mortalità delle malattie del sistema circolatorio presenta ugualmente un aumento moderato.

6) In linea generale a seconda l'età prevalgono le seguenti malattie: al disotto di 1 anno la diarrea per enterite; tra 5 e 9 anni la polmonite e la malaria; tra 20 e 24 la

tubercolosi con il 377,94 per mille, tra 40 e 44 la tubercolosi polmonare col 210,4 ed il cancro col 70,16 per mille. Al gruppo d'età 65-69 anni si riscontra la prevalenza dell'emorragia cerebrale con il 108,53 per mille, le malattie di cuore con il 100,22 ed il cancro con il 92,97. Infine all'età 80-84 oltre a senilità con il 460 per mille la morte è dovuta ad emorragia cerebrale nel 94 per mille e a malattie di cuore ed alle polmoniti entrambi con il 72 per mille.

Prof. BASILIADES.

Atene, 30 giugno 1937.

Le malattie epidemiche in Grecia durante il 1937

INFLUENZA. — Questa malattia che nell'inverno scorso ebbe una notevole diffusione al Pireo ed in Atene, per fortuna in forma benigna, si è andata diffondendo nella primavera e nell'estate nelle varie provincie con andatura maligna nella Grecia del Nord. Soprattutto nella Macedonia Orientale sono state osservate complicazioni meninge. I malati presentavano il segno di Kernig e quello di Babinski; la morte sopravveniva in terza o quarta giornata; negli altri casi il delirio durava circa 15 giorni. Fortunatamente in seguito alle misure prese dalle autorità all'inizio dell'estate l'epidemia si è arrestata.

ROSOLIA. — Comparsa in modo sporadico in molte provincie è stata specialmente grave nel dipartimento di Laconia ove ha assunto l'andatura di una vera pandemia con complicanze broncopneumoniche e la mortalità ha raggiunto il 15 %; l'epidemia ha preferito i soggetti di età 12-24 anni.

AMEBIASI. — Questa malattia divenuta endemica in Grecia viene ancora registrata in modo notevole a Patrasso ed in Acarnia. Sono soprattutto i dolori alla regione epatica che fanno sospettare l'amebiasi e consigliano l'esame fecale. Vi sono state anche delle forme insidiose in cui si era sospet-

tata l'esistenza di una appendicite o di una salpingite.

FEBBRE TIFOIDE. — In Atene nell'agosto scorso sono stati registrati i primi casi di tifo, in un vecchio quartiere popolare. Le indagini sopra le acque potabili sono state negative sebbene l'esistenza di serbatoi tenuti in modo poco igienico non possano escludere tale causa come fattore contagiante della malattia. E' probabile anzi che proprio questi serbatoi molto diffusi nei villaggi della periferia siano stati il mezzo di diffusione dell'epidemia poichè si sono trovati da 1000 a 10.000 colibacilli per cm. cubico. Un inquinamento identico è stato trovato nei pozzi sia di Atene che dei dintorni.

Di fronte a questa situazione l'ufficio di igiene ha consigliato di non consumare legumi o verdure crudi ma di farli prima bollire. Come pure ha consigliato di utilizzare per bere solo l'acqua fornita da una Società le cui condutture sono sufficientemente garantite. Infine nel quartiere popolare da cui è partita l'epidemia sono state praticate vaccinazioni su larga scala. Contemporaneamente l'ufficio di igiene ha dato norme per la pulizia della casa, per la lotta contro le mosche e per i cibi da preferire durante l'epidemia.

Prof. BASILIADES.

Dai Libri e dai Periodici

Dieta e longevità.

Cornwall in *Medical Record* (n. VII, 1937) espone dei concetti generali sulla composizione qualitativa e quantitativa di una alimentazione congrua e passa in rassegna alcuni alimenti più usati e ne illustra le qualità nutritive mettendoli in rapporto al concetto della longevità.

Segnala come favorevole alla longevità una dieta moderata principalmente latteo vegetariana. L'uso eccessivo di condimenti porta a una iperalimentazione che bisogna sempre evitare; dice di ridurre al minimo l'uso del sale, carne, caffè, alcoolici e zucchero, quest'ultimo specie dopo i 50 anni di età.

Cita alcuni esempi di longevi nella storia tra popoli abituati ad alimentarsi parcamente e principalmente di latte, latticini e vegetali.

Restivo.

La mortalità a New York nel 1936.

La quota di mortalità generale fu bassa cioè del 10,5 per mille. Quella della mortalità infantile da 0 a 1 anno fu del 45,3 per mille.

La difterite diede soltanto una mortalità del 2,2 per mille dei colpiti, cioè 37 vittime in totale di fronte, ad esempio, al numero di 717 nel 1927 cioè dieci anni prima. Nel 1929 la quota di mortalità per difterite fu ancora del 27,4 per mille.

Per la tubercolosi la quota di mortalità fu nel 1936, del 5,66 per mille, di fronte al 10,73 per mille nel 1933.

E' invece cresciuta la mortalità per meningite cerebro-spinale, che da 73 in totale nel 1934, salì a 243 nel 1935, per rimanere a 218 nel 1936.

La poliomielite nel 1935 in cui vi fu un'epidemia diede 2.054 morti e nel 1936 soltanto 38.

Gli accidenti automobilistici diedero una letalità del 1,97 per mille (da « Le forze Sanitarie » 31 luglio 1937-XV E. F.).

La ereditarietà del diabete.

Prendendo occasione da un recente lavoro di Massa della clinica Medica di Parma, Andrea Ferrannini di Napoli pubblica nel n. 36 c. a. di *Riforma Medica* una nota sull'argomento, da essa ricaviamo alcuni dati importanti.

Nelle osservazioni fatte da P. Cammidge re-

lative a 800 casi di diabete i famigliari affetti dalla malattia raggiungono la proporzione del 28%.

Tanto Cammidge quanto Howard riferiscono di famiglie di topi con tasso glicemico piuttosto elevato a digiuno (1,2 per mille), i quali accoppiati per la procreazione hanno dato discendenti con la stessa iperglicemia.

Passando allo studio eseguito da Massa, Ferrannini ricorda come questo A. consiglia di studiare la tolleranza dei carboidrati dopo un pasto comune, poichè ha notato che in queste circostanze quando in una famiglia è assodata la esistenza di un diabetico, nei membri di quella famiglia per quanto sani in apparenza, possono notarsi nell'urina quantità di zucchero non tanto piccole da non essere dosabili con i comuni metodi di ricerca. In questi casi Massa ha osservata una tendenza alla ipoglicemia a digiuno, specialmente nei diretti discendenti del diabetico conclamato. Questa ipoglicemia a digiuno trova analogia con quella spesso osservabile nei neonati di madri diabetiche e spiegabile come ipotesi con una iperfunzione insulare compensatoria. In una delle famiglie studiate da Massa su 21 membri ben 7 hanno presentato il diabete mellito, e altri 2 possono considerarsi come diabetici di latenza clinica. In altra famiglia i casi più gravi con diabete giovanile si sono notati con morte di uno tra essi a 22 anni in coma diabetico; in altro giovane di 20 anni l'esito letale ebbe luogo con tubercolosi polmonare.

Perciò è da ritenersi non direttiva ipotetica o teoretica ma necessità opportuna la norma di ricercare il diabete in tutta la famiglia, sempre che qualcuno dei suoi membri sia risultato effettivamente colpito dal male.

L'importanza pratica della glicemia a digiuno per la diagnosi di diabete.

Leggiamo nel n. 14 di *Folia Medica* del c. a. la recensione di un lavoro di Gerhardiovà e Postranecky, che si sono occupati di questo interessante argomento; per l'importanza che esso riveste nel campo assicurativo, ne riferiamo i concetti più importanti. Vi sono infatti accanto a casi di diabete conclamati nei quali è sempre accertabile la glicosuria, altri in cui è solo rilevabile l'iperglicemia a digiuno;

si tratta soprattutto di persone anziane, nelle quali la soglia renale per il glucosio è elevata.

Vi è inoltre un gruppo di diabetici per i quali solo la curva della glicemia alirimentare può permettere di porre una diagnosi sicura: queste sono le forme più leggere o le forme prediabetiche nelle quali il valore della glicemia a digiuno è quasi normale. Naturalmente ciò non è sufficiente per stabilire un regime diabetico, ma per le forme lievi la glicemia a digiuno è di notevole importanza, ed è consigliabile anche in occasione delle visite di Assicurazioni nei casi dubbi.

St.

Per l'accertamento di uno stato latente di insufficienza cardio-vascolare.

L'importanza di questo argomento ha tentato molti ricercatori, ma purtroppo in pratica tutti hanno presentato delle lacune o dei difetti per cui non possediamo ancora un metodo sicuro e costante ma varie prove di valore incerto.

Nel numero 3 di *Cuore e circolazione* del c. a. troviamo recensito un lavoro di Bassi, che si propone di accertare la validità del miocardio allo sforzo misurando la pressione e le variazioni che ne conseguono a livello della femorale. Con un comune Riva-Rocci, di cui applica il manicotto al terzo superiore della coscia, Bassi determina con l'ascoltazione i valori della pressione massima e minima, poi fa compiere 10 flessioni al soggetto e subito dopo procede a nuova determinazione della pressione. Questa viene ripetuta ancora ogni 2 minuti fino a che si ottengono le cifre pressorie del punto di partenza.

L'indagine riesce abbastanza facile e fornisce dei rilievi più fini che all'omerale. Da massime elevazioni della pressione in individui normali si passa ad aumenti che risultano tanto più modesti fino a mancare del tutto quanto più l'insufficienza cardiaca — pure essendo in fase di latenza — raggiunge gradi elevati.

Quando lo scompenso riesce clinicamente manifesto, si assiste alla diminuzione, legata probabilmente alla mancanza di energia di riserva ed all'improvviso cedimento del cuore di fronte alle nuove e subitanee richieste di lavoro.

St.

I sintomi della diagnosi precoce della tbc. polmonare.

Celotti recensisce nella *Rivista Italiana della Tuberculosis* (n. 7) uno studio fatto da STRINGER

il quale ha preso in esame la sintomatologia iniziale clinica di 100 ricoverate al Sanatorio. I primi sintomi enumerati in ordine di frequenza sono i seguenti:

Tosse 25%; astenia 23%; corizza 21%; pleurite secca 10%; emoftoe 5%; perdita di peso 3%; pleurite con versamento 2%; espettorazioni 1%; raucedine 1%; sudori notturni 1%;

I primi sintomi che portarono le malate dal medico sono stati in ordine di frequenza:

Tosse 77%; pleurite con o senza versamento 46%; espettorazione 46%; corizza 21%; emottisi 1%; sudori notturni 15%; turbe gastriche 12%; raucedine 10%; dispnea 4%.

In quasi tutti questi malati è stato notato che il medico non ha informato sinceramente il malato del suo male e frequentemente è stato curato solo sintomaticamente. L'A. mette in evidenza quale danno sia per la società e per l'individuo questo ritardo della diagnosi e nell'internamento del tubercoloso e come sia necessario eseguire sistematicamente una riadiografia del torace che deve però essere interpretata da persona competente.

S'è arrestato il declino della tubercolosi?

Alcuni interessanti rapporti della mortalità del 1936 fanno porre questa domanda nello *Statistical Bulletin della Metro Life Insurance Company 1937*, n. 4). Negli anni passati abbiamo registrato un costante e rapido miglioramento nella mortalità per tbc. tanto che abbiamo potuto sperare che in un non lontano futuro tale malattia avrebbe apportato un sempre minor numero di morti. Ma forse siamo stati troppo ottimisti.

La Metro Life Insurance Company ha ottenuto da 40 Stati cifre della mortalità per tbc. dell'anno 1936. Di questi Stati solo 19 riscontrarono nel 1936 una percentuale di mortalità maggiore di quella del 1935; altri 19 una percentuale minore e 2 diedero la stessa cifra. In conclusione si troverà che la mortalità sarà presso a poco costante tra i due anni e l'aumento e la diminuzione saranno ben poca cosa.

Se attualmente non abbiamo a registrare un aumento, tuttavia c'è stato un rallentamento nella corsa alla decrescenza della tbc., fenomeno che si verificava da un po' di anni in qua. Divenne evidente nell'ultima metà del '36 che la decisa discesa di tale malattia era stata, almeno temporaneamente, ostacolata. Durante quell'anno la mortalità per tbc. fu soltanto del 2,99% tra 17.500.000 possessori di polizze

industriali della M. L. I. C., mentre negli anni '34 e '35 la percentuale era stata del 6,1% e dal '33 al '34 dell'8,2%. Quando nel '35 fu possibile accertare la mortalità dell'intero paese si trovò che la tbc. era del 2,8% più bassa di quella che era stata nel '34.

Dopo aver riferito l'andamento talora in aumento e talvolta in declino nei vari Stati dell'Unione Nord Americana, viene ricordato lo strano fenomeno del miglioramento della tbc. negli anni in cui la crisi gettava milioni di uomini sul lastrico in condizioni alimentari ed igieniche non ideali.

Oggi invece il miglioramento è cessato completamente ed è divenuto trascurabile. Non è facile trovare la causa di questo andamento nella mortalità per tbc. La presente situazione è un eccellente antidoto ad un ottimismo fuori posto che risultava dal rapido miglioramento nell'andamento della tbc. negli ultimi 10 anni.

Andamento della tubercolosi polmonare dopo l'emottisi.

Riferiamo quanto riassume «Tubercolosi» nel n. 7 del c. a. circa un'ampio studio di Reisner pubblicato sulla Rivista Americana della Tubercolosi.

Su 5000 malati del riparto tubercolosi dell'ospedale Metropolitano di New York, si è avuto emottisi nel 27%. Si ebbero come conseguenze: 1) atelettasia di tutto un polmone in 6 casi e di un lobo in 2; 2) infiltrazione polmonare passiva, di cui vanno distinte due forme, l'una transitoria e l'altra permanente; le forme gravi, che non hanno tendenza alla retrocessione, portano alla morte in poche settimane o mesi.

Le ricerche anatomo-patologiche dimostrano un focolaio pneumonico caseoso, con modificazioni infiammatorie e con edemi e con atelettasia nelle parti vicine; più frequente è la notevole diffusione del processo che egualmente deve essere distinta in transitoria e lieve, da aspirazione broncogenica ed in grave, progressiva. Se l'emorragia proviene da un focolaio di destra, si hanno focolai di diffusione dall'altra parte, specialmente nelle sezioni inferiori; nelle emottisi sinistre, invece, l'aspirazione si ha a destra, specialmente nel campo superiore.

In tutte le modificazioni post-emottiche, il decorso si accorda con le caratteristiche del focolaio di origine. Se esso è essudativo caseoso, i focolai di diffusione assumono pure un decorso favorevole. La formazione di focolai postemottici va ricondotta ad una dissemi-

nazione di bacilli tubercolari a cui l'emorragia fornisce la via di diffusione. Con l'aspirazione si hanno dei processi infiammatori aspecifici, che scompaiono senza formazione di cicatrice. Rari sono i progressi specifici.

In 90 tubercolosi, per i quali l'osservazione poté essere abbastanza prolungata, l'emottoe fu seguita in 60 da una diffusione della tubercolosi che entro 5 mesi, in media, portò alla morte.

La dichiarazione della causa di morte e i medici curanti.

Su tale questione che interessa in modo speciale la Statistica medica, Ichok nella *Presse Médicale* (1937, n. 69) torna a rilevare gli inconvenienti verificatisi in Francia in cui non vi è obbligo di denunciare la causa di morte da parte del curante. Nonostante gli appelli fatti alla classe medica dal 1927 al 1933 le denunce di morte per cause indeterminate sono salite da 76.000 a 113.000 e cioè il 17 % del totale dei decessi verificatisi. Anche presso questa nazione nonostante la buona volontà di garantire il segreto professionale si riconosce che tale lacuna intralcia notevolmente la lotta contro alcune malattie e impedisce i progressi nel campo della medicina sociale.

Ad ovviare a questo inconveniente fin dal 1929 si istituirono in 5 dipartimenti delle speciali schede di denuncia che hanno fatto discendere le cause di morte non dichiarate al 5 %. Dal 1° luglio del c. a. tale metodo che viene coordinato da ispettori medici dipartimentali adibiti al servizio di igiene, sarà esteso a tutti i Comuni della Francia.

L'intestazione del modulo adottato viene staccata dall'ispettore medico in modo da rendere anonimo il materiale da elaborare per la statistica. Nonostante tale metodo l'A. teme che il segreto professionale potrà influenzare ancora la coscienza del curante e si associa alla proposta di Boudin che una legge renda obbligatoria la dichiarazione della causa di morte salvaguardando nei limiti del possibile il segreto professionale.

St.

Il ritorno al lavoro dei tubercolosi dimessi dai sanatori.

Il Prof. Pisenti, emerito della R. Università di Perugia, nel n. 3 di *Difesa Sociale* del corrente anno pubblica un pregevole studio sopra questo argomento.

L'A. riportandosi al Congresso della Previ-

denza Sociale del 1935 ricorda i problemi assolutamente pratici sollevati allora a Bologna nei rapporti della prevenzione delle invalidità, della assicurazione malattie ed in riferimento alla lotta antitubercolare. Ricordata l'opera del Bocchetti per i preventori destinati soprattutto ai giovani, l'A. fa presente come la lotta contro la tubercolosi in Italia graviti tutta sui Sanatori coadiuvata dalla vasta organizzazione dei Dispensari. Riconosciuto il notevole onere che costituisce la gestione dei Sanatori, il Pisenti si domanda se oltre la guarigione clinica, tanto spesso raggiunta nei Sanatori, gli individui così dimessi possano rientrare senz'altro al lavoro.

E' appunto sulle modalità del recupero della capacità lavorativa nei tubercolosi guariti che l'A. passa in ampia rassegna l'argomento dimostrando una completa conoscenza in un campo tanto vasto. A tal fine l'A. ha anche compiuto una inchiesta presso i direttori dei Dispensari e dei Sanatori e presso i medici degli Istituti di Previdenza Sociale.

All'estero per la rieducazione lavorativa dopo il « Village Settlement » di Papworth ne è stato istituito un secondo in Inghilterra ed un altro in Francia a Salagnac; ma l'esempio migliore è dato dalla Germania per opera degli Istituti per l'invalidità che coadiuvano potentemente alla lotta contro la tubercolosi. I risultati di questa perfetta organizzazione dell'assistenza al tubercoloso guarito è dimostrato dal continuo decrescere delle pensioni per questa malattia; molte tabelle della *Turingia*, della *Baden* e della *Città Anseatiche* riportate dal Pisenti lo confermano.

Successivamente vengono esposti dall'A. dati statistici Francesi, Svizzeri, della Danimarca e dell'Olanda. Infine nelle conclusioni dopo aver visto quasi concordemente all'estero le possibilità di ripresa lavorativa quasi soltanto nei soggetti curati nel periodo iniziale l'A. riconosce che anche da noi il più importante problema della lotta antitubercolare ancora insoluto è quello della rieducazione post-sanatoria. E riporta una circolare recente delle Assicurazioni del Reich che lamenta questa deficienza come già Pendril Barrier all'ottava Conferenza dell'Aia nel 1932 riconosceva ad esso una grandissima importanza. Poichè una tale incuria rischia di far perdere tutti i successi ottenuti dal sanatorio.

* * *

Sempre sullo stesso argomento il prof. Pisenti torna nella *Rivista Italiana della Tuber-*

colosi (1937, n. 5). In questo articolo riconosciuta l'utilità dei Dispensari e dei Sanatori a scopo curativo nei malati dichiarati l'A. osserva che la diminuita mortalità non è parallela alla morbidità sempre alta e che la fede nel sistema sanatorio non deve essere cieca ma già cominciano critiche, ad esempio per i Sanatori al mare.

Nonostante le statistiche rosee di tutti i Sanatori è indiscutibile che tale metodo di cura non sia il migliore per il ristabilimento della capacità lavorativa; ciò viene riconosciuto anche all'estero e come il nostro Morelli ammetteva fin dal 1928 quando si dichiarava contrario alle esagerazioni ed ai fanatismi della terapia antitubercolare. Accanto ai preventori per i giovani caldeggiati da Bocchetti ed a tipo sanatorio, come già sostenne il Pisenti, questo A. ritiene non meno urgente per il rendimento sociale dei sanatori la istituzione di villaggi post-sanatoriali e di speciali laboratori industriali di cui in Italia come presso la maggior parte delle Nazioni non vi è ancora traccia alcuna.

St.

Storia e funzioni della medicina sociale.

La Prof.ssa E. Fambri ha tenuto tempo addietro al 1° Convegno « Educatrici del malato » una conferenza di notevole interesse. In essa l'A. parla dei medici che contribuirono all'istituzione e al progresso della Medicina sociale tra cui giganteggia la grande figura italiana di Bernardo Ramazzini precursore della Medicina sociale. Descrive i quadri dolorosi che presentavano le industrie al principio del secolo XIX in cui si lavorava perfino 17 ore, adibendo a lavori gravosi anche i bambini.

Solo verso la metà del secolo XIX sorge la medicina sociale. Quando nel 1904 nei lavori di taglio dell'istmo di Panama la febbre gialla e la malaria fanno strage degli operai (25 %). Solo allora si corre ai ripari e mercè l'opera sanitaria questa mortalità del 25 % si riduce al 2 o 1 %.

Accenna alle economie che potrebbero realizzarsi attraverso la saggia impostazione di problemi medico-sociali tipici, ed illustra numerosi esempi dell'influenza del fattore sanitario su quello economico. Infine dimostra l'influenza formidabile che ha la casa sulla capacità lavorativa, sulla moralità, sulla fecondità, sulla natalità, sulla morbidità e sulla mortalità dei suoi abitanti.

Ve.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

Dott. F. M. GAROFALI, *Nuova terapia pluriormonale biologicamente vitale per la ipertensione arteriosa e l'arteriosclerosi*. — Estr. da « Critica Medico-Sociale », A. II n. 6, 1937-XV.

In seguito a terapia pluriormonale l'A. ha rilevato una riduzione subitanea della pressione arteriosa negli ipertesi e il ritorno ad una normale irrorazione sanguigna negli arteriosclerotici.

Prof. Dott. E. PERITI, *Le itterizie. Patologia e clinica*, Padova, 1933-XI.

L'A. fa un'ampia esposizione dell'anatomia e fisiologia del fegato e delle vie biliari, delle ricerche di laboratorio, esame radiologico, sondaggio duodenale e biligenesi, del cornetto e classificazioni degli itteri e della cura.

Prof. V. NERI e Dott. G. DAGNINI, *Cuore e respiro nelle affezioni del sistema nervoso centrale*. — Estr. « Bollettino della Società Italiana di Biologia Sperimentale », vol. XII, fasc. 2, 1937.

Gli AA. mettono in evidenza la maggiore frequenza ed importanza dei disturbi del respiro in confronto a quelli del ritmo cardiaco nelle affezioni del sistema nervoso centrale.

Dott. G. DAGNINI-E. RUGGERI, *Angina pectoris, asma cardiaco e tiroidectomia*. — Estr. dal « Bollettino e Memorie della Società Emilianoromagnola di Chirurgia », vol. II, fascicolo III, 1936.

Gli AA. illustrano un caso di angina pectoris e asma cardiaco, migliorato notevolmente mediante la tiroidectomia totale, documentato anche da rilievi elettrocardiografici.

Dott. G. DAGNINI, *Sul comportamento della durata delle sistole nelle varie età*. — Dal « Bollettino della Società Italiana di Biologia Sperimentale », vol. XI, fasc. II, 1936.

L'A. ha riscontrato che le durate della sistole aumenta col crescere dell'età.

Id., *Riflesso di estensione della mano nelle lesioni delle vie piramidali*. — Dal « Bollettino delle Scienze Mediche », A. CV, fasc. II, 1933-XI.

In alcuni soggetti affetti da lesione del fascio piramidale, l'A. ha riscontrato la pseudo-inversione del riflesso della mano e cioè una estensione accompagnata da lieve adduzione.

Id., *L'elettrocardiogramma normale studiato in 200 giovani donne dagli 11 ai 17 anni di età*. — Estr. dal periodico « Cuore e Circolazione », A. XX (nuova serie).

L'A. riferisce i risultati delle sue ricerche negli elettrocardiogrammi normali di 200 giovani ed ha riscontrato aritmie respiratorie nel 37,4 % dei casi.

Id., *Il riflesso oculo-cardiaco di Dagnini nella pubertà femminile (studio su 230 giovani donne bolognesi dagli 11 ai 17 anni di età)*. — Estr. dal periodico « Cuore e Circolazione », A. XX (nuova serie).

L'A. ha studiato il comportamento del R.O.C. in 230 giovani mediante l'elettrocardiografo. Ha riscontrato il R.O.C. positivo nel 64,3 % mentre in base al numero dei battiti è positivo nel 44 %.

Id., *La grandezza del cuore e la frequenza del ritmico cardiaco*. — Estr. dal « Bollettino delle Scienze Mediche », A. CIX, fasc. 2, 1937-XV.

L'A. illustra un caso di tachicardia parossistica del quale riporta interessanti rilievi elettrocardiografici e all'autopsia del quale si rinvenne un cuore molto piccolo. Ritene che la causa sia dovuta alla enorme riduzione del periodo diastolico, essendo questi cuori in uno stato sistolico pressochè permanente.

Id., *La grandezza del cuore e la frequenza del ritmico cardiaco. Cuore piccolo tachicardico e tireotossicosi*. — Estr. dal periodico « Cuore e Circolazione », A. XXI (nuova serie).

L'A. è condotto ad affermare che la tachicardia è un elemento che per sè solo non determina ingrandimento del cuore.

Id., *L'attività auricolare prefibrillatoria*. — Estr. dal periodico « Cuore e Circolazione », A. XXI (nuova serie).

L'A. illustra una serie di elettrocardiogrammi raccolti su un'infermo in cui la fibrillazione auricolare fu preceduta da un complesso disturbo di ritmo e fa le sue considerazioni.

Id., *Rèflexe d'extension de la main dans les lésions des voies pyramidales*. — Da « Société de Neurologie de Paris », Séance du 1^{er} Mars 1934.

(Vedi sopra).

Id., *Blocco del cuore transitorio nel corso di un reumatismo articolare acuto. Considerazioni sulla dottrina della dissociazione atrio-ventricolare per doppio comando*. — Dal

« Bollettino delle Scienze Mediche », A. CVII, fasc. II, 1935-XIII.

L'A. espone le teorie sul blocco del cuore ed illustra un caso di blocco del cuore nel corso di un reumatismo articolare acuto e fa le considerazioni sulla dottrina della dissociazione atrioventricolare per doppio comando.

Dott. G. DAGNINI, *Bradicardia ventricolare permanente con accessi di tachisistolia auricolare. Ritorno transitorio al ritmo normale. Ancora sulla dottrina del doppio comando.* — Estr. dal « Bollettino delle Scienze Mediche », A. CVII, fasc. III, 1935-XIII.

L'A. illustra un caso di bradicardia ventricolare permanente con accessi di tachisistolia auricolare, facendo alcune considerazioni.

Dott. O. SCAGLIETTI e G. DAGNINI, *Sul quadro radiografico delle alterazioni acromegaliche dei corpi vertebrali secondo Erdheim.* — Estr. da « Radiologia e Fisica Medica », nuova serie, vol. II, sez. I, fasc. 2.

Gli AA. descrivono le alterazioni radiografiche della colonna vertebrale nell'acromegalia, coincidenti con le altre anatomiche descritte da Erdheim.

Dott. M. TRINCAS e G. DAGNINI, *La tiroidectomia totale nella cura dell'angina di petto e della insufficienza cardiaca.* — Estr. da « La Clinica », A. I, n. 5, 1935.

Gli AA. descrivono un caso di angina pectoris e insufficienza cardiaca migliorato con la tiroidectomia.

Dott. G. DAGNINI, *Il riflesso oculo-cardiaco di Dagnini nella pubertà femminile.* — Estr. dagli « Atti del XXI Congresso della Società Italiana di Medicina Interna », Bologna, ottobre 1935-XIII.

L'A. ha riscontrato nelle giovani che le percentuali di R.O.C. positivi è più elevata che nei giovani.

Id., *L'elettrocardiografia nell'età senile: variabilità individuale.* — Estr. da « Archivio di Patologia e Clinica Medica », vol. XIII, fasc. II, 1933.

Dagli elettrocardiogrammi fatti su 93 vecchi l'A. mette in evidenza come tra i vari disturbi del ritmo quello che si riscontra più facilmente è l'extrasistole.

Prof. G. AZZOLINI, G. DAGNINI, *Osservazioni isto-patogenetiche nel morbo di Recklinghausen.*

L'A. descrive due casi di morbo di Recklinghausen e ne fa la descrizione istologica.

Dott. E. PERITI, *Sindrome Bantiana con splenomegalia da iperplasia follicolare e sclerosi perivenosa.* — Estr. da « Istituto di Anatomia Patologica R. Università di Padova ».

L'A. descrive un caso di sindrome Bantiana nel quale l'esame istologico della milza fa notare una spiccata iperplasia follicolare e sclerosi perivenosa.

Prof. E. PERITI, *Il pneumotorace contemporaneamente bilaterale.* — Estr. dal « Giornale Veneto di Scienze Mediche », vol. VII, 1933 A. XI.

L'A. espone le osservazioni fatte su alcuni malati a cui ha praticato il pneumotorace bilaterale e fissa secondo la sua esperienza le indicazioni del metodo.

Prof. G. AIELLO, *Le legge sulle malattie professionali e il suo regolamento esecutivo.* — Estr. da « Responsabilità Civile e Previdenza », 1933, n. 10, Milano.

Lumeggia alcuni punti della nuova legge allorchè essa era per entrare in vigore.

Dott. E. PERITI, *La chemioterapia clinica della tbc. con preparati di rame e di oro colloidale.* — Estr. da « Rivista Clinica Medica Firenze », 1924.

Dall'esame e dall'esperienza clinica crede preferibile l'associazione del gruppo cianogeno e del rame.

E. PERITI, *La tubercolosi polmonare nei vecchi.* — Estr. da « Clinica di Chimica medica », 1922).

Dimostra con casi clinici che nella maggioranza dei casi la tubercolosi non si è iniziata in età avanzata, il reperto di autopsia conferma tale ipotesi.

Dott. E. PERITI, *Osservazioni sulla malaria in Albania.*

Riferisce sul comportamento clinico della malattia in numerosi casi seguiti dall'autore durante la guerra.

Dott. E. PERITI, *L'azione terapeutica del cloruro di calcio nelle pleuriti essudative.* — Estr. da « Clinica Medica » Firenze, 1937.

Da ricerche sperimentali l'A. conclude che il calcio esercita un'azione inibitrice sul bacillo tubercolare.

E. PERITI, *La sindrome dolorosa delle angine di petto e le precordialgie.* — Estr. da « Cuore e circolazione », A. XIV, n. 14, 1930.

Passa in rassegna le cause patogenetiche

delle angine di petto e viene alla conclusione che tutte nei singoli casi possono avere valore. Riferisce inoltre alcune sue ricerche.

E. PERITI, *Patogenesi dell'edema polmonare acuto e sua cura mediante la provocazione della stasi venosa degli arti*. — Estr. la « Rivista di Clinica Medica », n. 9, 1926.

Dalle considerazioni e dalla disamina dei casi clinici ne deduce che la provocazione della stasi venosa degli arti è un sussidio terapeutico di un certo valore e meritevole di essere ulteriormente sperimentato per i vantaggi facilmente intuibili che esso ha sul comune salasso.

E. PERITI, *Scompenso cardiaco per doppio vizio mitralico e insufficienza aortica da endocardite reumatica progressa*. — Estr. da « Cuore e circolazione », A. XIV, 1930.

In alcuni casi di stenosi mitralica l'A. fa rilevare che il fegato da stasi deve interpretarsi come un meccanismo di compenso tendente a diminuire la replezione del piccolo circolo. Mette in rilievo la gravità dell'associazione: « stenosi mitralica insufficienza aortica » spiega il meccanismo di tale gravità e ne deduce criteri terapeutici.

Dott. A. TIZIANO, *Le combinazioni dei sessi e la nati-mortalità nei parti doppi*. — Estr. mentale », marzo-aprile 1937, Torino.

Come nei parti semplici la nati-mortalità maschile in quelli gemellari è superiore a quella femminile e la nati-mortalità in genere nei gemellari è superiore a quella dei parti semplici.

Dott. G. RESTIVO, *Contributi allo studio dei globuli del grasso nel latte materno e vaccino*. — Estr. da « La Pediatria » 1935, n. 5, Napoli.

In base ad uno studio eseguito su un quantitativo dei globuli di grasso nel latte l'A. esclude che la dispepsia dei lattanti al seno il disturbo possa attribuirsi all'eccesso di grasso, ma ad altre cause.

Dott. G. RESTIVO, *Sul potere battericida di vari metalli con speciale riguardo allo zinco*. — Estr. da « Bollettino I.S.M. », giugno 1937, Milano.

Sui vari terreni di cultura e nelle acque inquinate gli AA. hanno trovato che il potere

battericida è più spiccato nello zinco ed in minor grado per il rame e l'argento.

BERNI e RESTIVO, *A propos du pouvoir bactericide des differents métaux, particulièrement du zinc*. — Estr. da « Boll. Sez. Italiana Soc. Intern. di microbiologia », Milano.

Sulla questione del potere olicodinamico dei metalli gli AA. in base a ricerche sperimentali eseguite presso il Laboratorio Micrografico Provinciale di Terni, ritengono che lo zinco sia il metallo che possieda una maggiore azione battericida.

G. AIELLO, *La prevenzione dell'invalidità e della pre-invalidità*. — Estr. da « Terra e Lavoro » 1937, n. 13, Roma.

Propone per accentuare la lotta contro l'invalidità precoce lo studio del materiale statistico che si riferisca all'età media alla quale gli scritti alla Federazione Nazionale Lavoratori vanno a riposo per l'invalidità.

Dott. E. PERITI, *I principali casi clinici della tubercolosi in rapporto alle varie età*. — Estr. da « Rivista Critica di Clinica Medica », Firenze, 1924, n. 9.

E' uno sguardo d'insieme all'argomento con un caso clinico nel quale la tubercolosi era completamente sfuggita alla diagnosi medica in un vecchio.

NUPTIALIA

Il giorno 10 corrente in Roma il Collega Dott. Fernando Manozzi si è unito in matrimonio con la Signorina Clea Marazzi.

Ai novelli sposi i migliori auguri di felicità.

Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari.

Dr. CHIAVELLATI Enrico, Monselice, Padova.

Dr. POLLEDRO Pilade, Chieri, Torino.

Dr. FUIANO Luigi, Mortara, Pavia.

Dr. BATTILANA Antonio, Montecchio Maggiore, Vicenza.

Dr. CATALDI Tullio, Avezzano, Aquila.

Dr. TANSI Antonio, San Demetrio nè Vestini, Aquila.

Dr. TENENTI Antonio, Massaua, Eritrea.

Riproduzione vietata degli scritti contenuti in questa Rivista, anche se parziale o sunteggiata, senza citarne la fonte

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

(470) Soc. Tip. Castaldi - Via Casilina, 49 - Roma.

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

per la salute dei suoi assicurati

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni da tempo svolge un vasto programma di Assistenza Sanitaria ai propri assicurati e ha dato ad esso una risolutiva e pratica attuazione, fondando, nelle diverse regioni,

CENTRI SANITARI

attrezzati secondo le più moderne esigenze della tecnica scientifica e quindi con i mezzi atti a ricerche di chimica medica, di sierologia, di radiologia, ecc., in modo che tutti i suoi aderenti abbiano la possibilità di esercitare periodicamente il controllo della propria salute.

I Centri dell'Istituto dispongono anche di un « Consultorio » ove si danno consigli d'igiene agli assicurati e si rendono loro note le norme per la prevenzione delle malattie.

Le funzioni benefiche dei « Centri » sopra menzionati sono esercitate anche dal

LABORATORIO CENTRALE

presso la Direzione Generale dell'Istituto in Roma, Via Sallustiana 51, per gli assicurati di qualunque provincia.

Funzionano già in pieno i Centri Sanitari di Roma, Torino, Padova, Messina, Milano, Ancona, Cagliari e Bolzano.

Saranno quanto prima inaugurati i Centri di Bologna e di Napoli.

In relazione a quanto sopra esposto, raccomandiamo a tutti gli assicurati attuali dell'Istituto e a tutti quelli che giorno per giorno entrano a far parte della grande famiglia dell'Ente, di leggere attentamente e ricordare il seguente

DECALOGO

- 1) Previeni il male prima che esso dia le sue manifestazioni; così potrai curarti con successo.
- 2) Non spiegare a modo tuo i disturbi che soffri, nè accettare i suggerimenti degli amici ed dei famigliari, perchè essi generalmente non hanno la competenza necessaria per poterti consigliare.
- 3) Ricordati che l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha lo stesso interesse della tua famiglia affinché tu ti conservi sano ed operoso. Vi è un'organizzazione scientifica gratuita a tua disposizione per prevenire ed accertare i primi sintomi del male.
- 4) Nel tuo interesse ti consigliamo di farti visitare periodicamente, o quando ne senti il bisogno, nei Centri Sanitari e nei Consultori dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.
- 5) Sappi che l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni offre ai suoi assicurati per somme superiori alle 20.000 lire, un buono, ogni due anni, per una visita medica gratuita presso qualsiasi medico, a cui è fatto obbligo del segreto professionale anche verso l'Istituto.
- 6) L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha istituito per i propri assicurati Consultori di Medicina preventiva attrezzati per tutte le ricerche cliniche e di laboratorio.
- 7) Se sei già malato, i Centri e i Consultori dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni con le loro ricerche appronteranno per il tuo medico i risultati di tutti gli esami clinici e di laboratorio.
- 8) Non avere reticenze per il tuo male. I Centri e Consultori manterranno il segreto professionale anche verso l'Istituto.
- 9) Affinchè tu viva sano, la tua vita deve regolarsi secondo le norme igieniche. Nei Consultori dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni riceverai consigli circa l'igiene della persona, del lavoro, della famiglia e la prevenzione delle malattie.
- 10) Se vuoi recarti a portare il tuo contributo di civiltà nelle terre dell'Impero è utile che tu ti faccia visitare nei Consultori per l'idoneità alla vita coloniale, istituiti dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni per i propri assicurati.

MEMORANDUM OF ASSOCIATION

THE ASSOCIATION OF GENERALI AGENTS

INCORPORATED IN THE STATE OF NEW YORK

ARTICLES OF ASSOCIATION

AND

BY-LAWS

ADOPTED BY THE ASSOCIATION

ON THE 15TH DAY OF

SEPTEMBER 1900

AT THE CITY OF NEW YORK

IN WITNESS WHEREOF

THE ASSOCIATION HAS CAUSED

THIS MEMORANDUM TO BE

SIGNED BY ITS OFFICERS

AND SEALED WITH ITS SEAL

THIS 15TH DAY OF SEPTEMBER

1900

