

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



anno VI
numero 6
dicembre
1937 . XVI
Edizione in abbonamento postale - Roma

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



Corporate Heritage
& Historical Archive

Un eccezionale privilegio riservato agli Assicurati dell'Istituto Naz. delle Assicurazioni; La partecipazione agli utili d'esercizio

Due grandi benefici sono derivati agli assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni da quando furono chiamati a partecipare agli utili dell'Azienda; il primo è di alto significato morale, perchè consente ad un'enorme massa di cittadini di entrare più intimamente nella vita del grande Ente, e constatarne la potenza, che è vanto della Nazione; il secondo è di indubbia utilità pratica, perchè offre agli assicurati la possibilità di diminuire gradualmente il costo dei loro atti di previdenza.

Quanto al vantaggio economico, nel primo periodo, che va dal 1930 al 1936, esso ebbe a risolversi nelle seguenti percentuali di aumento dei capitali assicurati dalle singole polizze: nel 1930 del 3 per mille, nel 1931 del 3 1/2 per mille, nel 1932 del 4 per mille, nel 1933 del 4 1/2 per mille, nel 1934 del 5 per mille, nel 1935 del 5 per mille, e nel 1936 del 5 per mille; totale pari al 30 per mille.

A copertura dei suddetti aumenti di capitali, l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha accantonato, dal 1930 al 1936, oltre

140 milioni di lire

Questa cifra, più di ogni considerazione illustrativa, dimostra tutta l'eccezionale importanza del provvedimento adottato dall'Istituto, fino dal 1930, a favore dei propri assicurati.

Ma l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni volle, in un secondo tempo, che la partecipazione agli utili rappresentasse per i suoi assicurati un vantaggio più immediato e quindi deliberò che per i contratti stipulati dal 1° luglio 1936 in forma ordinaria e a premio annuo, la partecipazione agli utili fosse riconosciuta annualmente, sotto forma di percentuale del premio, da liquidarsi all'atto del pagamento del premio annuo successivo.

Per l'esercizio 1936 tale partecipazione fu stabilita nella misura del

6 per cento del premio annuo

e si può fin d'ora prevedere che eguale percentuale sarà assegnata anche per l'esercizio in corso.

In nessuna Nazione estera le Imprese di Assicurazione hanno mai usato una tale spontanea larghezza verso i propri assicurati.

Per le polizze, che già godevano degli utili dal 1930 e per le « Popolari », la partecipazione agli utili continuerà ad essere calcolata sotto forma di aumento del capitale assicurato.

NON TUTTI SENTONO COSÌ VIVAMENTE IL DOVERE DELLA PREVIDENZA, DA PRENDERE L'INIZIATIVA DI UNA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE. PER QUESTO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI VI FA VISITARE DAI SUOI AGENTI PRODUTTORI.

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:

LEGNANO (Milano) - presso l'Agenzia Generale - Corso Vitt. Em. 5.

NUORO - presso l'Agenzia Generale - Via Gio. M. Angioi, 10

Di prossima istituzione:

Consultorio a SASSARI

ROMA - Facilitazione per le assicurate e le mogli degli assicurati presso la Guardia Ostetrica Permanente « E. Pestalozza », Via Ripetta, 131.

- 1) Visite presso la Guardia Ostetrica, alle assicurate riduzione del 50 %; alle mogli degli assicurati riduzione del 30 %.
- 2) Visite e prestazioni a domicilio, alle assicurate riduzione del 30 %; alle mogli degli assicurati riduzione del 20 %.
- 3) Riduzione del 50 % sugli onorari dovuti per opera di pronto soccorso ostetrico a domicilio delle assicurate; riduzione del 30 % per le mogli degli assicurati.
- 4) Consultazioni gratuite presso la Guardia Ostetrica per le assicurate in forma popolare.

TRIESTE - Facilitazioni presso la Casa di Cura di Duttogliano: riduzioni del 20 % sulla retta e su tutti gli accessori, per pazienti in stanza ad un letto e riduzione del 10 % per quelli degenti in stanza a due letti.

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 gratuite 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, 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 otorinolaringoiatriche, per cure odontoiatriche.

I sanitari di cui all'elenco che segue concedono agli assicurati con *polizze or-*

dinarie 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 Coò*; Consigli d'Igiene e di medicina preventiva

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

È 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, ore 9-11.

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° e 3° sabato del mese, ore 9-12.

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

Caltanissetta (Consultorio) presso Agenzia Generale - Via Vittorio Emanuele, 2, 3° venerdì del mese, ore 16-18.

Catania (Consultorio), Via A. Mussolini, 16, tutti i sabati, ore 10-13.

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 (Consultorio) presso Agenzia Generale - Corso Vittorio Emanuele, 80, 4° venerdì del mese, ore 16-18.

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

Legnano (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Corso Vitt. Emanuele, 5, 2° e 4° martedì del mese.

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.

Nuoro (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Via Gio. M. Angioi, 10, ultimo lunedì del mese.

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

Palermo (Consultorio), Via Maqueda, 200, tutti i lunedì, ore 9-12.

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, ore 16-18.

Reggio Calabria (Consultorio), Corso Garibaldi, 2° e 4° mercoledì del mese, ore 16-18.

Rovereto (Consultorio), presso l'Agenzia principale, 2° e 4° martedì 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, ore 10-13.

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° e 3° mercoledì 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.

MEDICI SPECIALISTI

che accordano facilitazioni ai nostri assicurati

AGRIGENTO

Odontoiatri

Agrigento.

Dr. CUCURULLO Antonio.

Canicatti.

Dr. CASSARO Gaetano, Piazza Palma.

ALESSANDRIA

Odontoiatri

Alessandria.

Dr. MOTTA Luigi, Piazzetta della Lega, 7.

Dr. OSIMO Guido, Via Mazzini, 1.

Dr. PICCINI Alessandro, Via Umberto, 25.

Dr. PICCIONE Antonio Giovanni, Via Venezia, 3.

Casale Monferrato.

Dr. GAUDINA Umberto,

Dr. REDOGLIA Agostino.

Dr. PINOLINI Giovanni.

Novi Ligure.

Dr. BELLONE Mario Luigi.

Tortona.

Dr. TORTI Carlo.

Oculisti

Alessandria.

Dr. ALTARA Eugenio, Via Milano, 19.

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

Dr. DURANDO Francesco, Via Legnano, 11.

Casale Monferrato.

Dr. GUASCHINO Angelo.

Otorinolaringoiatri

Alessandria.

Dr. BADINO Francesco, Via Trotti, 12.

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

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

Casale Monferrato.

Dr. GUASCHINO Giovanni.

ANCONA

Odontoiatri

Ancona.

Dr. PANAREO Luigi.

AOSTA

Odontoiatri

Aosta.

Dr. CHIAMPO Arnaldo.

Dr. SPIRITO Tito.

Ivrea.

Dr. MAUTINO Giuseppe.

Dr. PUGLIESE Giuseppe.

Oculisti

Ivrea.

Dr. GARZINO Mario Casimiro, Ospedale Civile.

Otorinolaringoiatri

Ivrea.

Dr. MAGGIOROTTI Ugo.

AQUILA

Odontoiatri

Aquila.

Dr. DE ANGELIS Giovanni Battista.

Otorinolaringoiatri

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

AREZZO

Odontoiatri

Arezzo.

Dr. MICHELINI Mario, Via Francesco Crispi, 2.

Oculisti

Arezzo.

Prof. Dr. ALIQUÒ MAZZEI Alessandro.

ASCOLI PICENO

Odontoiatri

Ascoli Piceno.

Dr. MONDOZZI Andrea, Via Benedetto Cairoli.

Dr. PENNÈSI 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. CERBELLI Oreste.
Dr. CHIMENTI Achille.
Dr. LOFFREDO Ferdinando.

CREMONA

Odontoiatri

Cremona.

Dr. BERLOTTI Luigi, Via Beltrame, 4.
Dr. IRTZ 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 Cortevicchia, 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. Fernelli, 3.

Dr. PREDARI Maria.

Dr. VENERI Loris, Via Oberdan, 19.

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

Oculisti

Mantova.

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

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

Otorinolaringoiatri

Mantova.

Dr. FINZI Giuseppe, Via Accademia, 4.

Dr. FUCCI Francesco, Via Carlo Poma, 15.

Dr. ZAPPAROLI Luigi, Corso Vittorio Emanuele, 103.

MASSA - CARRARA

Odontoiatri

Carrara.

Dr. LODOVICI G. Battista, Via Lunense.

MATERA

Odontoiatri

Matera.

Dr. MARINARO Domenico.

Matera.

Dr. LO RUSSO Stefano.

MESSINA

Odontoiatri

Messina.

Dr. TODARO Francesco, Via dei Verdi.

Oculisti

Dr. LA ROSA Vincenzo, Via Pavia.

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

Otorinolaringoiatri

Dr. CAMINITI Carmelo Alcide, Via Verdi, 57.

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

Dr. VALSECCHI Virginio, Via Ugo Bassi, 120.

MILANO

Oculisti

Milano.

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

Odontoiatri

Milano.

Dr. BIAGINI Giovanni, Via Aversa, 17.

Monza.

Dr. BONSAGLIO Elia, Via Vittorio Emanuele, 1.

Dr. CAMPANARI Antonio, Via Italia, 13.

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

MODENA

Otorinolaringoiatri

Modena.

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

NAPOLI

Odontoiatri

Napoli.

Dr. COPPOLA Antonio, Via Cesario Console, 3.

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

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

Dr. GIUFFRÈ Vincenzo, Via Santa Brigida, 76.

Dr. IZZO Giuseppe, Via S. Arcangelo a Baiano.

Dr. LIPPO P., Via S. Lucia, 15.

Dr. MASUCCI Enrico, Piazza Torretta, 36.

Dr. SANSONE Angelo, Via S. Spirito di Palazzo, 9.

Dr. SANTANIELLO Fortunato, Corso Vittorio Emanuele, 400.

Dr. VIOLET 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. RUBALTELLI 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

Sienna.

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

Otorinolaringoiatri

Sienna.

- Dr. Prof. BELLUCCI Luigi.

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 Lammora, 28.
 Dr. GARZINO M., Via Mazzini, 2.
 Prof. Dr. GRINGNOLO Federico, Corso Oporto, 21.
 Dr. LEVI M., Via Maria Vitoria, 21.
 Dr. MORINI Egidio, Via Carlo Alberto, 18.
 Prof. Dr. MOSSO Giacinto, Via Cibrario, 1.
 Dr. ORSI Luigi, Via XX Settembre, 17.
 Dr. PECCHIO Teobaldo, Corso Vittorio Emanuele, 19.
 Prof. Dr. PICCALUGA Sirio, Via XX settembre, 60.
 Prof. Dr. PISSARELLO Carlo, Corso Vinzaglio, 21.
 Dr. PRECERUTTI-TAPPARELLI Gioacchino, Via Principe Amedeo, 29.
 Prof. TIRELLI 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 Oporto, 31-bis.

Otorinolaringoiatri

Torino.

Dr. BATTAGLIOTTI Enrico, Via Santa Chiara, 20.
 Prof. Dr. BRUZZONE Carlo, Via Davide Bertolotti, 2.
 Prof. Dr. CASASSA Adolfo, Via Principe Amedeo, 52.
 Prof. Dr. DIONISIO Ignazio, Corso Vinzaglio, 10.
 Prof. Dr. DONADEI Giovanni, Via Marco Polo, 19-bis.
 Dr. FERRERO A., Via Goito, 6.
 Dr. LEALE G., Corso Oporto, 5.
 Prof. Dr. MALAN Arnaldo, Corso Oporto, 40.
 Dr. MANCINI Pietro Teobaldo, Via Plana, 11.
 Dr. MEANO Carlo, Via della Rocca, 6.
 Prof. Dr. PALLESTRINI Ernesto, Corso Roero di Cortanze, 2.

Prof. Dr. PINAROLI Guido, Corso Vittorio Emanuele, 82.
 Dr. PRECERUTTI-TAPPARELLI Gioacchino, Via Principe Amedeo, 29.
 Dr. VASSI C., Via Santa Chiara, 20.

TRAPANI

Otorinolaringoiatri

Trapani.

Dr. SAMMARTANO Mario, Via Mercè.

TRENTO

Odontoiatri

Trento.

Dr. AGOSTINI Fortunato.
 Dr. LACHMANN Carlo, Piazza Silvio Pellico, 2.
 Dr. RIGHI Ferruccio, Via Belenzani, 27.
 Dr. SEPPI Cesare, Via Gazzoletti.

Arco.

Dr. PENNECHER Ercole.

Cavalese.

Dr. BROSECHINI Giuseppe.

Levico.

Dr. CALIRI Federico.

Rovereto.

Dr. SOMMADOSSI Mario.
 Dr. ZANNINI Gino.

Oculisti

Trento.

Dr. GENTILINI Giuseppe, Piazza Venezia, 2.
 Dr. GRILLO Gino, Via S. Maria Maddalena, 21.

Otorinolaringoiatri

Trento.

Dr. Cav. BANFICHI Tullio, Via Roma, 33.
 Prof. Dr. GARBINI Giuseppe, Via S. Maria Maddalena, 10.
 Dr. MAESTRANZI Dario, Via Rosmini, 25.
 Dr. Cav. MAFFI Giuseppe, Via Oss. Muzzurana, 16.

TREVISO

Oculisti

Treviso.

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

TRIESTE

Odontoiatri

Trieste.

Dr. CHIUMINATO Luisa, Via S. Francesco, 20.
 Dr. FERRAGUTI Alessandro, Via Coroneo, 10.

Dr. METT Odoardo, Via Macchiavelli, 19.
 Dr. MINAS Alberto, Via A. Diaz, 10.
 Dr. OTTOCHIAN Giuseppe, Via S. Lazzaro, 10.
 Dr. REBEZ B., Corso Garibaldi, 28.
 Dr. ROSAIO Giuseppe, Via Trenta Ottobre, 13.

Oculisti

Trieste.

Prof. Dott. KOCH Carlo, Viale XX Settembre, 24.
 Dr. MANZUTTO G., Via Roma, 22.
 Dr. OBLATH O., Via Rossini, 26.

Otorinolaringoiatri

Trieste.

Dr. ROCCO Antonio, Via Mercato Vecchio, 3.
 Dr. Cav. MONTINI Giovanni, Via Cesare Beccaria, 5.

UDINE

Odontoiatri

Udine.

Dr. DAMIANI Domenico.
 Dr. CLONFERO Erminio.

Otorinolaringoiatri

Udine.

Dr. PELLIZZO Francesco, Via Rivis, 32.

Oculisti

Udine.

Dr. SONZIO Michele, 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. PETERINO 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, fino al 14-7-1938.

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.

ROMA

Guardia Ostetrica Permanente « Ernesto Pestalozza »: riduzione del 50 %, 30 %, e 20 % 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, fino al 18-4-1938.

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

Case 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. Guardia Ostetrica Permanente « Ernesto Pestalozza »: riduzione del 50 %, 30 %, 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.

TRIESTE

Casa di cura di Duttogliano: riduzione del 20 % e 10 % sulle tariffe in vigore.

VARESE

Clinica privata *La Quiete*: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore, fino al 16-11-1938.

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 artrite cronica - 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 artrite cronica - 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 artrite - 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 artrite - 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

preso lo Stabilimento della Fonte Vecchia e dove gli assicurati dell' I. N. A. potranno rivolgersi per informazioni ed assistenza necessaria.

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 artrismo 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 artrismo 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 % 1^a classe; 15 % 2^a e 3^a classe, sull'importo della pensione, cure, visita medica, ammissione e tassa soggiorno.

PORRETTA (BOLOGNA)

Acque salsobromoioniche acclorate 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 artrismo cronico - tubercolosi ossea - eczemi - nevriti - reumatismi cronici e secondari - malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc.

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

Gli alberghi *Porro* e *Valentini* di Salsomaggiore praticheranno lo stesso trattamento ai funzionari dello Stato, agli appartenenti al R. E., alla M. V. S. N. ed ai Corpi Armati dello Stato.

A Salsomaggiore (Piazza Roma) funziona un ufficio speciale diretto dal cav. uff. Gilberto Gilberti al quale gli assicurati potranno rivolgersi per informazioni.

SAN CASCIANO BAGNI (SIENA)

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

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

S. PELLEGRINO (BERGAMO)

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

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

S. CESAREA (LECCE)

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

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

SARDARA (CAGLIARI)

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

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

SCRAGO EQUENSE (NAPOLI)

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

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

TERMINI IMERESE (PALERMO)

Acque clorurato-sodiche-jodio-litio-ferro-radio attive.

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, Sondriò, Taranto, Vercurago, Vialba.

Per essere accolti nei Centri sanatoriali, nei Convalescenziari e negli Stabilimenti termali dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, 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. che l'assicurato è al corrente con il 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.

CENTRI E CONSULTORÎ DI IGIENE E DI MEDICINA PREVENTIVA DELL' INA

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.
Legnano - Consultorio, Corso Vitt. Eman., 5.

VENEZIA TRIDENTINA

- Bolzano* - Centro e Consultorio, Via Rosmini, 20.
Bressanone - Consultorio, Via Roma, 5.
Rovereto - 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.

LAZIO ED UMBRIA

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

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 Maquela, 200.
Ragusa - Consultorio, Via M. Coffa, 12.
Siracusa - Consultorio, Via dei Mille.
Reggio Calabria - Consultorio, Corso Garibaldi.
Trapani - Consultorio, Via Torrearosa.

SARDEGNA

- Cagliari* - Centro e Consultorio, Via Roma, 73.
Nuoro - Consultorio, Via Gio. M. Angioi, 10.

RASSEGNA DI ARTICOLI D'IGIENE

(Continuazione da pag. 411).

Dott. R. RAMIREZ, *A che serve l'appendice?*

L'appendice, ben lungi dall'essere un organo inutile come si crede comunemente, disimpegna una funzione importante nella lotta contro i germi intestinali; essa secerne inoltre una sostanza che lubrifica l'intestino, e sembra essere il punto di partenza delle contrazioni intestinali.

Viva Cien Años, ottobre 1937, anno IV, n. 2.

ALZÙA, *L'albero genealogico.*

L'antica usanza dell'albero genealogico fatta cadere in disuso dal pratico spirito moderno, dovrebbe essere riesumata con spirito ben diverso; si tratterebbe di stabilire l'ereditarietà rispetto alle malattie. E' facile arguire il grande aiuto che verrebbe al Medico se potesse essere a conoscenza di tutti i fattori ereditari dell'individuo in esame.

PERRUSI, *Perturbazioni del ciclo mensile femminile.*

In tale articolo l'A. parla della fisiologia e patologia delle funzioni sessuali femminili.

PALANTI, *Perchè aumenta il cancro?*

Il consumo sempre maggiore di alimenti provenienti da terreni artificialmente fertilizzati deve considerarsi come una delle cause più importanti dell'aumento del cancro.

MALTEN, *L'angina pectoris.*

E' curabile l'angina pectoris? Secondo le ultime correnti scientifiche tedesche, contrariamente a quanto si è creduto sino a poco tempo fa, parrebbe di sì.

ETCHEVARNE, *Prurito dovuto a parassiti.*

Descrizione dei numerosi parassiti che costituiscono molto spesso la disperazione anche delle persone più curanti della pulizia.

AUSTREGESILO, *I tics.*

Il tic è una infermità mentale, a volte benigna, a volte grave. Di tutti gli esseri viventi, l'uomo è il solo che abbia tics, poichè gli animali non possono condividere con l'uomo il triste privilegio delle malattie nervose. Quasi tutti i tics sono curabili, però bisogna tener presente che in questi casi il miglior medico è proprio il malato stesso.

WILKINSON, *Viscere mobili.*

Tanto lo stomaco abbassato, che il rene mobile e l'abbassamento degli intestini, possono provocare molesti disturbi; però è possibile evitarli mediante perseveranza e volontà. E' necessario rinvigorire i muscoli e i legamenti mediante la ginnastica, i massaggi ed una buona igiene generale.

NUNEZ, *Che cosa debbono mangiare i malati di tifoidea.*

Durante la Tifoidea l'organismo è soggetto ad un gran consumo di energie e non c'è modo migliore di ricostituire che l'alimentazione. E' stato ormai dimostrato che mediante una sufficiente alimentazione i casi sfavorevoli sono molto diminuiti.

RUIZ CASAL.

In questo articolo l'A. parla del fegato, di cui descrive la costituzione e le funzioni fisiologiche.

LOPEZ, *Aspetti dell'alimentazione.*

E' necessario correggere numerosi concetti sbagliati su le sostanze che, pur essendo indigeribili, hanno una importanza fondamentale nell'equilibrio nutritivo. Infatti esperienze praticate sugli animali hanno dimostrato tutta la importanza delle scorie per la difesa dell'organismo contro le infermità prodotte da difettosa peristalsi intestinale.

RAMALLON, *Volto e carattere.*

L'uomo porta nella sua fisionomia indelebilmente impresso il suo vero essere. La forma della fronte, lo sviluppo del cranio e la lunghezza del naso ci rivelano più particolarità dell'anima che non i raggi X sullo stato dei polmoni e del cuore.

WOOD, *L'addome e il suo rapporto con l'eccesso di peso.*

Gli esercizi ginnastici, uniti ad una dieta ben regolata, costituiscono il rimedio a cui debbono ricorrere coloro che hanno predisposizione all'obesità.

Vita Ratgeber, N. 20, Aprile 1937 — Zurigo.

Esercizi respiratori.

Dopo un breve accenno dell'importanza della respirazione in rapporto alla circolazione sanguigna vengono suggeriti i vari movimenti ginnastici che sviluppano i diversi muscoli ad essa connessi: muscoli dei fianchi, del diaframma, della gabbia toracica.

Acido urico e gotta.

L'acido urico è prodotto non solo dagli albuminoidi ingeriti, ma anche dalla normale disintegrazione dei nuclei cellulari del nostro organismo. Esso viene eliminato normalmente con le urine nella quantità giornaliera di gr. 0,7 a gr. 1 indipendentemente dalla dieta vegetariana o mista a carne. Non è stata confermata la supposizione che nella gotta sia elevato il tasso d'acido urico nel sangue; è stato invece notato un tasso normale.

Per l'insorgenza della gotta occorre una speciale predisposizione dei tessuti a trattenere i cristalli di acido urico indipendentemente dalla dieta alimentare.

Speciali condizioni sfavorevoli della vita civile possono facilitare la manifestazione della disposizione gottosa.

Si può prevenire il diabete?

La funzione pancreatica, che giuoca la massima importanza nel diabete, è in intima relazione con le funzioni di altre ghiandole a secrezione interna e del sistema nervoso, specie, autonomo.

Per prevenire quindi il diabete occorre un'accurata indagine sulla costituzione individuale ed ereditaria e sul temperamento nervoso dei vari soggetti. Poscia si daranno consigli appropriati sull'alimentazione, sull'esercizio fisico e sull'igiene del sistema nervoso (calma).

Cento mali causati da un dente cariato.

Sono enumerati alcuni dei numerosi mali che può provocare un dente cariato: nevralgie, cattiva masticazione con conseguenti disturbi gastrici, periostiti del mascellare, sinusiti, linfadeniti, flemmone del pavimento orale, tonsilliti, setticemie, reumatismo articolare, endocardite, anemia, ecc.

Gesundheit und langes Leben, Dresda, n. 39, ottobre 1937.

DREXLER, Chi può sposarsi?

Colui che ha intenzione di sposare deve anzitutto sapere se egli stesso è sano e poscia

anche conoscere se la futura sposa è sana. E' bene sposare presto, in età molto giovane. Non deve sposare chi ha tara ereditaria come malattie mentali, cecità e sordità ereditarie, emopatie, ecc.

HOSKE, Il corsetto ai tempi antichi e ai tempi attuali.

Si può ben sostituire il corsetto che deforma il corpo della donna rinforzando i muscoli addominali con appropriata ginnastica svedese.

Hijo mio! settembre 1937, n. 6.

Dr. M. ALZIRA, Una affezione comune nella infanzia: la mastoidite.

Nell'infanzia è frequente, in seguito ad un comune raffreddore trascurato, un passaggio di microbi nell'orecchio ove provocando una infiammazione, che si propaga all'ipofisi mastoidea. L'autore descrive i sintomi ed il trattamento curativo della mastoidite.

Dr. F. ORDONEZ, La maschera della gravidanza.

L'A. descrive le alterazioni della pelle durante la gravidanza e ne illustra la patogenesi; dà quindi i consigli per mitigare tale inconveniente.

Dr. G. A. SCHIAVONE, Falsi pregiudizi sopra l'allattamento.

In questi ultimi tempi c'è una tendenza a credere con facilità molte giovani madri incapaci ad allattare; al contrario, con un po' di buona volontà, quasi tutte le madri, perfettamente sane, sono in grado di allattare i propri figli per lo meno nei primi mesi.

Hijo mio! ottobre 1937, n. 7.

Dr. R. ALBORNOZ, Il pomodoro: compendi di vitamine.

Ad eccezione della vitamina D la polpa del pomodoro è ricchissima di vitamine delle quali è ormai nota tutta l'importanza: il sugo di pomodoro diluito in acqua può darsi ai bambini, a cucchiaini, fin dal secondo mese.

Dr. J. M. CORDELLOS, Come evitare i lombrichi.

Grande importanza per la prevenzione dei lombrichi ha l'igiene, ma bisogna anche tener presente che i bambini sani e robusti sono meno attaccati degli altri; inoltre è indispensabile ricorrere sempre all'opera del medico, essendo pericolosissimo attenersi ai consigli dei profani.

Vita Ratgeber, Zurigo, n. 22, ottobre 1937.

Mani e piedi.

Allo scopo di rendere più resistente la cute dell'estremità sono raccomandati i bagni alternati di acqua calda e fredda. Per evitare la deformazione dei piedi e la formazione dei calli occorrono calzature appropriate.

Aria di camera e aria libera.

L'aria della stanza non deve essere nè asciutta nè ricca di vapore acqueo; le pareti della stanza non devono essere umide altrimenti sono facili i reumatismi.

Le vitamine nel latte materno.

La madre assume dai vegetali freschi le vitamine necessarie ad evitare le malattie da carenza e le trasmette mediante il latte al bambino. Occorre perciò che la madre si sottoponga ad una alimentazione non priva di sostanze vegetali fresche.

La vita sana, Basilea, n. 3, settembre 1937.

Dott. S. VALEMAR, *Quando il fanciullo dorme male.*

Le cause sono varie: spesso si tratta di un impedimento respiratorio conseguenza d'intumescenza e di vegetazioni del naso.

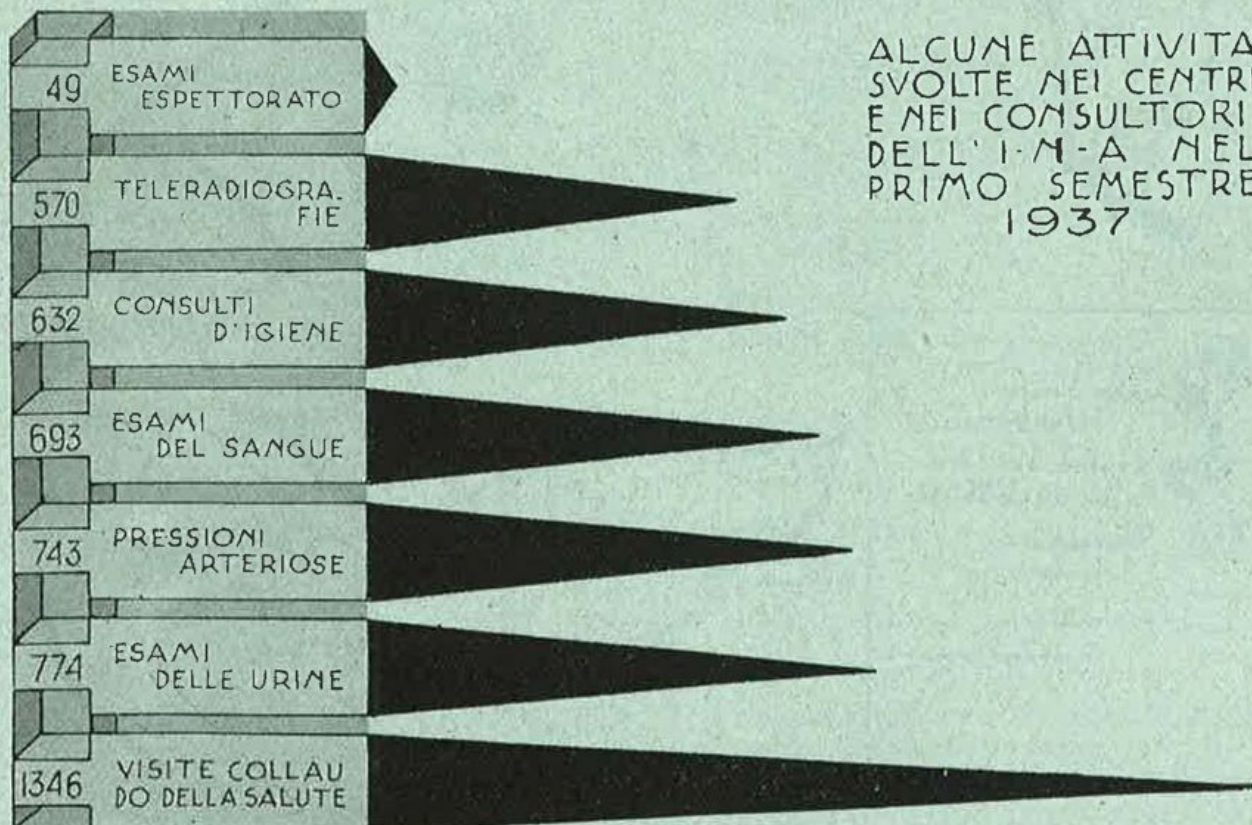
Talora della cattiva posizione o la variazione di una posizione abituale e talora l'ambiente — rumori di stanze vicine, buio o preoccupazioni psichiche.

SCHWEISHEIMER, *La cura delle frutta.*

Sono elencati i vantaggi che si ricavano da una dieta di frutta intercalata alla dieta ordinaria, nei disturbi intestinali (stitichezza), nell'ipertensione, nelle affezioni renali, nella gotta, nello scorbuto ecc.

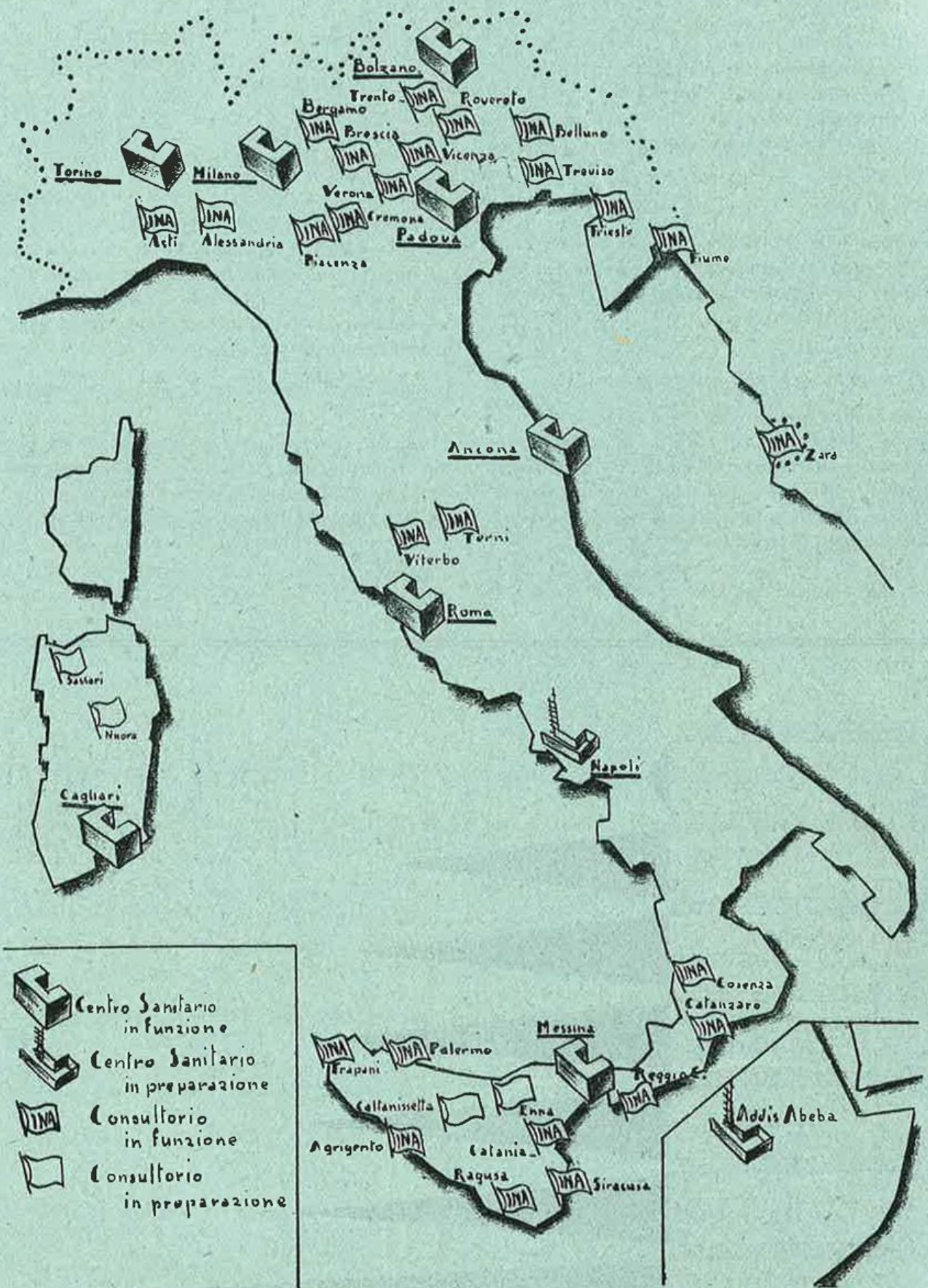
BRUGGER, *Dell'importanza di una ereditarietà sana.*

Data la frequenza della trasmissione di alcune malattie che l'esperienza ha dimostrato ereditarie, occorre persuadere i coniugi sani a essere prolifici e dissuadere invece i tarati di tali affezioni a rinunciare alla prole.



ALCUNE ATTIVITA'
SVOLTE NEI CENTRI
E NEI CONSULTORI
DELL' I. N. A. NEL
PRIMO SEMESTRE
1937

Centri e Consultori sanitari dell' I.N.A. in funzione od in preparazione alla fine dell'anno XV



Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

(573) Soc. Tip. Castaldi - Via Casilina, 49 - Roma.



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</p> <p>a) Rassegna di articoli d'igiene (seguito) XXI-XXIII</p> <p>2. Consigli agli assicurati:</p> <p>a) Dott. A. STARNA, Il malato immaginario 402</p> <p>b) Prof. Dott. M. VELE, I danni della scarsa illuminazione durante il lavoro 407</p> <p>c) Dott. A. STARNA, Un frutto d'inverno: la mela 409</p> <p>d) Rassegna di articoli d'igiene 411</p> <p>3. Notiziario 412</p> <p>4. Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita:</p> <p>a) Dott. K. SECHER, Relazioni di medicina assicurativa 418</p> <p>b) Prof. Dott. M. VELE, L'oculistica nella medicina generale in rapporto all'A. Vita 427</p> <p>c) Dott. G. STURM, Valutazione speciale dei rischi nell'Assicurazione Vita 438</p> | <p>5 Medicina legale delle Assicurazioni Vita:</p> <p>Dott. T. CICU, La collaborazione dell'assicurando per la valutazione del rischio nell'Assicurazione Vita 456</p> <p>6. Indagini di statistica medica:</p> <p>Pesi medi di 13.080 assicurati maschi dell'I.N.A. 465</p> <p>7. Dalle riviste che riceviamo in cambio 466</p> <p>8. La pagina per il medico fiduciario:</p> <p>Dott. S. FIANDACA, La palpazione del fegato 471</p> <p>9. Varie:</p> <p>Dott. B. LIBER, La medicina preventiva nella pratica privata 474</p> <p>10. Dai Libri e dai Periodici 475</p> <p>11. Publicazioni ricevute 478</p> <p>12. Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari 480</p> <p>Giuseppe Restivo 480</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**IL MALATO IMMAGINARIO****ovvero: LE AUTODIAGNOSI DEI PROFANI**

Non è mia intenzione di tessere qui l'elogio di Molière cui dobbiamo una commedia con tale titolo, nè voglio prendere lo spunto dal grande commediografo parigino per procedere ad una analisi comparata dei suoi personaggi con quelli a noi più familiari di papà Goldoni. Niente di tutto questo, il servo furbo ed il vecchio avaro dalla smorfia dispettosa non ci interessano più, sono passati nel numero delle piccole celebrità insieme agli sfarzosi costumi del loro secolo.

Non è il caso di disturbare Arpagone o la nostra Rosaura nè l'ingenuo Lindoro. Con il cappello a tre punte, le candide parrucche, ed i calzoncini di seta attillati sotto gli ampi giubbini ricamati queste maschere dormono il meritato riposo dietro i cristalli delle raccolte etnografiche; lontano dalla vita, esse costituiscono la delizia degli amatori di tante belle cose inutili.

Il silenzio di quelle sale è pesante come una coltre, interrotto solo dal passo ben noto del guardiano. Se avete la ventura di visitare una di simili mostre retrospettive; e volete vincere quel senso di gelo che vi assale al primo entrare, avvicinate l'orecchio alla lastra della più vicina vetrina e con la fantasia dell'artista sentirete risvegliarsi pian piano quel mondo dormiente con un sommesso brusio.

Quella damina in broccato, laggiù in fondo, dietro la spinetta, ecco che riprende a battere per voi le note di una gavotta interrotta tre secoli fa; più qua

il signor Lelio inappuntabile, dalla pettina alla fibbia d'argento degli scarpini, comincia a battere il tempo sul pavimento impaziente di sgranchirsi le gambe; Lindoro non si sente da meno ed offre il braccio alla ingenua Rosaura; il Marchese Ottavio, sempre in bolletta, chiede l'aiuto di Arlecchino, Brighella commenta con arguzia le disavventure del suo principale.

Ma, dopo un attimo d'illusione, tutte queste maschere tornano alla loro immobilità, dietro le vetrine il loro sguardo vuoto rincorre un'epoca che il tempo ha ormai cancellato. Nonostante la foggia di vestire, anche gli uomini d'oggi sono mossi dagli stessi sentimenti perchè l'animo umano resta quello con tutte le proprie debolezze ed i propri impulsi.

Naturalmente, il malato immaginario oggi non ha alcun servo astuto alle proprie dipendenze, ma l'incontriamo lo stesso in pieno secolo XX. La colpa di questi malati immaginari è dovuto un po', diciamo piano, a certa volgarizzazione, che, mossa dalle migliori intenzioni, si addentra in argomenti e particolari non adatti al profano; molto più vi contribuisce l'immaginazione di chi, fatta una indigestione di cognizioni mediche, si è autodiagnosticato come malato.

Non voglio fare il processo all'immaginazione che, più o meno fervida, costituisce uno degli elementi principali nell'ideazione, ma il desiderio umano di voler spiegare tutti i « perchè » con le proprie cognizioni, crea spesso preoc-

cupazioni inutili e malattie che fanno sorridere il medico.

Dopo aver letto a sproposito un articolo di medicina divulgativa, molti presumono trovare da un qualche disturbo subbiiettivo, elementi sufficienti per fare la loro brava diagnosi. Con l'aria più tranquilla del mondo, in occasione di una visita medica, essi affermano di essere affetti da *intossicazione intestinale* oppure di soffrire di *uricemia* e via di seguito. Tale loro giudizio diviene una convinzione profondamente radicata, e smentirli costituisce una delusione molto grave.

Perchè l'umanità, se non ve ne siete accorti finora ve lo dico subito, l'umanità, di fronte alle malattie, si divide in due categorie; quella degli uomini che credono di essere sani sempre, a prova di bomba, e quella degli altri che, al contrario, sono convinti di avere sempre qualche malattia, magari una creata coll'immaginazione. Concezioni queste entrambe dannose; della prima, più diffusa ce ne occupiamo spesso, della seconda accenneremo oggi.

Parrà strano, ma è così spiccata la forza dell'abitudine, che molti, già persuasi di essere malati, e quasi soddisfatti del compatimento altrui, apprendono dal medico con un certo rincrescimento che la malattia da loro architettata non esiste al di fuori della loro mente.

* * *

Il tipo più comico dei soggetti preoccupati di essere malati è costituito da coloro che, diverse volte al giorno, si tastano il polso o contemplano in uno specchio la propria lingua perchè evidentemente credono che questi siano gli organi più sensibili alle malattie del nostro organismo.

Ma, più esattamente, chiamerei malattie immaginarie quelle che certuni co-

struiscono in base a qualche fenomeno che rientrando nella norma delle funzioni, o costituendo una variazione di entità patologica trascurabile, non deve essere considerato come espressione di vera malattia.

Vediamo così che talvolta le urine, emesse limpide, formano dopo qualche ora un precipitato di colore rossiccio o biancastro. La piccola scoperta desta, a torto, preoccupazioni ingiustificate dell'interessato poichè la causa deve ricercarsi nel freddo della stagione o nelle fermentazioni estive.

Come tutti sappiamo, le urine sono ricche di scorie inutilizzabili prodotte dalla combustione organica interna o introdotte per la via digerente. Sebbene le urine vengano emesse limpide sarebbe un po' troppo chiedere alla natura una stabilità di soluzione, quasi esse costituissero un liquore da conservare con cura... per le grandi occasioni. Pensiamo che quotidianamente ognuno di noi elimina per tale via 33 grammi di urea, 12 di cloruro di sodio e varie altre sostanze.

L'intorbidamento lamentato si presenta nelle urine in occasioni le più diverse a seconda che esse presentano reazione acida o alcalina. Quando sono acide il sedimento è di colore rossiccio e si forma nell'inverno in ambiente freddo, perchè, in base ad una legge fisica, ogni sostanza soluta coll'abbassarsi della temperatura precipita in parte non appena supera il limite di saturazione del liquido per quella determinata temperatura. Il sedimento suddetto è costituito precisamente da *urati acidi amorfi* o da cristalli di *acido urico* od anche di *ossalato* che ogni urina contiene normalmente in forte quantità.

Veramente l'acido urico è... la bestia nera del profano che, quando il medico parla di questa sostanza, non si sente più tranquillo; anzi gli par già di sen-

tirsi, come dice, l'acido urico per la vita. Cominciano allora le peregrinazioni presso i vari medici e le molte analisi delle urine, per sapere se questo benedetto acido urico sia più del normale. Indagine, questa, perfettamente oziosa poichè l'*uricuria*, cioè la ricerca quantitativa dell'acido urico nelle urine, oscilla moltissimo nelle varie ore ed a seconda del regime di vita e del lavoro del soggetto. Infatti se l'eliminazione percentuale dell'acido urico è alta, ciò può essere dovuto a scarse ingestioni di liquidi; oppure l'acido urico emesso può non essere in rapporto diretto con quello circolante dell'organismo, anzi, spesso i quozienti vanno in senso perfettamente opposto.

Il problema del ricambio urico è molto complesso ed oscuro; quindi è fuori luogo l'allarme che alcuni manifestano in presenza del sedimento laterizio urinario. E' patologica soltanto la *renella* urica che si riscontra nei gottosi e nei predisposti alla calcolosi. Ma in questi casi il deposito è molto abbondante e col calore le urine restano torbide, mentre tornano limpide quando si tratta delle comuni precipitazioni da raffreddamento sopra ricordate.

Meno frequente è l'intorbidamento bianco uniforme di alcune urine alcaline; fenomeno detto dai medici *fosfaturia*. La causa di essa, il più delle volte, nei mesi estivi è dovuta alle frequenti e rapide fermentazioni ammoniacali. Se però l'intorbidimento si riscontra subito all'emissione, può trattarsi di eliminazioni alcaline di natura alimentare vegetariana o di abuso di medicamenti alcalini; tali possibilità si prospettano naturalmente qualora possa escludersi una *cistite*.

In genere questo intorbidamento non patologico si presenta a fiocchi ed è dovuto alla formazione di *fosfati terrosi secondari* che sono insolubili per l'ec-

cesso di calcio invece dei *fosfati terrosi primari* solubili che si riscontrano ordinariamente nelle urine limpide.

Dobbiamo tener presente che le *fosfaturie* non sempre sono innocue accompagnandosi talvolta ad uno stato nevrotico del soggetto. Ed allora v'è chi si convince di perdere con i fosfati urinari il fosforo del cervello, chi teme di soffrire di tubercolosi renale o di una malattia genitale ed infine un altro, sentendosi un po' debole, afferma di sentirsi fuggire la vita. Preoccupazioni e timori perfettamente inutili, perchè non accade niente di grave, le urine tornano, dopo qualche settimana, limpide e tutto è dimenticato.

Se però il fenomeno si ripete a lungo può riscontrarsi poliuria, cefalea, dolori renali con aggravamento dello stato nevrotico; ciò probabilmente è in rapporto ad alterazioni del metabolismo calcico e ad ipereccitabilità vagale.

Ho ricordato poco sopra l'incubo dell'acido urico che assilla molte persone, specie quelle di media età, che credono molto spesso di sentire serpeggiare per le ossa un po' di... *artritismo*. Questa parola, che incontra tanto favore presso il pubblico, l'ho intesa spesso pronunciare da chi mi chiedeva con ansia una ricerca dell'acido urico nel sangue cioè dell'*uricemia*, come se tale analisi potesse costituire da sola un elemento sicuro, direi quasi un diploma di riconoscimento dello stato uricemico di un soggetto.

A qualche timido dubbio, da me avanzato, circa l'esistenza di un tale disturbo, il malato, o più spesso la malata, (poichè il fenomeno è più frequente nelle donne) mostra con aria di soddisfazione la mano ove è possibile notare delle piccole nodosità in corrispondenza delle nocche delle dita.

Due errori medici sono a base di questa autodiagnosi. Infatti quelle nodosità

non hanno niente a che vedere con la gotta; nè l'uricemia di per se sola ci dice molto circa l'esistenza di uno stato gottoso nell'individuo. Queste formazioni nodulari si riscontrano frequentemente ad una certa età, quando, perduta la flessuosità delle dita fusate, anche le mani cominciano a dare i primi segni della vecchiaia. Nonostante la migliore buona volontà della signora che, manco a farlo apposta, teneva molto alla grazia delle mani, le nodosità alle articolazioni delle dita ne deformano la linea e niente riesce a mascherarle, nè lo smalto delle unghie nè l'uso delle creme.

Si tratta dei *nodi di Heberden* costituiti da un tessuto fibroso con tendenza a calcificazioni e non già di depositi di acido urico come molti profani ritengono. Quanto alla natura di queste formazioni ben poco sappiamo di certo; esse vengono ritenute espressioni di disfunzione endocrina frequenti nella senescenza. Ciò nonostante le troviamo in persona, per il resto, perfettamente sane e che non presentano alcun sintomo di gotta.

Ugualmente infondato è il concetto semplicistico della ricerca dell'*uricemia* per accertare eventuali alterazioni del ricambio urico esistendo per essa le stesse difficoltà sopra riferite a proposito dell'uricuria.

Un altro luogo comune della patologia immaginaria presso il gran pubblico è costituito dalla *intossicazione intestinale*, alla quale vengono imputati i più svariati disturbi; dal dolor di testa alle malattie cutanee, dalla febbre alla anemia. Ma la realtà è ben diversa, perchè il nostro organismo è sufficientemente difeso dalle varie sostanze fermentative intestinali ed il tubo intestinale non assorbe se non ciò che può essere utile.

In presenza di uno stato di anemia o di deperimento non dobbiamo lasciarci

fuorviare dalla diagnosi immaginaria dell'intossicazione intestinale cui amano riferirsi le donnicciole e gli ignoranti. Tra i sintomi di questa presunta malattia è stata anche ricordata la *febbre* così frequente nei giovani e negli adolescenti.

Il pericolo di una tale diagnosi cervellotica balza evidente al ragionamento di ognuno, quando si riflette che, troppo spesso, occorre a noi medici di aver visto... curare dai familiari con dieta e purghe a ripetizione, una insidiosa tubercolosi polmonare all'inizio. Vi lascio immaginare i risultati di un tale trattamento alla rovescia.

L'*intossicazione intestinale* è l'ultimo relitto della medicina togata di tre secoli fa che ricercava nell'intestino la causa delle più diverse malattie.

Con questo non vogliamo escludere che anche la medicina moderna non abbia la sua parte nel creare dei malati e delle malattie immaginarie, e ciò specie nei soggetti nervosi che fraintendono i termini medici.

Se, in occasione di una malattia acuta, il medico ascolta al cuore un *soffio febbrile* e commette l'imprudenza di comunicare un tale reperto al soggetto, questi può credere di avere un vizio di cuore. Di questi malati immaginari, che quasi si compiacciono di un disturbo inesistente, ve ne sono più di quel che non si crede.

Vicino ai soffi cardiaci temporanei o funzionali non sono rari individui che parlano di *cuore spostato* od *allungato* attribuendo a queste posizioni abnormi una infinità di disturbi cardio-nevrotici.

Evidentemente, chi parla così crede che il cuore sia sospeso ad un filo come la foglia pende dal picciolo e si muova al primo alitar di vento. Nell'uomo, invece, le cose vanno un po' diversamente ed una certa mobilità è fisiologica; i pretesi spostamenti sono quasi sempre

termini della nomenclatura radiologica in rapporto alla forma del torace ed alla posizione del soggetto; solo molto raramente esprimono una malattia.

E' pure abbastanza frequente sentire parlare, da chi avverte qualche sofferenza gastrica, di *stomaco allungato* o addirittura secondo certi malati immaginari di *stomaco caduto*. In realtà queste espressioni, piuttosto radiografiche, sono esagerate dai gastronevrosi. Esiste, è vero, una speciale *sindrome* detta di *Glenard* con discesa di vari visceri addominali e secondariamente dello stomaco: ma i sintomi obbiettivi di questa malattia mancano nei malati immaginari che narrano ai quattro venti una *sindrome* variabilissima e passeggera, la quale al massimo può essere collegata con un disturbo della secrezione gastrica. Il resto l'ha costruito l'immaginativa e la preoccupazione del profano.

* * *

A questo punto credo bene fermarmi, altrimenti, neanche il più volenteroso dei miei nove lettori mi seguirà più. E poi, oggi, temo di aver dato qualche dispiacere a chi credeva fermamente a certi pregiudizi che rientrano tra le cogni-

zioni d'uso corrente nel pubblico. Quanti si ritengono uricemici perchè hanno notato un deposito rosso nelle urine o presentano gli innocui nodi di Heberden! Alcuni preconcetti o le nozioni mal digerite di medicina spicciola, troppo spesso creano dei malati immaginari e sono di dubbia utilità ai veri sofferenti.

Ciò dimostra che l'opera del medico non può essere sostituita alla stessa guisa che è indispensabile quella dell'ingegnere o dell'avvocato.

Colui che si cura secondo un concetto personale, senza capacità specifica, incorre nei maggiori rischi. Talvolta, come per le febbri da presunta intossicazione intestinale, può conseguirne la perdita di un tempo prezioso, tal'altra, può creare delle preoccupazioni immaginarie per sè e per i familiari; preoccupazioni che solo un esame del medico può dissipare in pochi minuti.

Lo scopo delle nozioni mediche per il profano non deve essere quello di far fare diagnosi; ma solo l'altro più modesto di richiamare l'attenzione sopra alcuni disturbi che si osservano frequentemente per poterli riferire al medico con esattezza; il che è già molto.

Dott. A. STARNA

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 intero giornale, una intera rivista che vi riguardi, vi son subito spediti, 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.

I danni della scarsa illuminazione durante il lavoro

Secondo le norme di igiene, la luce deve essere di media intensità, non eccessiva, per non arrecare danno alla retina, ma sufficiente per il regolare funzionamento dell'organo visivo.

Molto spesso invece, l'illuminazione — nel posto di lavoro — è assai scarsa; e non si pensa ai danni che ne possono derivare.

Una sorgente luminosa non naturale, per obbedire ai suddetti postulati, dovrebbe avvicinarsi, quanto più è possibile, alla luce del giorno, essendo questa il normale mezzo d'illuminazione dell'occhio. L'organo visivo, dopo un periodo più o meno lungo di intenso lavoro ad una luce debole, a seconda della capacità individuale, può manifestare dei segni di stanchezza.

Se noi domandiamo ad una persona, che sia stata a lavorare per molto tempo ad una luce scarsa, quale sensazione provi, appena ritorna alla luce normale, essa ci risponderà di accusare un senso di fastidio e come uno stimolo a fuggire la luce stessa (fotofobia).

Molto spesso gli occhi cerchiati di bruno, che si riscontrano in queste persone, sono in rapporto allo sforzo sostenuto per molto tempo a luce fioca.

Tra le cause della fatica oculare, oltre la luce, ha notevole importanza la posizione tenuta durante il lavoro o la lettura, l'incidenza della luce sul piano di lavoro, la eventuale rapidità di movimento dell'oggetto osservato, la notevole piccolezza dello stesso e la lavorazione minuta.

A queste cause si aggiungano le speciali condizioni organiche individuali, il mestiere o la professione, le quali si

risentono su l'occhio, determinando una predisposizione alla fatica e una diminuita resistenza al lavoro.

Quando tutte queste cause, le quali costituiscono un fatto fisiologico, agiscono a lungo, possono determinare delle alterazioni più o meno gravi. Infatti ogni volta che ci troviamo in un ambiente nel quale l'illuminazione è debole, noi avviciniamo assai l'oggetto all'occhio, mentre, di norma, dovrebbe distare circa trenta cm. In tal modo hanno inizio disturbi della convergenza e dell'accomodazione, che soggettivamente si traducono in dolore sopra orbitario e pesantezza al capo.

Si può anche manifestare strabismo e vista doppia (diplopia); ma questi sintomi sono transitori. Nei minatori si osserva a volte anche un movimento pendolare nelle posizioni estreme dell'occhio (nistagmo).

La scarsa illuminazione ha pure importanza per lo stabilirsi della miopia, perchè nei predisposti ne facilita l'insorgenza.

Questo fatto deve essere tenuto presente quando si pensi che la miopia insorge, o diviene progressiva, proprio nell'età giovanile, nella quale le membrane oculari si distendono sotto lo sforzo muscolare e il bulbo si allunga.

Ora ci domandiamo: qual'è la luce artificiale adatta per il posto di lavoro? di quale colore deve essere la sorgente luminosa e quale la sua direzione?

La luce migliore sarebbe quella bianca, che è esente da raggi dannosi, sufficiente e completa di tutti i colori dell'iride. Invece la luce artificiale non è, purtroppo, come la naturale luce del

giorno; in genere abbonda di raggi rossi, gialli e U. V. (ultravioletti), che hanno pochissimo potere luminoso.

Fra i tipi di illuminazione, quella a petrolio, pur essendo sufficiente, ha lo svantaggio di diffondere molti raggi rossi e calorifici e di sviluppare esalazioni nocive all'organismo. Il gas illuminante invece, emana luce chiarissima; ed infatti è ancora usato in alcuni stabilimenti industriali di colori e per le strade. Ma anch'esso ha i suoi inconvenienti, perchè produce calore, vapore acqueo, anidride carbonica e molti raggi U. V.

Oggi il tipo di illuminazione preferito è la luce elettrica, mediante lampade a filamento metallico, avente il vantaggio di non sviluppare esalazioni, di facile accensione, a luce fissa e lampade mobili.

Negli Studi, Uffici, negli ambienti di lavoro in genere, deve essere illuminato, oltre il posto di lavoro, anche tutto l'ambiente, perchè la pupilla, altrimenti è costretta a continui allargamenti e restringimenti, i quali finiscono con lo stancare l'occhio; (sotto lo stimolo luminoso la pupilla si restringe, mentre al buio si allarga).

Una superficie può essere illuminata in tre modi; a luce diretta, indiretta, semindiretta: la prima provoca abbagliamento, perchè facilmente colpisce l'occhio; la seconda, che proviene da un ri-

flettore opaco, che ricopre la sorgente, non abbaglia; ma manca del senso del rilievo; la terza, la semindiretta, è la migliore, in quanto rassomiglia, più delle altre, alla luce solare ed è ottenuta applicando una coppa riflettente al disotto della lampada: la luce si diffonde al soffitto, donde viene riflessa all'ambiente. Questo metodo ha però l'inconveniente di disperdere i 4/5 della luce. Naturalmente — in questo caso — ha molta importanza il colore del soffitto e delle pareti, le quali, se sono scure, riflettono meno.

Come si vede, il problema dell'illuminazione non è ancora risolto completamente con soddisfazione dell'igiene e dell'economia.

Allo stato attuale sono consigliabili i diffusori, che l'arredamento razionale ha adottato in larga scala.

Quindi l'illuminazione nel posto del lavoro dovrà essere uniforme, omogenea, non circoscritta; ma eguale in tutto l'ambiente e di media intensità: naturalmente deve essere maggiore per i lavori minuti e con oggetti in movimento. Abitualmente sono sufficienti, secondo gli studi degli igienisti, da 50 a 100 Lux per mq. di superficie da illuminarsi, cioè pressapoco 20-40 candele delle lampadine in commercio.

Prof. M. VELE

UN FRUTTO D' INVERNO: LA MELA

Quale posto occupi nelle origini bibliche dell'umanità questo frutto è inutile ricordato qui; ma certamente Eva, che come tante sue discendenti doveva avere il senso del bello e dell'elegante, si lasciò tentare dalla mela perchè questa più di ogni altro frutto appaga l'occhio e per questo almeno la nostra progenitrice merita molte attenuanti.

Vi sono poi le mele che hanno preteso di entrare nella storia come quella del tiratore scelto Guglielmo Tell e l'altra del fisico matematico signor Newton; ma la critica moderna, invidiosa delle facili fortune, le ha detronizzate irrimediabilmente.

E' certo, però, che una bella mela color alabastrino, screziata di vermiglio e dalla buccia lucida e fine come una morbida epidermide, è anche per noi una tentazione dalla quale volentieri ci facciamo vincere. La mela si presenta, nella sua quasi perfetta rotondità, così bella che spesso i pittori l'hanno raffigurata nei loro quadri per aggiungere grazia alle figure umane. Talvolta viene inserita come elemento decorativo quale la usarono nel '500 il Crivelli e tanti altri, tal'altra rientra nella composizione del soggetto messa in mano a bambini più o meno preoccupati di... addentarla.

Molti pittori se ne sono invaghiti; da Van Dyck, che la raffigurò per primo in mano al figlio di Carlo I d'Inghilterra, ce ne sono ormai un numero più che sufficiente per riempirne un buon cesto di tutti i tipi e di tutte le qualità. Per gli esteti, dunque, che s'appagano con l'occhio, non v'è che l'imbarazzo della scelta.

Noi, più modesti, preferiamo francamente quelle vere, bianche e rosse, come ce le dà la natura, dalla polpa nivea e saporita nella quale è un piacere af-

fondare i denti. Nell'inverno, quando tutti i frutti freschi sono esauriti, tranne l'arancio, è questo l'unico che abbia la proprietà di mantenere il sapore, l'aspetto e la fragranza come se fosse colto da poche ore; perchè, come sapete, la maggior parte delle mele sono del tipo invernale.

Molte sono d'un bel color ciliegia più o meno variegato di scarlatta, colore che sembra abbiano quasi rubato al sole nei tramonti estivi, quando l'ultima carezza dorata salutava il ramo carico di frutta. Ed anche perciò è delizioso, nelle lunghe serate d'inverno, gustare alla mensa una mela saporita che mantiene il riverbero del sole nell'epidermide, quasi a ricordo del tepore settembrino ormai lontano.

La mela tipo *rosa* diffusissima nell'Italia centrale e settentrionale è il più noto esempio di questo genere di frutto; la varietà *appiola* o *appia* unisce al bel colore rosso acceso un sapore specialmente gradevole, molte altre sono prodotti da incrocî e si fregiano dei nomi più esotici.

Accanto a queste mele, dalla buccia rossa, ve ne sono altre di colore più smorzato che ricordano invece la penombra dell'ottobre e delle foglie che muoiono come ad esempio la varietà *ruggine*, la *ranetta* e la *carpendola*. Altre, ancora più romantiche, prendono un colore alabastrino quasi cereo come la mela *carla*, o giallo pallido come la *calvilla*.

C'è, come si vede, la tavolozza cromatica più ricca che la natura si è sbizzarrita a rappresentare in mille arabeschi sopra il frutto di Eva; dal vermiglio al carnicino, dal rosso ruggine al giallo zafferano.

Ma, alla bellezza esteriore di questo frutto ed alla sua fragranza per il palato, vanno unite altre proprietà dietetiche ed igieniche che ne consigliano l'uso alla nostra mensa sulla quale prevalgono, troppo spesso, piatti di carne e di uova. Sebbene le sostanze nutritive propriamente dette nella mela non siano abbondanti, vi sono però rappresentati alcuni zuccheri, in discreta quantità specie allorquando il frutto è maturo.

Per chi si interessa dell'intima costituzione chimica della mela riporto la seguente composizione media centesimale:

Acqua 84,37 % - Glucosio 8 % - Saccarosio 4 % - Cellulosio 0,9 % - Pentosani 0,5 % - Lignine 0,4 % - Acido malico e citrico 0,6 % - Tannino e grassi 0,3 %.

V'è poi da rilevare che gli zuccheri, quando la maturazione è completa, possono salire molto al disopra di queste cifre e raggiungere perfino il 16 %.

Sebbene l'azione nutritiva della mela quale fonte energetica di calorie non sia alta, ciò non di meno essa contiene alcune sostanze di speciale importanza che si riscontrano soprattutto negli strati più superficiali subito al disotto della buccia. Queste sostanze, chimicamente non sempre ben definite, come potete immaginare, sono le vitamine e specialmente la vitamina C ad azione antiscorbutica. Non occorre che io insista sulla loro importanza, che è maggiore in una alimentazione come la nostra, la quale nelle città è prevalentemente fatta di carne, grassi ed uova.

Molto meno nota invece è l'azione che il volume stesso del frutto provoca sulla parete intestinale. Nell'alimentazione ordinaria sono troppo deficienti le scorie e quindi esse non sono sufficienti a spazzare l'intestino dalla escrezione biliare e dagli altri rifiuti che si sono accumulati nel tubo enterico. Alcune frutta,

come le mele, nelle quali prevalgono la cellulosa e le mucillaggini indigeribili, correggono questo inconveniente.

La stessa peristalsi dell'intestino viene agevolata da tali sostanze inerti perchè i muscoli della parete sono, dal contenuto stesso, stimolati, ed acquistano una presa maggiore sulla massa fecale. Si evita in tal modo l'inconveniente comunissimo della stitichezza perchè tali scorie fanno progredire ed amalgamano meccanicamente tutti gli escreti ed i rifiuti enterici dalla bile alle cellule desquamate dei villi.

La mela dunque costituisce, nonostante la sua modesta composizione chimica, un complemento utilissimo per completare una alimentazione razionale. La sua azione raggiunge spesso un effetto emolliente o leggermente lassativo sopra le pareti del nostro intestino.

La presenza di acido tannico nella mela ha fatto consigliare nelle diarree l'uso di questo frutto che ha spesso un'azione regolatrice sulle funzioni intestinali comunque disturbate.

Si può anche aumentare il valore nutritivo della mela aggiungendovi dello zucchero e passandola al forno; sciropate a tavola sono la leccornia dei bambini. Nè disprezzeremo le bucce negli strati più profondi ricchi di vitamina. In tal modo non sussurrerete che le norme di una buona alimentazione igienica richiedono speciali sacrifici economici se oggi vi consiglieremo di essere molto parchi nello sbucciarla.

Con questo spero d'avervi convinto a chiudere il vostro pasto con un paio di belle mele da preferire a tanti dolci che ingombrano il nostro stomaco. La fragranza di questo frutto dalla polpa candida e crepitante sotto i denti termina sempre bene il desinare; tanto quello modesto come il pranzo dovizioso. quello modesto d'ogni giorno come il pranzo dovizioso delle feste.

Dott. A. STARNA

RASSEGNA DI ARTICOLI D' IGIENE

Viva Cien Años, anno IV, n. 1, 6 ottobre 1937.

Dott. A. L. LOPEZ, *La natura e l'uomo.*

La natura è il miglior medico ed è soltanto assecondando i suoi sforzi che l'uomo ottiene di mantenersi sano o di riacquistare la salute se è caduto malato.

Tale concetto si riattacca ai principi di Ippocrate che fu iniziatore di una igiene naturale e razionale.

Prof. Dott. W. BEUTHIN, *Il certificato prematrimoniale.*

Viene trattata la tanto discussa questione del certificato prematrimoniale del quale l'A. è caldo fautore e ne dimostra tutta l'importanza individuale e sociale.

Dott. J. C. TASSERT, *E' possibile dominare la tubercolosi.*

Più che il contagio, al quale, come è stato dimostrato, ben pochi possono sfuggire, specie nelle grandi città, importanza fondamentale ha la resistenza individuale: da qui la necessità di rafforzare la propria costituzione per evitare che soccombano nella lotta contro il male.

Prof. Dott. I. ROMANO, *Regimi alimentari alla moda di Hollywood.*

Per imitare le artiste dello schermo molte giovinette riducono la loro alimentazione senza tener conto che tale regime dietetico è nocivo alla loro salute. In questo articolo l'A. parla dei danni che procura una alimentazione insufficiente ed incompleta.

Dott. J. C. PEREZ, *Dalla favilla iniziale ad un grande incendio.*

Scopo di questo articolo è quello di illustrare tali sintomi iniziali che potrebbero passare inosservati; una tempestiva visita medica, può riuscire in questi casi di utilità inestimabile.

Dott. M. J. BARILARI, *La distrazione causa di grandi mali.*

In questo articolo l'A. descrive i vari tipi di attenzione e di distrazione e dice come esista una enorme differenza tra lo stare distratto e l'essere distratto; l'eccesso di attenzione concentrata è un danno grave, tanto, quanto l'eccesso di distrazione.

Dott. C. L. ETCHEVARNE, *Prurito.*

L'A. passa in rassegna tutte le cause che possono provocare il prurito le prurigini e i danni che gli individui affetti da tali forme morbose, si producono col grattamento, nel quale trovano sollievo alle loro sofferenze.

Dott. L. C. TERRUSI, *Quando sono normali le funzioni femminili?*

La fisiologia e la patologia del ciclo sessuale delle donne sono poco conosciute anche tra le stesse donne. L'Autore ne fa una chiara esposizione dimostrandone tutta l'importanza.

M. CAMPAGNOLI, *Respirazioni addominali.*

La respirazione naturale e fisiologica è quella addominale, come lo dimostra il fatto che essa è la respirazione dei bambini e di tutte le persone durante il sonno. Le donne con lo sviluppo dell'età cambiano il tipo di respiro in toracico.

Dott. R. ROMALLON, *Dietro la maschera.*

Ci sono individui capaci di nascondere dietro una maschera indifferente le più formidabili passioni sia le più basse che le più sublimi.

Dott. D. MASSA, *Corpi estranei all'orecchio.*

Incidenti che nella maggior parte dei casi non dovrebbero avere che un'importanza molto relativa, a causa dell'imperizia di chi pratica il primo soccorso, provocano gravi danni.

Dott. E. R. CASAL, *L'intestino.*

L'A. descrive la funzione dell'intestino che giustamente definisce la fabbrica più grande e più operosa del corpo.

Dott. A. GUZMAN, *Bancarotta della dentatura.*

E' possibile, secondo l'A. evitare il 98 % delle carie dentarie; per ottenere questo è necessario escludere dall'alimentazione le sostanze blande e raffinate, e masticare bene.

Dott. KAUFMANN, *Che succede mentre dormiamo?*

In tale articolo l'A. descrive le alterazioni delle funzioni fisiologiche durante il sonno il quale costituisce il miglior sollievo per un cervello stanco.

(Continuaz. nella rubrica azzurra, p. XXI-XXIII)

Notiziario

Bando di concorso.

E' indetto un concorso per titoli e per esami, a sei posti di Medico nel ruolo speciale per il personale del Servizio Sanitario dell'I.N.A. fra laureati in Medicina e Chirurgia.

La domanda di ammissione al concorso in carta da bollo da lire quattro dovrà essere presentata o inviata (se per posta, in piego raccomandato, con ricevuta di ritorno) alla Direzione Generale dell'Istituto (Servizio Personale) in Roma, Via Sallustiana n. 51, non oltre le ore 12 del giorno 10 gennaio 1938-XVI.

La data di arrivo della domanda è stabilita dal bollo apposto dalla Direzione Generale dell'Istituto.

Al presente concorso *non sono ammesse le donne.*

Non saranno ammessi al concorso i candidati le cui istanze risultino pervenute all'Istituto dopo il suddetto termine, anche se presentate in tempo agli uffici postali o ad altro ufficio, o non risultino regolarmente documentate.

Nella domanda i candidati debbono indicare con precisione il loro nome, cognome e paternità ed il recapito; debbono inoltre elencare tutti i documenti, che sono prodotti a corredo di essa, e dichiarare se e quali lingue straniere conoscano (esclusa la lingua francese) e se siano disposti a sostenere la relativa prova di esame.

Alla domanda dovranno essere uniti i seguenti documenti:

1) Estratto dell'atto di nascita, dal quale risulti che il concorrente, alla data del presente bando, non abbia superato l'età di 35 anni.

Per coloro che abbiano prestato servizio militare durante la guerra 1915-1918 o che abbiano partecipato nei reparti mobilitati delle Forze Armate dello Stato alle operazioni militari svoltesi nell'Africa Orientale dal 3 ottobre 1935-XIII al 5 maggio 1936-XIV, l'età massima è elevata a 40 anni;

per gli Invalidi di Guerra e per la Causa Nazionale e per i Decorati al valor militare è elevata a 44 anni.

Per coloro che risultino iscritti al P. N. F. senza interruzione da data anteriore al 28 ottobre 1922, o che, in possesso del brevetto di ferito per la Causa Nazionale, per eventi verificatisi dal 23 marzo 1919 al 31 dicembre 1925, risultino iscritti al Partito senza interruzione dalla data dell'evento che fu causa della ferita, il limite massimo di età è aumentato di 4 anni.

I limiti di età sono inoltre aumentati di due anni per i candidati che risultino ammogliati alla data in cui scade il termine di presentazione delle domande di partecipazione a concorso e di un anno per ciascun figlio vivente.

Tutti i predetti aumenti sono cumulabili, purchè non si superino, complessivamente i quarantacinque anni di età.

2) Originale o copia autentica della Laurea in Medicina e Chirurgia;

3) Certificato che indichi i punti riportati negli esami speciali ed in quello di laurea;

4) Certificato di iscrizione al Sindacato dei Medici;

5) Certificato dal quale risulti che il candidato è cittadino italiano e gode dei diritti politici;

6) Certificato penale generale negativo, da rilasciarsi dal competente ufficio del casellario giudiziario;

7) Certificato di regolare condotta civile, morale e politica da rilasciarsi dal Podestà del Comune ove il candidato ha il suo domicilio o la sua abituale residenza;

8) Foglio di congedo illimitato, ovvero certificato di esito di leva. I candidati ex combattenti od Invalidi di guerra produrranno copia dello stato di servizio militare o del foglio matricolare annotati delle benemeritenze di guerra. Gli Invalidi di guerra

o Minorati per la Causa Nazionale, produrranno inoltre il modello 69 rilasciato dal Ministero delle Finanze - Direzione Generale delle pensioni di guerra;

9) Stato di famiglia;

10) Fotografia recente, firmata dal candidato e debitamente legalizzata;

11) Certificato da rilasciarsi, in data posteriore a quella del presente avviso, dal competente Segretario Federale del P. N. F., dal quale risulti l'appartenenza ai Fasci di Combattimento o ai Gruppi Universitari Fascisti nonchè l'anno, il mese e il giorno dell'iscrizione.

Per gli iscritti ai Fasci di Combattimento da epoca anteriore al 28 ottobre 1922, il suddetto certificato deve essere vistato dal Segretario del Partito. Detto documento deve contenere, oltre alla indicazione dell'anno, mese e giorno della effettiva iscrizione ai Fasci di Combattimento, l'attestazione che l'iscrizione stessa continua ed è stata ininterrotta.

Gli Invalidi ed i Feriti per la Causa Nazionale per eventi verificatisi dal 23 marzo 1919 al 31 dicembre 1925, iscritti ininterrottamente al P. N. F. dalla data dell'evento che fu causa della invalidità o della ferita, debbono produrre il relativo brevetto in originale o in copia autenticata da notaio, ovvero un certificato del Segretario del Partito, attestante che il candidato è in possesso del brevetto medesimo.

Gli orfani di Guerra o dei Caduti per la Causa Nazionale, i figli degli Invalidi di guerra o di quelli per la Causa Nazionale debbono dimostrare la loro qualità mediante certificato del Podestà del Comune in cui essi hanno il domicilio o l'abituale residenza;

12) Ogni altro titolo, pubblicazione o documento che l'aspirante creda opportuno di presentare agli effetti del presente concorso (le pubblicazioni debbono essere presentate in triplice copia).

Il certificato generale penale dovrà essere legalizzato dal Procuratore del Re, quello di nascita dal Presidente del Tribunale o dal Pretore del Mandamento nella cui giu-

risdizione si trova il Comune dal quale gli atti provengono; quelli di cittadinanza e di buona condotta, dal Prefetto.

Le legalizzazioni delle firme non sono necessarie se i certificati vengono rilasciati da Autorità amministrative residenti nel Comune di Roma.

Inoltre i certificati 5 - 6 - 7 non saranno ritenuti validi se rilasciati più di tre mesi prima della data del presente bando.

L'Amministrazione dell'Istituto si riserva il diritto di escludere dal concorso, con giudizio insindacabile e senza darne motivazione, qualsiasi candidato.

La Commissione esaminatrice formerà una prima graduatoria in base ai titoli presentati dai candidati ed ammetterà agli esami, con giudizio insindacabile, coloro che ne saranno dichiarati idonei, alla stregua dei criteri da essa stabiliti. Saranno tenute in particolare considerazione le pubblicazioni di carattere scientifico concernenti la medicina interna e le sue varie specialità (radiologia, laboratorio) e la frequenza al corso di specializzazione in medicina legale e delle assicurazioni.

I candidati ammessi ricevono in tempo utile, con lettera raccomandata, comunicazione della loro ammissione al concorso, del luogo, del giorno e dell'ora fissati per la prima prova scritta.

I candidati dovranno presentarsi agli esami muniti di carta di identità o di altro documento di identificazione.

Gli esami consisteranno:

1) in una prova scritta sopra un tema di patologia medica;

2) nella visita di un assicurando con la esecuzione di eventuali prove di laboratorio e redazione del rapporto di visita medica sui moduli in uso presso il Servizio Sanitario dell'Istituto;

3) nella illustrazione orale alla Commissione del caso esaminato.

Nella formazione della graduatoria saranno osservate le norme di legge in vigore per l'assunzione degli Invalidi di guerra e della Causa Nazionale e le norme del R. decreto-legge 5 luglio 1934-XII, n. 1176, sulla graduatoria dei titoli preferenziali per l'ammissione agli impieghi.

I risultati del concorso debbono essere sottoposti all'approvazione del Consiglio di Amministrazione dell'Istituto. Contro la deliberazione del Consiglio di Amministrazione dell'Istituto non è ammesso ricorso.

Prima dell'assunzione in servizio, i vincitori del concorso dovranno avere subito una visita medica, con esito favorevole, a giudizio insindacabile del Servizio Sanitario dell'Istituto.

I vincitori del concorso saranno chiamati, a seconda delle necessità, al più tardi entro un semestre dalla proclamazione della graduatoria e dovranno assumere servizio entro 15 giorni dalla data dell'avviso; sarà loro conferita la nomina di Medico nel ruolo speciale per il personale tecnico del Servizio dell'I. N. A. in prova per un periodo di sei mesi.

Essi godranno lo stipendio annuo lordo di L. 17.169,40 (al netto delle riduzioni di cui ai R. decreto-legge 20 novembre 1930-IX, n. 1491 e R. decreto-legge 14 aprile 1934-XII, n. 561 e tenuto conto degli aumenti di cui ai R. decreto-legge 24 settembre 1936-XIV, n. 1719 e R. decreto-legge 27

giugno 1937-XV, n. 1033), l'eventuale aggiunta di famiglia e, dopo il passaggio in ruolo, il contributo per il trattamento di quiescenza.

L'assunzione in servizio sarà fatta alle condizioni tutte del Regolamento del Personale.

Per le disposizioni contenute nel suddetto Regolamento, non è consentito l'esercizio privato della professione ed i medici sono tenuti a prestare servizio nei vari Centri Sanitari dell'I. N. A., ed in qualsiasi residenza sia loro destinata.

Per informazioni, gli aspiranti dovranno rivolgersi alla Direzione Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Servizio Personale - Via Sallustiana, n. 51.

Roma, 26 novembre 1937-XVI.

Il Direttore Generale

GIORDANI.

Il Presidente

del Consiglio di Amministrazione

BEVIONE.

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

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

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

Riunione autunnale del "Comitato Medico Consultivo,,

Nei giorni dal 18 al 20 novembre 1937, il Comitato Medico Consultivo ha tenuto le sue riunioni della sessione autunnale.

Come sempre, l'ordine del giorno dei lavori comprendeva argomenti di alto valore scientifico e la partecipazione alle discussioni che sorsero in seno al Comitato dimostrarono chiaramente tutto l'interesse e la passione che i Membri di questo importante organo prendono allo studio dei difficili e delicati problemi di medicina assicurativa.

Erano presenti i signori: prof. BONI della Riunione Adriatica di Sicurtà di Milano, dott. CAVALIÉ della Compagnia di Assicurazione di Milano, dott. COEN-PORTO delle Assicurazioni Generali di Venezia, dott. ISRAELI della Riunione Adriatica di Sicurtà di Trieste, prof. PILOTTI del Consorzio Italiano Rischi Tarati, prof. DE GREGORIO della Fondiaria Vita, prof. ROMANELLI con i dott. MARSELLA e TROTTARELLI dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, il prof. WINTERNITZ delle Assicurazioni Generali di Trieste.

ORDINE DEL GIORNO

- 1) Comunicazioni della Presidenza;
- 2) Conclusioni circa l'argomento: « la valutazione dei postumi delle affezioni tbc. dell'apparato respiratorio » (Relatore: Prof. Guido Malan);
- 3) La valutazione dei rischi dei glicosurici (Relatore: Prof. Boni);
- 4) Relazione del Dr. Cavalié circa l'accettazione in assicurazione vita degli albuminurici;
- 5) Disamina medico-legale delle questioni d'ordine morale connesse con la stipulazione dei contratti di assicurazione vita (Considerazioni generali: Dr. Marsella);
- 6) Consulenti e Specialisti (Relatore: Dr. Trottarelli);
- 7) Esame dell'operato di alcuni medici fiduciari;
- 8) Varie.

Il Comitato Medico Consultivo fissò precise direttive circa la delimitazione di gruppi di assicurandi affetti da postumi di affezioni tbc. dell'apparato respiratorio, ai fini della loro accettabilità. Sul problema del diabete raccomandò l'adozione di particolari indagini da esperirsi nei casi gravi od importanti (curva glicemica e prova di carico) nonchè di uno speciale questionario da rimettersi ai medici curanti.

In ordine alle albuminurie il Comitato, data l'ampiezza dell'argomento, dopo aver fissato anche qui punti fermi circa gruppi di assicurandi che possono ritenersi assicurabili a condizioni normali o inassicurabili, ha rinviato l'adozione di eventuali conclusioni; alla prossima sessione. Analogamente dicasi per le considerazioni generali sulle questioni morali connesse con la stipulazione d'un contratto di assicurazione vita, questioni di altissimo valore e di delicatissimo tenore.

Il Comitato Medico Consultivo, prima di chiudere i lavori di questa sessione ha proceduto, con le modalità prescritte dal Regolamento, alla elezione per il 1938 dell'altro Presidente e la unanimità dei suffragi ha rinnovato nella carica il dott. Coen-Porto.

Interprete dei sentimenti di tutto il Comitato, ma specialmente dei rappresentanti dell'Istituto Nazionale che per disposizione del Regolamento non prendono parte a tale elezione, il Presidente del Comitato Medico Consultivo, prof. Romanelli, ha rivolto parole di vivissimo compiacimento al dott. Coen-Porto, di cui ha rilevato l'alta competenza e la passione che questi pone nel disbrigo dei lavori dell'Ufficio di Presidenza del C. M. C.

La prossima riunione è fissata per il febbraio 1938 e, con ogni probabilità, contemporaneamente si svolgerà la prima Assemblea annuale dei Medici di Direzione, di tutti gli Enti di Assicurazione, Assemblea prevista dal Regolamento e per la quale già son noti alcuni importanti temi che formeranno oggetto di discussione.

Dr. LAMBERTI-BOCCONI

Recenti congressi medici italiani

Il 19 ottobre u. s. in Torino alla presenza di S. A. R. il Principe di Piemonte si sono aperti i Congressi di Medicina e Chirurgia. Dopo brevi parole del Rettore Magnifico Prof. Piovano, pronunciò il discorso inaugurale il Prof. Alessandri direttore della R. Clinica Chirurgica di Roma.

Data l'indole della nostra Rivista ci limitiamo a riportare i titoli delle relazioni che in modo speciale ci interessano. Il Prof. Ferrara trattò delle « Attualità in tema di coliti » ed i Professori Bastai e Dogliotti il tema: « Fisiopatologia e patologia speciale della vecchiaia ». (In altra rubrica riassumiamo la relazione del Prof. Bastai). Ultimo tema di relazione del Congresso di Medicina Interna è stato « Diagnosi e terapia delle sindromi sellari e parasellari » svolto dal Prof. Di Guglielmo.

Contemporaneamente al Congresso di medicina interna sempre in Torino si è svolto il 44° Congresso Italiano di Chirurgia alla quale vennero portate le seguenti relazioni: sui « Risultati lontani delle operazioni per ulcere gastro-duodenali » illustrate dal Pro. Uffreduzzi. Di questa relazione riportiamo un sunto in altra rubrica.

Il Prof. Taddei di Firenze ha svolto il tema: « Risultati lontani della cura chirurgica della litiasi urinaria » ed il Prof. Chiasserini di Roma ha trattato della « Patologia e terapia delle sindromi neuro-ipofisarie ».

* * *

Nei giorni 23 e 24 ottobre si è tenuto sempre in Torino il III Congresso Nazionale di Chirurgia Plastica ed Estetica.

Il discorso inaugurale è stato tenuto dal Prof. Manna di Roma col tema « Giudizi e pregiudizi moderni sulla chirurgia plastica ».

Delle varie relazioni presentate ricordiamo i titoli delle più importanti:

Prof. Chiarolanza: « Qualche caso di chirurgia facciale »; Prof. Claouè: « Plastica mammaria »; Dr. Di Filippo: « Sulla cura dei corni cutanei »; Prof. Galeazzi: « Risultati estetici dello strabismo con la sola cura medica ».

Chiuse il congresso una dimostrazione chirurgica sugli innesti cutanei trans-corion fatta dal Prof. Andrea Marro di Torino.

* * *

Nei giorni 25-27 ottobre nei locali della R. Clinica Oculistica in Roma si sono svolti i lavori del 34° Congresso della Società Oftalmologica Italiana.

Dopo il discorso inaugurale del senatore Ovio hanno parlato il Prof. Cavara ed il Prof. Meller.

Tra le numerose comunicazioni ha per noi speciale interesse quella svolta dal Prof. Di Marzio, Direttore della R. Clinica di Bologna sul « Distacco di retina e sulla sua cura ». Oggi mediante la diatermo-coagulazione è possibile ridonare la vista ai ciechi; l'importanza di tale risultato ai fini sociali e per la dichiarazione di invalidità totale permanente nel campo assicurativo è grandissima e merita di essere seguita negli sviluppi pratici successivi.

Note liete

Il giorno 2 corrente, in occasione del matrimonio della gentile figliola del nostro Direttore sig.na Itala Romanelli con il dott. Tommaso Ricciotti, valente Medico della Direzione Generale dell'I. N. A., un numeroso e distinto pubblico di conoscenti e familiari intervenne al ricevimento tenuto presso il Grand Hôtel di Roma.

Tra le numerose personalità notati: S. E. il senatore Di Donato, Presidente di Sezione del Consiglio di Stato; il comm. dott. Grà, Consigliere di Amministrazione dell'I. N. A. ed i Vice Direttori gr. uff. Ambron e Marinelli; il gr. uff. dott. De Mori, Direttore Generale dell'U. I. R.; i professori Carano, Pilotti, De Gregorio e numerosi altri.

Inviarono la loro adesione ed omaggi floreali il Presidente dell'INA S. E. Bevione ed il Direttore Generale gr. uff. dr. Giordani.

Le nozze sono state celebrate, con rito semplice e solenne, la mattina del 4 nella Cappella dei Nobili, presso la Chiesa del Gesù in Roma. Testimoni del matrimonio il Prof. Tauro della R. Università di Bolo-

gna e il Comm. Scopinaro zio dello sposo; compare dell'anello S. E. Di Donato, zio della sposa.

« L'Assistenza Sanitaria » porge i più fervidi auguri alla coppia felice partita per un lungo viaggio in Oriente.

* * *

Il 28 ottobre u. s. in Roma il nostro collaboratore dott. Alberto Di Lillo, Medico della Direzione dell'I. N. A., si è unito in matrimonio con la sig.na Tina Ferrario.

Congratulazioni vivissime ed auguri.

Conferenze del Prof. Donati in Germania

Su invito dello « Hamburger Versicherungswissenschaftlicher Verein » e del « Deutscher Verein für Versicherungswissenschaft » di Berlino il Prof. Antigono Donati Ordinario di Diritto delle Assicurazioni nella R. Università di Roma, e Direttore della Rivista « Assicurazioni », ha tenuto recentemente in Germania due conferenze in lingua tedesca. La prima il 29 ottobre ad Amburgo sul tema: « Tendenze nell'evoluzione internazionale del diritto delle assicurazioni di responsabilità civile » e la seconda il 1° novembre a Berlino sul tema: « Le assicurazioni private nell'Italia fascista ».

Ambedue le conferenze si sono svolte alla presenza di numerose autorità del mondo politico, finanziario, scientifico ed assicurativo tedesco: circa 300 persone ad Amburgo, circa 500 a Berlino.

Ciclo di conversazioni mediche dell'E.I.A.R.

(Trasmissioni ogni martedì dalle ore 18,45 alle 19 da tutte le stazioni radiofoniche italiane).

Plaudiamo a tale opera di medicina divulgativa e ricordiamo gli argomenti che saranno svolti da illustri personalità mediche nei prossimi mesi.

DICEMBRE 1937-XVI.

Martedì 7 - *On. Prof. Eugenio Morelli*: « Funzione sociale del medico fascista ».

Martedì 14 - *S. E. Prof. Giovanni Petragnani*: « La difesa igienica del popolo italiano ».

Martedì 21 - *On. Prof. Nicola Pende*: « La costituzione individuale ».

Martedì 28 - *S. E. Prof. Aldo Castellani*: « Medicina tropicale ».

GENNAIO 1938-XVI.

Martedì 4 - *S. E. Prof. Filippo Bottazzi*: « Valore degli alimenti ».

Martedì 11 - *On. Prof. Sabato Visco*: « Valore degli alimenti: il latte ed i suoi derivati ».

Martedì 18 - *Prof. Carlo Foà*: « Valore degli alimenti: la verdura e la frutta ».

Martedì 25 - *Prof. Silvestro Baglioni*: « Valore degli alimenti: condimenti e bevande ».

FEBBRAIO 1938-XVI.

Martedì 1 - *S. E. Prof. Dante De Blasi*: « Difesa delle malattie infettive ».

Martedì 8 - *On. Prof. Raffaele Bastianelli*: « La lotta contro il cancro ».

Martedì 15 - *On. Prof. Raffaele Paolucci*: « La diagnosi precoce del cancro ».

Martedì 22 - *Prof. Cesare Frugoni*: « Vita moderna e malattie del ricambio ».

MARZO 1938-XVI.

Martedì 1 - *Prof. Carlo Besta*: « Importanza sociale delle malattie neurologiche ».

Martedì 8 - *Prof. Carlo Vercesi*: « L'igiene della gravidanza ».

Martedì 15 - *On. Prof. Francesco Vallagussa*: « Igiene infantile ».

Martedì 22 - *Prof. G. B. Allaria*: « L'alimentazione del lattante ».

Martedì 29 - *Prof. Vittorio Putti*: « Importanza sociale della lussazione congenita dell'anca e della sua cura precoce ».

Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita**RELAZIONI DI MEDICINA ASSICURATIVA**

Dott. Prof. KNUD SECHER.

*Specialista delle malattie polmonari e di cuore. Direttore dell'Ospedale di Bispebjerg-Copenhagen***1. - OSSERVAZIONI PRELIMINARI.**

Anche se la scienza medica ha avuto una veste internazionale prima di qualsiasi altra disciplina scientifica, pure il carattere dei singoli Paesi, le loro condizioni demografiche, e le loro situazioni geografiche, influiscono sull'atteggiamento che deve assumere la medicina di ciascun Paese e tutte queste circostanze determinano il giudizio circa i vari problemi che si presentano. Ciò si intende anche per la medicina assicurativa anche se questa scienza, in seguito ai giudizi formulati per « gruppi » sarà influenzata dalle condizioni locali forse meno di qualche altra scienza medica.

Il giudizio sui candidati in Danimarca, per esempio, risentirà dei suggerimenti della scienza danese, ovvero, per dir meglio, della medicina scandinava, per la ragione che i Paesi scandinavi sono profondamente affini tanto per la lingua quanto per la cultura.

E' mia intenzione esporre una serie di rapporti relativi alla valutazione di un dato numero di malattie che interessano l'assicurazione vita, come noi consideriamo questi problemi in Danimarca, sperando che i nostri giudizi e i nostri esperimenti potranno essere di interesse anche per l'Italia.

Prima di passare all'esposizione dei singoli gruppi, vorrei accennare brevemente

alle basi usate in Danimarca, relative ai criteri di valutazione dei rischi.

Il lavoro è caratterizzato da una stretta collaborazione fra le società; questa collaborazione è diretta dalla « Dana », la società comune, che giudica ed accetta tutti i rischi tarati. Per esempio è in vigore una convenzione comune circa le condizioni di accettazione dei rischi meno tarati e le valutazioni di questi vengono riesaminate da un Comitato particolare, ad intervalli di alcuni anni. In tal modo le società interessate raggiungono uniformità di giudizi per i rischi.

Alcune società preferiscono rimettere alla « Dana », per il relativo giudizio, tutte le proposte che vengono accettate in base a tariffa normale, inoltre vengono anche deferite le proposte che le società non intendono accettare ed in tal caso il giudizio viene espresso da un Comitato di medici ed attuari delle società interessate. Esse vengono informate circa i giudizi pronunciati cosicché il candidato, che eventualmente si rivolge ad altra società, non potrebbe ottenere risultati migliori.

Per i giudizi pronunciati dal Comitato intendo esporre brevemente i principi che vengono applicati:

Il Comitato, nel giudicare i rischi, si serve di tre tabelle principali di mortalità, e cioè:

1) la tabella relativa alla tubercolosi (T) nella quale la sopramortalità diminuisce in proporzione alla Tavola normale di mortalità da circa 175 % a 20 anni, sino a circa 75 % all'età di 70 anni;

2) la tabella relativa alle malattie di cuore (H), nella quale la sopramortalità aumenta in proporzione alla Tavola normale di mortalità da circa il 25 % a 20 anni sino a circa il 350 % all'età di 70 anni;

3) la tabella relativa all'albuminuria (A) nella quale la sopramortalità aumenta da circa 110 % sino a circa 300 %.

Per queste tre principali tabelle di mortalità vi sono 4 tabelle secondarie, con le stesse caratteristiche delle tabelle principali, però con sopramortalità inferiori alle corrispondenti tabelle principali (1). La « piccola » tabella relativa alla tubercolosi, ecc. (T₁), nella quale la sopramortalità aumenta da circa 10 % a circa 100 %, corrisponde alla tabella principale relativa alla tubercolosi; la « piccola » tabella (H₁) che considera le sopramortalità che dal 10 % salgono al 100 ‰, corrisponde alla tabella principale H; la tabella « minima » (M₁)

nella quale la sopramortalità aumenta circa da 50 % a 65 % e la « piccola » tabella « minima » (M₁), nella quale la sopramortalità diminuisce da circa il 50 % a circa il 5 %, corrispondono alla tabella principale dell'albuminuria. Inoltre la « piccola » tabella « minima », spesso viene utilizzata come tabella secondaria sussidiaria alla tabella principale relativa alla tubercolosi.

Oltre ai giudizi relativi alla mortalità si provvede a quelli per i casi di invalidità, cosicché il diritto a facilitazioni per il caso di invalidità o non viene affatto applicato oppure esso viene riconosciuto soltanto in relazione all'invalidità per infortunio.

Si è più generosi nel riconoscere il diritto ad una revisione delle basi relative al giudizio emesso o immediatamente a mezzo di un esame speciale oppure dopo un certo periodo di tempo.

Delle 27862 assicurazioni approvate dal Comitato, furono accertati il 52,2 % dei candidati e dei cosiddetti rischi *ri-fiutati* furono accettati circa il 10 %.

II. - PLEURITE.

La pleurite è una frequentissima complicazione fra le malattie polmonari di

(1) Riportiamo le tavole di mortalità per la tbc. cui si riferisce l'autore. Esse furono pubblicate in un articolo del dott. Lamberti Bocconi daliblicate nella nostra Rivista nel n. 1 del 1935, titolo « Le organizzazioni in Europa per l'Assicurazione dei rischi aggravati ».

ETÀ ANNI	T A V O L E						
	T 1	H 2	A 3	T ₁ 4	H ₁ 5	M 6	M ₁ 7
20	175 %	25 %	110 %	90 %	5 %	50 %	45 %
30	165 %	65 %	135 %	90 %	20 %	55 %	40 %
40	140 %	140 %	180 %	80 %	40 %	55 %	30 %
50	110 %	230 %	235 %	75 %	65 %	60 %	20 %
60	85 %	295 %	275 %	70 %	85 %	65 %	10 %
70	70 %	350 %	275 %	65 %	95 %	65 %	5 %

tutti i tipi e per questo deve essere considerata, dal punto di vista assicurativo, alla luce della malattia causale, che sola deve essere considerata per il giudizio definitivo. Come malattia a sè o apparentemente indipendente, la pleurite venne per molti anni attribuita assai frequentemente alle « malattie reumatiche » mentre le ricerche degli ultimi anni hanno dimostrato che in tutti i casi di pleurite « primaria » bisogna fare i conti col fattore etiologico tbc. Se il primo concetto è durato molto, prima che si fosse fatta strada la seconda acquisizione, ciò si deve alla difficoltà di dimostrare i bacilli della tbc. nelle infiammazioni pleuriche, anche con la prova biologica. Per queste difficoltà diagnostiche resiste il concetto della pleurite reumatica. Due AA. francesi (Lafforgue e Andrieu) stabilirono per esempio nel 1930, che esistono dei casi di pleurite come conclusione (episodio concl.) di reumatismo articolare acuto. Ma gli stessi AA. suppongono che nei casi di pleurite bisogna far posto ai casi di natura tbc. In un lavoro edito nel 1932 essi ritornarono sulla questione e misero in evidenza che gli stessi casi di pleurite che potrebbero mettersi in rapporto con il reumatismo articolare acuto, possono essere di natura tbc.; su una piccola pubblicazione francese di medicina assicurativa, Fiessinger conta solo il 48 % di specifici tra i pleuristici.

In dipendenza di ciò Edstroms ha fatto nel 1935 delle ricerche di particolare interesse: egli ha operato su di un materiale di 1369 casi di pleurite. Fra questi ve ne erano solo 25 (1,9 %) insorti nello stesso tempo del reumatismo articolare acuto. Su 850 casi di poliartrite solo 31 (3,6 %) presentavano dei sintomi collaterali di affezione pleurica. Queste cifre sono già abbastanza piccole e mostrano che è giustificato fare

astrazione dal reumatismo nei casi di pleurite assicurativa.

Soprattutto viene accreditato il concetto che ogni pleurite apparentemente primaria ed insorta acutamente, senza fondamenti clinici collaterali dimostrabili, deve essere considerata come tubercolare e perciò questa malattia ha acquistato una grande importanza in medicina assicurativa. Questo concetto generale vale tanto nella forma secca che nella essudativa; è diverso però in quanto esiste una differenza di prognosi fra le due forme; la forma essudativa è molto più diffusa e grave della secca. Si dimostra anche che le forme « acute » possono essere sopportate per molto tempo attraverso esacerbazioni e remissioni.

Per non considerare una pleurite come di natura tbc. è necessario accertarsi che essa sia la complicazione di una malattia polmonare acuta, come accade spesso nella broncopolmonite. In tutti i casi ad insorgenza e carattere non acuto, bisogna ammettere che, alla luce delle nostre cognizioni moderne circa la localizzazione della tbc. polmonare, possa trattarsi di una forma a base tubercolare.

Per valutare dal punto di vista assicurativo le condizioni della pleurite, è necessario far risultare alcuni elementi di carattere spiccatamente clinico.

Le pleuriti tbc. si possono dividere in due gruppi, dal punto di vista patogenetico e cioè, i casi in cui si presentano variazioni dello stato dei polmoni durante lo sviluppo della pleurite e gli altri. La comprensione della patogenesi del primo gruppo di casi non porta difficoltà: il processo tubercolare-polmonare attacca direttamente la pleura. Può essere però difficile individuare il Focus in questione, dato che il liquido pleurico in moltissimi casi nasconde le alterazioni del polmone. Un esame Roetgen

consecutivo alla estrazione del liquido pleurico può mostrare la zona della lesione, ma anche questa ricerca può ingannare, poichè le cotenne pleuriche coprono il disegno polmonare. Nei reperti positivi si tratta spesso di lesioni che si manifestano anche stetosopicamente. Per questo simili pazienti dovrebbero essere sempre esaminati radiologicamente a cura finita.

Tutto questo gruppo ha qui poco interesse; il tipo di casi è chiaro e non vengono trattati come pleuritici ma come specifici con complicazioni pleuriche.

Per quanto riguarda il secondo gruppo, accade che le condizioni fisiche rendono molto spesso difficili lo studio, così che può essere difficile trovare tanto il punto di inizio quanto le modalità di diffusione della pleurite. Il quadro Roentgen mostra un'ombra senza dettaglio. La pleurite interlobare è di grande aiuto per la comprensione di dette forme. Su queste il processo risiede in un piano che può dare un'ombra diretta, che quindi può condurre al focolaio attraverso le strie, peribronchiali, ove noi vogliamo principalmente cercare le origini di questi casi. Slipper opina che dette forme di pleurite si trovano specialmente nei giovani.

Questi casi ci danno un punto di appiglio per il concetto di pleurite tubercolare la quale forma come una capsula intorno ai polmoni non tubercolosi, quindi come una malattia propria dell'organo.

Ciò è confermato anche in quei rari casi di autopsia di individui con pleurite acuta.

Huebschmann dice per esempio nelle sue ricerche sulla anatomia patologica della pleurite tbc. che le gravi forme di pleurite tbc. non rappresentano in modo particolare un fenomeno collaterale di una forma cronica polmonare progressiva, ma un tipo del tutto indi-

pendente sotto forma di affezione organica.

Come si sviluppano le pleuriti basali, così anche si sviluppano, secondo Huet e Duval le forme apicali.

Con la stessa modalità di sviluppo delle pleuriti basali, si osserva, secondo Huet e Duval, la pleurite dei lobi superiori, mentre alcune particolari ombre, che prima venivano interpretate come tubercolosi degli apici, sono da attribuirsi alla pleurite.

Contrariamente alla pleura, il pericardio viene leso difficilmente e l'osservazione di una tbc. pericardica è rara, quantunque sicuramente dimostrata (Clarke).

Waalgren mette in evidenza l'importanza delle ghiandole bronchiali come punto di partenza della pleurite, però in un certo rapporto con lo stato delle pareti pleuriche. Egli attribuisce in alcuni casi la pleurite ad uno stato allergico delle membrane pleuriche.

Jacobaeus stabilisce, in relazione a quanto esposto da Wallgren che la toracoscopia mostra che le evoluzioni della tubercolosi stanno di fronte allo sviluppo di noduli pleurici.

Roester sostiene lo stesso punto di vista di Wallgren in una rivista del 1930. Egli rileva che la pleurite senza « dipendenze ambientali » sia in rapporto con un focus polmonare e ne spiega lo sviluppo come espressione di una reazione tossica nel secondo stadio di Ranke.

Oltre ai casi fin qui conosciuti bisogna considerare anche la pleurite di origine ematogena. Questa forma si trova come appendice della forma polmonare disseminata e si descrisse anche prima in alcune speciali affezioni pleuriche, mentre era difficile stabilire un nesso con malattie polmonari.

Con questo noi deduciamo che la pleurite deve essere considerata un sintomo

di una tubercolosi manifesta, mentre le variazioni clinicamente dimostrabili di questa ne farebbe dubitare. Ciò è assodato dalle moderne nozioni sui bacilli tubercolari nell'acqua di lavaggio gastrico. Queste tubercolosi manifestamente chiuse hanno spesso un focolaio aperto, come unica prova che esse sono soltanto un sintomo di una tbc. più tardi difusasi.

Si dimostra con ciò anche che una notevole quantità di pleuriti, più tardi, dopo periodi più o meno lunghi, forse qualche volta dopo una lunga serie di anni, viene seguita da una tubercolosi polmonare. Le cifre esposte sono diverse, probabilmente in dipendenza della differenza di materiale. Le percentuali sono le seguenti: Bars 35 % - Hodges 37 % - Liebermeister 11 %.

Driesinger trovò più tardi in 33 casi, 16 casi di morte per tbc. e 3 di sospetta tbc. Fiedler su 133 casi ebbe 25 casi di morte e 66 di sospetta tbc. Kelsch e Vaillard su 150 casi: 55 di tbc. e 15 forme sospette. Schel su 812 casi il 22,4 % di tbc. ed il 9,9 % di morte per tbc. Barlesson ha comunicato le osservazioni fatte nel Lazzaretto Serafimer a Stoccolma. Egli fa rilevare l'importanza di un periodo sufficientemente lungo di osservazione. Esso dovrebbe essere di almeno sette anni. Trova una morbilità tbc. del 39 % con 22 % di casi letali.

Bratt ed Inghebriegtsen hanno osservato un materiale di 313 casi da uno a 12 anni. 32 % si ammalarono di tbc. ed il 12,8 % morirono. *La maggiore frequenza di morbilità si ebbe nei tre anni consecutivi alla pleurite.* Dal loro materiale di 1181 pazienti con tbc. il 17,8 % aveva precedentemente sofferto pleurite, nella maggior parte dei casi proprio prima dell'insorgere della tbc. Stephani e Weiart trovarono la pleurite nel 28 % dei tbc. polmonari.

Eckerstron ha fatto una ricerca si-

mile. Fra 1910 casi di tubercolosi polmonare e tbc., l'11 % aveva avuto la pleurite, il 5,5 % l'eritema nodoso. Magrofer rileva che spesso la pleurite viene seguita da una tisi cavernosa. Von Borelius presenta una ricerca molto accurata, del 1933. Un riesame di 230 casi di pleuriti, nei quali non si era manifestato nessun sintomo di altre affezioni, non autorizzava per tali ragioni ad ammettere l'esistenza di pleuriti complicate. Minimo periodo di osservazione sette anni: 36 casi non furono rintracciati, ne rimasero 194.

23 = 11,9 % morirono di tbc. polmon.

5 = 2,6 % morirono di altre forme tbc.

36 % morirono entro 3 anni

55 % morirono entro 5 anni.

Dei viventi si trovarono 142 = 73,1 %, in buone condizioni subietive mentre 5 = 2,6 %, furono curati per tbc. 102 delle persone in buone condizioni soggettive furono sottoposte ad esame radiologico e alla prova di velocità di sedimentazione: 6 avevano tubercolosi. Su 21 furono trovate variazioni radiologiche cosicchè la morbilità generale si poteva considerare del 39,8 % e in tutto il materiale del 66,3 %. Nella esposizione delle valutazioni della tubercolosi negli impiegati, Hochstetter tien conto tanto della pleurite quanto della tubercolosi, e una tubercolosi tardiva per questa ragione viene considerata come una base supplementare di giudizio.

Da quanto finora esposto risulta che la pleurite ha una grande importanza come manifestazione iniziale della tubercolosi polmonare, ciò che è in grande significato dal punto di vista assicurativo.

Il pericolo di una diffusione della tubercolosi è massimo nei primi anni dopo la pleurite. Scheel e Foien trovarono per esempio nei primi tre anni di os-

servazione 10,4, 4,4 e 4,2 % casi di tubercolosi conclamata. Ciò dimostra come proprio questi primi anni abbiano una grande importanza nella diagnosi e nella cura. Lo stesso viene messo in evidenza nelle manifestazioni della mortalità. Rowley ha 23.294 casi con pleuriti nell'anamnesi. Pochi erano lontani due anni dalla pleurite, e la sopramortalità era del 50 %, da 2 a 5 anni; del 47 % da 5 a 10 anni; oltre i 10 anni vi era una piccola sopramortalità. Queste cifre esprimono approssimativamente le ricerche del Comitato Medico Attuariale nel 1914. Scheel e Fojen trovano un'altissima mortalità e contemporaneamente una morbilità nei primi anni 13 volte più grande della normale.

Lange-Nielsen nel 1931 ha pubblicato una ricerca fatta sulle società di assicurazione norvegesi. Il suo materiale comprende due gruppi.

1. - Pleuriti senza tubercolosi polmonare direttamente consecutiva;

2. - Pleuriti con tubercolosi polmonare direttamente consecutiva.

L'ultimo gruppo ha poco interesse poichè verosimilmente in tutti i casi si tratta di una tubercolosi mascherata. E ciò si deduce anche dal fatto che tutti i 126 casi di morte appartenevano al secondo gruppo.

Il primo gruppo ha in relazione a ciò una grande importanza poichè dimostra che la mortalità dei primi anni è quattro volte la mortalità della popolazione e, per il tempo superiore a quattro anni, dell'1,5 % più grande della mortalità normale, malgrado che questa mortalità fosse stata accresciuta dalla contemporanea epidemia grippale del 1918-19. Un paragone con la mortalità fra gli assicurati è ancora più sfavorevole per i casi di pleurite.

Nelle ricerche sulla mortalità di Lange-Nielsen del 1925, viene citato un

gruppo di assicurati in cui la maggior parte aveva avuto la pleurite più di 5 anni prima; gli altri erano casi di vecchia tubercolosi (10 anni e più). Si è notato tanto una notevole sopramortalità quanto una maggiore mortalità per tubercolosi, come era da aspettarsi.

Sulla base di questa prognosi molto seria della pleurite, è necessario che le Società assicuratrici siano riservate nelle valutazioni di tali rischi. Nel caso in cui dalle informazioni assunte dovesse risultare una pleurite di natura non specifica e per esempio se essa è combinata con una polmonite non specifica, il proponente deve essere accettato a tariffa normale.

In tutti gli altri casi la pleurite deve essere considerata come una manifestazione tubercolare e sarà valutata applicando la tabella della tubercolosi. Per essere accettati a tariffa normale è necessario che l'assicurando sia guarito da 10 anni e se il soggetto è superiore ai 30 anni, soltanto da 5 anni. In tutti gli altri casi debbono essere usate le tabelle della tubercolosi.

Se sono passati meno di 3 anni dalla manifestazione, i rischi devono essere valutati con la tabella Tbc. Oltre i 3 anni e fino a 5 anni, con la tabella Tb. — eventualmente con aumento premio in aggiunta. Se sono passati 5 anni e l'assicurando ha più di 30 anni, si può accettare a stregua di tariffa normale, altrimenti dopo 5 anni si adopera un piccolo soprapremio ($M + 2$) fino a 30 anni. La riduzione del premio naturalmente ha luogo soltanto quando le altre condizioni siano soddisfacenti. Il periodo di carenza viene applicato solo per i primi tre anni e viene esteso per abitudine a 5 anni.

Per la valutazione dei rischi di persone che precedentemente abbiano avuto pleurite viene sempre richiesto un attestato medico.

Per la prognosi della pleurite sono presi in considerazione solo persone oltre i 15 anni. Per i bambini la prognosi è buona, poichè essi acquistano, dopo la pleurite, una relativa immunità contro le altre manifestazioni tbc., come si è visto durante il trattamento di questa questione.

III. - ERITEMA NODOSO.

L'eritema nodoso venne prima descritto come una malattia a sè stante nel gruppo delle affezioni reumatiche. Le ricerche ulteriori hanno però dimostrato che l'eritema nodoso è da considerarsi come una reazione cutanea a parecchie malattie. Come si può facilmente intendere può essere anche considerato in una certa quantità di casi come una reazione alla tbc. Una esposizione dei lavori successivi ci offrirà occasione di chiarire le condizioni epidemiche della tubercolosi. La supposizione di un rapporto tra tubercolosi ed eritema nodoso rimonta a qualche anno fa. Pollack è verosimilmente il primo ad aver dimostrato questa dipendenza mediante la reazione tubercolinica e più tardi molti AA. si sono occupati dell'argomento. Uno dei lavori più importanti è quello di Ernberg e Wallgreen in Svezia e di Vetlesen e Ustvedt in Norvegia. In generale venne dimostrato che l'eritema nodoso è una manifestazione anafilattica o allergica della tubercolosi: ciò vale per la maggior parte dei casi. L'esattezza di questa idea viene dimostrata con ricerche che mostrano che i pazienti con eritema nodoso in molti casi presentano sintomi di affezioni tubercolari collaterali. Come noi vedremo più oltre l'eritema nodoso è spesso il primo dei sintomi dopo il quale il paziente viene riconosciuto affetto da tubercolosi.

Della letteratura casistica è utile un lavoro di Giertsen nelle ragazze dai 15

ai 21 anni, che mostravano un infiltrato precoce poco tempo dopo la manifestazione di un eritema nodoso. Nei materiali più ricchi i reperti sono stati più vari: in un insieme di pazienti (93 casi) Giertsen trovò soltanto 6 infiltrati precoci, però in 48, dopo alcuni mesi dall'eritema nodoso, trovò una infiltrazione polmonare o una pleurite e oltre a ciò trovò in 22 pazienti una infiltrazione dell'ilo come si trova quale espressione di grave tubercolosi.

Eckerstrom in un materiale di 1910 tubercolosi ha esaminato la frequenza dell'eritema nodoso e della pleurite ed ha trovato in 11 % dei casi pleurite, in 5,5 % eritema nodoso. Anche le ricerche sul sangue del bacillo tbc. hanno dato in questi casi dei risultati positivi (Boas). Massini trovò bacilli tubercolari in una ragazza di 17 anni affetta da eritema nodoso, due mesi dopo essa si ammalò di pleurite. In rapporto a ciò sia detto che in questi pazienti si possono dimostrare i bacilli tubercolari nell'espettorato senza che ci siano altri segni di lesioni tubercolari, e Opitz mette in evidenza il pericolo costituito da questi giovani soggetti come portatori di bacilli. A ciò bisogna aggiungere le ricerche fatte sull'acqua di lavaggio gastrico contenente bacilli tubercolari. Ciò riuscì su larga scala a Wallgreen, Lassen, Collis; a conclusioni simili perviene l'A. in base alle proprie ricerche. Aguirre e Cervini hanno trovato segni di tubercolosi mediante la prova biologica con materiale dei noduli. L'eritema nodoso viene così descritto come una appendice di una complessa infezione. Presentiamo alcuni esempi: Anderssen descrive un caso di una maestra con tubercolosi manifesta. Essa dava lezioni a ragazze di 11-12 anni: di queste, quattro si contagiarono di eritema nodoso sette settimane dopo ed una di queste morì dopo 4 mesi di affezione tubercolo-

lare acuta. Göbel ha descritto una simile epidemia con punto di partenza da un maestro tubercoloso. Wallgreen ha descritto una classe con la seguente infezione: il 16 gennaio si verificò in una ragazza una grave infezione tubercolare polmonare; nel corso di uno-due mesi tutte le scolare erano contagiate; 12 ebbero eritema nodoso, 12 dovettero venir curate in Ospedale per tubercolosi dell'ilo. Landau trovò in una classe una ragazza di 12 anni con tubercolosi cavernosa; due o tre delle compagne erano ammalate di eritema nodoso e l'83,4% delle bambine presentavano reazione tubercolinica positiva. Nello stesso modo si trovano epidemie familiari. Parisot e Saleur descrivono due famiglie nelle quali la tubercolosi dei due membri provocò l'insorgenza di eritema nodoso negli altri membri. Löffler descrive una famiglia nella quale una donna di servizio che era stata curata per tubercolosi manifesta e che era stata trattata come non contagiosa, contagiò nove persone, sei delle quali furono affette da eritema nodoso.

Sommerfelt descrive nel 1931 una osservazione della sua pratica. Egli curò tre bambini per eritema nodoso. Un quarto bambino che era fuori ritornò a casa e si ammalò. Qui evidentemente si tratta di un contagio da convivenza. Come fatto curioso ricordo che Koch ha descritto un caso di eritema nodoso in gemelli. Ed ha anche interesse notare che Tornell ha comunicato una infezione di batteri tbc. di tipo bovino come causa di eritema nodoso.

In base alle circostanze ora descritte, si comprende che dal punto di vista assicurativo bisogna tenere in seria considerazione l'eritema nodoso.

Ustvedt e Johannesen hanno trovato in un materiale di 288 pazienti che 44, cioè il 15,3 % erano malati di tubercolosi e 13, cioè il 4,5 % sono morti. Se vie-

ne calcolata anche la pleurite, si sale al 25 %. Si osserva che quando la malattia si mescola ad un eritema nodoso il 10 % si ammala nel primo anno mentre già nel secondo anno la percentuale va a 2,8 % e dopo il quinto anno la malattia non ha più importanza.

Queste comunicazioni sono state accertate in grande scala da Eckerstrom; le sue cifre sono però basse. Egli trova che fra 105 pazienti con eritema 27 si ammalano nel primo anno di osservazione e così le cifre vanno dal primo al secondo anno a 13, dal 3° al 5° a 13 e dal 6° al 10° a 23.

Queste osservazioni insegnano che è necessario dover considerare attentamente un eritema nodoso precoce e specialmente nel primo anno della malattia e ciò soltanto fino al quinto anno.

L'importanza dell'eritema che è una lieve reazione osservabile nel corso della tubercolosi, viene con ciò ingrandita per il fatto che si ammalano spessissimo soggetti giovani.

Lewin trova per esempio in un materiale di 2345 casi che prima del 16° anno il 72,5 % si ammalano; ciò vale anche per altro materiale: le donne si ammalano più frequentemente. Ciò viene illustrato da Sandras che soprattutto insegna che è possibile collocare questi casi in gruppi di età, che sono particolarmente importanti in regime assicurativo.

Età:	1-4	5-10	11-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59
	1	6	13	5	3	2	—	—
		6	14	26	29	8	6	1

Molti ricercatori osservano che l'eritema nodoso è una reazione all'infezione tubercolare e soltanto Erneberg si esprime così: l'eritema nodoso è una reazione anafilattica od allergica in soggetto tubercoloso. I casi che vengono pubblicati con supposizioni di etiologia diversa non possono essere presi in considera-

zione. E' dubbio se questo punto di vista sia sostenibile. Vi sono molti casi di eritema nodoso osservabili come espressione di altre affezioni così manifestamente, che non possono essere negati, ed offrono l'occasione di tracciare un parallelo di questa malattia con altre affezioni della pelle, le quali possono far sorgere in relazione a ciò altre varie intossicazioni.

In quest'occasione possiamo ricordare che Elwell ha trovato l'eritema nodoso in una infezione focale da adenite ascellare ed egli opina che nè la tubercolosi nè lo streptococco emolitico, ebbe alcu-

na importanza. Moro, Perger, Moritz, hanno trovato l'eritema nodoso nella scarlattina. Samek e Fischer hanno trovato un caso di questa malattia in ulcere vulvari. Josphesen ha descritto un caso di endocardite ed eritema nodoso che alla autopsia non dimostrò nessun segno di tubercolosi e così un interessante caso di eritema nodoso nella gonorrea.

Collis conta su tre momenti etiologici: reumatismo, tubercolosi, malattie acute specifiche: di queste la tubercolosi è la più frequente.

Comunque quest'ultima affermazione è esatta.

L'OCULISTICA NELLA MEDICINA GENERALE IN RAPPORTO ALL' ASSICURAZIONE VITA

Prof. Dott. MARIA VELE
della Direzione Generale dell' I.N.A.

Questa breve esposizione ha lo scopo di mettere in evidenza i sintomi oculari che possono maggiormente interessare il medico di assicurazione. Dato che in medicina delle Assicurazioni-Vita ha importanza l'utilizzazione dei sintomi di qualsiasi apparato, perchè contribuisca a stabilire una prognosi, ricorderemo solo le alterazioni in rapporto a malattie generali a decorso cronico e a quelle forme morbose che si iniziano con manifestazioni oculari, la cui presenza permette spesso una più esatta valutazione del rischio. Vengono escluse in tale esposizione tutti i sintomi in rapporto a malattie acute che per ovvie ragioni non interessano il medico di assicurazione. Ai nostri fini sembra utile una suddivisione delle manifestazioni che maggiormente possono interessarci, in vari capitoli.

Vi sono infatti certe caratteristiche nell'occhio che possono guidarci verso una diagnosi e l'esame di questo organo non richiede di norma molto tempo, nè arreca disturbo a chi vi si sottopone. L'assicurato non trova alcuna difficoltà, dato che è limitato solo ad una parte del viso, il quale è già di per sè esposto, mentre sappiamo qual disturbo arrechi un prelevamento di sangue, un elettrocardiogramma, la radiografia stessa, ecc. L'utilità quindi che l'esame dell'apparato visivo può arrecare è grande ed ha

la stessa importanza di una ricerca di laboratorio o altro esame sussidiario; non raramente il primo sintomo di una malattia è oculare, oppure un sintomo oculare in aggiunta a quelli generali può accertare una diagnosi.

Così prenderemo in considerazione i sintomi più salienti, a cominciare dall'espressione dello sguardo, dalla disposizione delle palpebre, dai riflessi e contorno pupillare, per accertare alcune endocrinosi, intossicazioni, malattie del ricambio, come pure malattie infettive a decorso cronico, dalle malattie renali e cardiovascolari, da quelle dell'apparato digerente fino alle affezioni cerebrali.

Occorre frequentemente, nel guardare una persona in viso, intravedere dall'espressione degli occhi, o da alcune caratteristiche che possono questi presentare, le stimate di una o di altra determinata malattia.

Ed ora passiamo senz'altro alla descrizione degli stati patologici dell'occhio nelle sue varie entità anatomiche.

* * *

Nell'adenolinfatismo pastoso sono comuni le ragadi all'angolo esterno delle palpebre, le congiuntiviti catarrali, le ulcere corneali e le blefariti; gli adenoidi sembrano dei dormienti, pel fatto che le palpebre sono socchiuse e lo sguardo è atono.

Gli ipotiroidei e mixedematosi hanno invece le palpebre turgide, l'occhio rientrato e sonnacchioso (occhio porcino).

Gli individui affetti da cretinismo presentano occhi piccoli, rientranti, privi di espressione o atteggiati a sorriso di scemo.

Nel viso dei tubercolotici polmonari, magro e sparuto, oltre i pomelli arrossati risaltano gli occhi lucenti, voluttuosi, alquanto prominenti e cerchiati da un alone bruno con sclere leggermente azzurrognole.

I parkinsoniani con ipertonìa dell'elevatore della palpebra, hanno gli occhi spalancati e lo sguardo vivo e dolorante contrasta con la rigidità apatica del viso, dovuta all'ipertono dei suoi muscoli, mentre l'orbicolare solo, mantiene il tono normale.

Nella tabe si ha ipotonia e ptosi della palpebra superiore e, per la contrazione dei muscoli frontali, la fronte è corrugata.

Nell'oftalmoplegia di Hutchinson alla paralisi dell'elevatore si associa il corrugamento della fronte. L'edema bilaterale delle palpebre nella nefrite è localizzato specialmente in quelle inferiori. Le epatiti possono presentare ittero congiuntivale, macchie epatiche e xantelasma delle palpebre.

Nell'eredolue, se vi è cheratite parenchimatosa, gli occhi hanno un aspetto morto e se coesiste fotofobia, sono spesso socchiusi. Caratteristico l'occhio delle clorotiche che ha l'aspetto di quello delle bambole, per l'alone azzurrognolo che lo circonda e per essere esso molto lucente. Nella malattia di Spencer-Well, sono incavati; nel morbo di Addison, oltre che incavato l'occhio ha un'espressione di infinita tristezza. Gli occhi

degli ipertiroidei, sono grandi, a grande diametro trasverso, sporgenti, espressivi, pieni di vita, spesso cerchiati di bruno e molto mobili; quelli degli acromegalici, possono essere sporgenti e presentare disturbi di mobilità. Nei postumi encefalitici si ha, per lo spasmo dell'occhio in alto e la fissità dello sguardo, il così detto occhio di madonna.

E così si possono avere altre caratteristiche oculari in varie affezioni generali.

* * *

Ha pure importanza la disposizione delle palpebre: così la ptosi si riscontra spesso nella tabe, nella paralisi progressiva, nelle malattie infettive subacute, in alcune intossicazioni, in certe discrasie esogene ed endogene, nella sifilide.

Le paralisi multiple dei muscoli oculari, oltre che in svariate affezioni orbitarie, più frequentemente si riscontrano nelle affezioni a sede basilare, per i rapporti che i vari nervi motori contraggono tra di loro, con la base cranica e gli organi annessi.

Le paralisi multiple sono di solito accompagnate da un complesso di segni e sintomi, non solo oculari, ma anche generali; i quali ultimi specialmente vengono presi in considerazione dai medici generici. La coesistenza delle manifestazioni oculari ha importanza specialmente per facilitare la diagnosi di sede e molto spesso anche la diagnosi di natura; è quindi necessario in ogni caso fare l'esame oftalmoscopico.

L'iperemia, l'edema, la tipica stasi della papilla, la neurite ottica, le atrofie primarie e secondarie del nervo ottico, e in qualche caso altre lesioni della retina o della coroide, possono costituire elementi preziosissimi. Così pure è in-

dispensabile — quando è possibile — esaminare il comportamento dell'acutezza visiva e specialmente del campo visivo, che ci orienta qualche volta con sicurezza assoluta verso la diagnosi di sede.

La paralisi poi può estendersi a tutti i centri oculomotori (oftalmoplegia totale del III°-IV°-V° paio) con ptosi, immobilità del bulbo, midriasi e cicloplegia.

Una forma progressiva di paralisi è l'oftalmoplegia nucleare che colpisce l'uno dopo l'altro tutti i muscoli estrinseci oculari, risparmiando solo lo sfintere dell'iride e il muscolo ciliare.

In questi infermi è caratteristico l'aspetto che assume il viso (facies di Hutchinson) dovuto alle palpebre cadenti, occhi immobili e fronte corrugata.

Nella maggior parte dei casi l'oftalmoplegia cronica non costituisce una malattia a sè, ma è un prodromo di malattie del sistema nervoso centrale, quali ad esempio la tabe dorsale, la paralisi progressiva, le affezioni sistematiche combinate del midollo spinale, della sclerosi a placche, la paralisi bulbare progressiva. Frequentemente è seguita da tabe, i cui sintomi possono svilupparsi solo dopo 5, 6, 7 anni e più tardi ancora.

Le paralisi associate di lateralità (paralisi degli oculogiri), le associate dei movimenti verticali, di convergenza e di spasmo di convergenza, sono dovute ai rapporti anatomici che a livello del peduncolo e del ponte contraggono le radici dei nervi dell'oculomotore con le vie motrici piramidali e sensitive.

* * *

Un esame da praticare col massimo scrupolo è quello dei riflessi pupillari, non disgiunto da quello del margine pu-

pillare, perchè se l'assenza o l'esagerazione di un riflesso possono darci utilissime indicazioni, non meno preziosa sarà la presenza di una pupilla irregolare.

Secondo alcuni AA. infatti, l'irregolarità del margine pupillare sarebbe frequente nella paralisi generale progressiva, dal 58 al 75 %, nei casi di sifilide accertata nel 15 % e il 55 % in quelli che datano almeno da tre anni.

La pupilla ovalare è attribuita a contrazioni irregolari dei muscoli iridei, per una lesione organica limitata ad un settore del plesso nervoso ciliare o ad una parte del ganglio ciliare. A volte poi la pupilla subisce un rapido allargamento e restringimento detto *hippus*, proprio dell'insufficienza aortica, dell'anemia cerebrale intensa e ripetuta delle sclerosi multiple, tabe, epilessia e isterismo.

Fra le miosi o restringimenti pupillari ci riguarda specialmente la forma paralitica frequente nei tumori mediastinici e dell'esofago, nelle affezioni broncopolmonari, nella sifilide cerebrospinale, tabe, ecc.

La midriasi, o allargamento pupillare, se spastica, si riscontra nei processi tubercolari del polmone, nell'infiammazione della pleura e dei gangli mediastinici e nelle lesioni aortiche.

L'anisocoria più comune è la midriasi dovuta a lesioni del sistema iridocostrittore; vi si può associare paralisi di parte o di tutti i muscoli innervati dal III° paio. I quadri clinici così variano secondo che si tratti di lesioni orbitarie, del tronco, delle fibre radicolari o dei nuclei.

Le anisocorie da lesioni del sistema iridodilatatore possono dipendere da affezioni dentarie, da aneurismi o ingrandimenti dell'aorta (simpatico). 1° La le-

sione può aver sede nel tratto compreso fra il trigemino e il globo oculare, cioè nei nervi ciliari lunghi; 2° nel segmento comune col trigemino, giacchè come è noto, le fibre iridodilatatrici raggiungono il trigemino, o al livello del ganglio di Gasser, o al punto di biforcazione dell'oftalmica; 3° nel segmento che va dal ganglio cervicale superiore al ganglio di Gasser; 4° nella radice cervicale in seguito a ferite, traumatismi, adeniti od adenopatie, ascessi da Pott, affezioni e tumori dell'esofago, aumento di volume della tiroide per infiammazione o gozzo semplice, o per tumori.

Il riflesso fotomotore poi, può essere torpido in seguito ad arteriosclerosi (fatto comune nei vecchi); può essere abolito in tutti due gli occhi (fenomeno di Argyll Robertson). Raramente si riscontra in un occhio solo, nel qual caso la pupilla miotica, colpita dalla luce, resta immobile, non solo alla stimolazione diretta, ma anche alla consensuale (Babinski), perchè, secondo le teorie classiche, si determinerebbe una rottura delle connessioni, tra nervo ottico, corpo genicolato esterno e tubercolo quadrigemello anteriore dall'una parte, con il nucleo pupillare fotomotore del III paio dall'altra.

Oggi però, predomina il concetto che la lesione determinante l'abolizione di questo riflesso abbia sede nel ganglio ciliare.

La presenza di questo segno depone, in linea generale, per una affezione luetica dell'asse cerebro-spinale in tutte le sue possibili manifestazioni: si è riscontrato anche come forma congenita nella sifilide ereditaria. L'Argyll Robertson si riscontra nel 70 % dei casi di lue, nella paralisi generale progressiva nel 47 %.

* * *

Sintomi oculari non mancano anche nelle disfunzioni delle ghiandole a secrezione interna come nel caso delle sindromi tiroidee, in cui si notano: esoftalmo bilaterale, dilatazione della fessura palpebrale e mancato sinergismo fra abbassamento del bulbo e palpebra superiore dovuto all'ipertono della muscolatura elevatrice della palpebra superiore; intensa colorazione nerastra della palpebra, dovuta a iposurrenalismo, iperemie congiuntivali accessuali; complicanze corneali e particolare lucentezza della cornea nei Basedowiani, per l'eccesso di umidità; in alcuni casi eccesso ed in altri deficienza di lacrimazione, dilatazione delle arterie retiniche, polso retinico.

Nell'ipotiroidismo molto spesso agli edemi palpebrali (simili a quelli delle nefriti) si associano la perdita delle sopraciglia, limitata specie al terzo esterno, cheratite parenchimatosa, non escluse altre alterazioni delle membrane profonde.

Alla tetania paratireopriva si attribuisce l'insorgenza della cataratta perinucleare, o zonulare; alla disfunzione delle paratiroidi la sindrome cosiddetta della sclera bleu e all'azione dell'ipersurrenalismo sui vasi, l'etiologia del glaucoma emotivo.

Nell'iperpituitarismo (acromegalia) è caratteristica l'emianopsia, legata alla compressione esercitata sul chiasma.

Molti A.A. attribuiscono anche il catarro primaverile, il glaucoma, la cataratta, il cheratocono, il distacco di retina, e certi disturbi circolari a disfunzioni endocrine.

* * *

Le intossicazioni endogene, o auto-intossicazioni vengono determinate dal passaggio in circolo di sostanze tossiche per l'alterato ricambio di vari organi, dell'intestino e nei vari tipi di ustioni.

Le sostanze tossiche, assorbite attraverso il tubo digerente agiscono sull'occhio modificandone la motilità intrinseca (anisocoria) e determinando qualche volta ptosi, diminuzione di convergenza, astenopia, ipersensibilità alla luce e alterazioni del campo visivo.

Fra le intossicazioni esogene sono in prima linea quelle dovute ad intollerabilità di medicamenti (come nei casi di cure arsenicali intense) nelle quali le conseguenze per la vista sono gravi.

L'ambliopia e l'amaurosi possono avere nelle intossicazioni saturnine una insorgenza brusca o svilupparsi lentamente. Il disturbo visivo che compare e scompare rapidamente non lasciando alcuna traccia è l'amaurosi acuta da piombo; questa forma transitoria inizia senza sintomi premonitori, raggiunge in qualche ora il massimo sviluppo, determinando una vera e propria cecità bilaterale e a volte in diverso grado per i due occhi. Raramente l'amaurosi rappresenta il primo sintomo di intossicazione gravissima.

L'ambliopia dell'idrargirismo cronico è sostenuta da una neurite retrobulbare.

L'esame oftalmoscopico fa rilevare, negli avvelenamenti cronici da ossido di carbonio, dilatazione e tortuosità delle arterie e delle vene, lieve offuscamento della papilla e della retina nella parte peripapillare e a volte anche emorragie preretiniche.

Alcuni AA. hanno osservato anche disturbi muscolari e hanno messo in rap-

porto il nistagmo dei minatori all'azione tossica dell'ossido di carbonio. La nicotina e l'alcool determinano il quadro classico della neurite retrobulbare cronica con la caratteristica cecità diurna o nictalopia; le persone affette hanno la impressione di vedere meglio al crepuscolo, e alla sera non hanno più il tormento dell'abbagliamento.

La forma tossica da alcool insorge lentamente con disturbi visivi, annebbiamenti passeggeri, diminuzione del visus e spesso nictalopia; gli ammalati dicono talvolta di vedere durante il giorno gli oggetti come se fossero avvolti da una leggera nebbia grigio-bluastro e le persone sembrano loro estremamente pallide.

L'atrofia ottica da alcoolismo è sempre bilaterale: un occhio, però, può essere colpito prima dell'altro. All'esame del fondo si nota quasi sempre un accentuato pallore della metà temporale della papilla, spesso a forma di cuneo. Questa lesione che si stabilisce dopo alcune settimane o mesi dai primi sintomi fu riscontrata nel 10-13 % degli alcoolizzati affetti da delirio. Il comportamento del campo visivo è caratteristico ed uniforme; mentre la zona periferica è perfettamente normale, al centro esiste sempre uno scotoma relativo più esteso verso il lato temporale che verso quello nasale; e l'intensità delle lesioni funzionali va diminuendo dal centro alla periferia. Gli scotomi, per i singoli colori, sono differenti tra di loro; quello per il verde è maggiore di quello per il rosso e questo a sua volta è superiore a quello per il bleu; si differenzia così a volte le neurite retrobulbare da alcool dalle ambliopie per neuriti retrobulbari da altre cause.

L'abbassamento visivo nell'intossica-

zione chininica precede ogni altro sintomo; spesso vi si associa midriasi e in breve tempo si può sviluppare una amaurosi completa. La papilla è perlacea, i vasi filiformi, la retina edematosa: un quadro cioè di tipico spasmo vascolare dell'arteria centrale della retina. Tuttavia la vista, eccetto alcuni casi, dopo qualche tempo comincia a ritornare.

La precoce sottigliezza delle arterie retiniche, nell'intossicazione chininica, mostra la grande importanza che il fenomeno angio-spasmo assume nella genesi dell'amaurosi chininica e nella atrofia ottica da questa determinata, indipendentemente dall'azione tossica esercitata dal veleno sulle fibre del nervo ottico.

In conseguenza di cure arsenobenzoliche si sono rilevate numerose complicazioni come: intossicazione del nervo ottico, seguita qualche volta da irreparabile processo di atrofia. Le indagini hanno dimostrato che sono specialmente le forme di atrofia ottica primaria che risentono in modo deleterio dell'azione tossica dell'arsenobenzolo, e quindi, in questi casi, il suo uso deve essere assolutamente proscritto.

Oltre che per gli arsenobenzoli, neuriti retrobulbari od intrabulbari e atrofia ottica, si sono riscontrati in conseguenza di intense cure arsenicali come l'atoxyl, cui si debbono parecchi casi di cecità.

* * *

Tra le malattie del ricambio meritano menzione:

a) La gotta, nella quale i fenomeni premonitori scompaiono sovente dopo il primo attacco (edema delle palpebre, irritazione congiuntivale, mosche volanti, paralisi passeggera dei nervi dell'occhio,

irite, sclerite). In questa malattia possono insorgere anche irite pseudoglaucomatosa, periostite gottosa, tonfi delle palpebre, della cornea, della sclera, sclerite pseudorosacea recidivante ecc.

b) Il diabete, nel quale le lesioni oculari si presentano dal 20 al 70 % e precisamente, orzaiuoli recidivanti e blefariti, iriti, cataratte diabetiche.

* * *

Nelle malattie infettive, a decorso cronico (tbc., sifilide e malaria), tutte le membrane dell'occhio, nessuna esclusa, possono venir interessate.

L'infezione tubercolare determinatasi per via esogena — attraverso le palpebre, congiuntiva, cornea, vie lacrimali — rappresenta una manifestazione unica e primaria della malattia, ma bisogna sempre prendere in considerazione la predisposizione organica. Oltre i suddetti tessuti, la sclera, l'uvea, e il nervo ottico possono esser lesi per via endogena e presumere quindi nell'organismo l'esistenza di un processo tubercolare che spetta al medico generico ricercare e localizzare.

Se noi ben osserviamo, alcune manifestazioni tubercolari sono nettamente differenziabili già all'esame clinico; per esempio, un tubercolo miliare della corroide, un nodulo tubercolare dell'iride ecc., perchè dotati di caratteristiche ben definite; altre volte invece possiamo essere indecisi se si tratti di una affezione di altra natura e soprattutto di quelle sifilitiche.

Per esempio, nella iridite essudativa i sintomi sono quasi identici tanto se la malattia ha un fondamento tubercolare, quanto se ha un fondamento sifilitico.

La diagnosi differenziale, quindi, deve essere molto scrupolosa; ma di frequente, il solo esame clinico della lesione, reso oggi più preciso dall'uso del microscopio vivente, può consentire un orientamento etiologico certo.

In questi casi la diagnosi differenziale si deve poggiare anche sulle ricerche più comuni di laboratorio come la reazione di Wassermann, di Von Pirquet, ecc.

Nei bambini, con stimate ereditarie, e con una lesione che, per le sue caratteristiche, fa sospettare moltissimo un'affezione tubercolare, la questione è più complicata. Allora oltre a tutti i comuni elementi, che possono sussidiarci nella diagnosi, si deve dare maggior valore all'effetto curativo. Infatti mentre un'affezione tubercolare cede molto lentamente alle cure generali, un'affezione sifilitica generalmente cede con grande rapidità ad un trattamento appropriato.

Legata in certo modo alla tubercolosi, senza esserne, però, una diretta estrinsecazione, è la cheratocongiuntivite flitturnolare. Le teorie infatti, moderne tendono ad ammettere che negli individui, che hanno un focolaio tubercolare, le tossine dei bacilli di Koch, attraverso il circolo sanguigno, vengono portate ai tessuti, diminuendone i poteri di resistenza alle cause nocive esterne, aumentandone la sensibilità e producendo una irritazione, che sarebbe seguita da una reazione particolare. Così i germi patogeni, quando giungono in determinati punti della congiuntiva predisposta dall'azione delle tossine attraverso lo strato epiteliale, determinerebbero iperemia, essudazione di linfa ed infiltrazione cellulare sotto forma di una flitturna. In questo modo si avrebbe l'associazione di una causa esogena ad una endogena.

E' utile ricordare che una cicatrice palpebrale con entropion, può esser la testimonianza di un antico processo tubercolare della palpebra. Ma la tubercolosi palpebrale può presentarsi anche sotto forma di modulo sottocutaneo e di ascesso freddo intrapalpebrale. Quando la lesione ha origine nel frontale e più specialmente nell'osso malare, a mezzo di uno specillo possiamo esplorare il tramite ulcerativo e sondare la zona di osso cariato; così pure la palpazione ci fa rilevare irregolarità del bordo orbitario. Raramente l'ulcerazione cutanea è in diretto rapporto con una tubercolosi della ghiandola lacrimale.

Caratteristiche sono le ulcerazioni, i noduli e le vegetazioni della congiuntiva tarsale, la congiuntivite flitturnolare, la tbc. miliare e conglomerata della corioide, il tubercoloma retrobulbare e la neurite tubercolare di natura tossica.

Tutti i tessuti oculari, nessuno escluso, possono venir colpiti dalla tbc.

Per la sua diagnosi precoce nelle affezioni dell'apice polmonare, ha importanza la dilatazione spastica della pupilla dovuta ad irritazione del simpatico.

Alla midriasi spastica può sostituirsi una tipica sindrome di Claud Bernard Horner (miosi, lieve ptosi ed enoftalmo) dovuta in questo caso a paralisi del simpatico. Ed infatti i rapporti tra la cupola pleurica ed il primo ganglio toracico con i suoi rami comunicanti, spiegano questi fenomeni, come fatti di eccitamento e di paralisi.

La sifilide, similmente alla tubercolosi, può manifestarsi su tutti i tessuti dell'occhio e dei suoi annessi; notiamo delle differenze tra la forma congenita e quella acquisita.

Nella prima rileviamo: le malforma-

zioni congenite sotto forma di coloboni iridei, microftalmia e buftalmia: i difetti di motilità (strabismo congenito, ni-stagmo) legati ad irregolarità o ad arresto di sviluppo dell'occhio; la cheratite interstiziale e le lesioni del fondo oculare.

La sifilide acquisita tra le manifestazioni primitive, presenta il sifiloma iniziale della palpebra e della congiuntiva, abbastanza raro e la cui diagnosi non è molto facile; a ciò gioveranno le reazioni sierologiche e il risultato della terapia.

Manifestazioni secondarie delle palpebre sono la caduta delle ciglia, presenza di condilomi, papule, gomme senza dimenticare quelle a carico della congiuntiva, ghiandole e vie lacrimali, sclera, cornea, iride, coroide, retina e nervo ottico.

Nella malaria le complicanze oculari sono presenti nel 20 % dei casi. Spesso all'amaurosi transitoria può seguire un'amaurosi definitiva, non escluse le alterazioni corneali, iride e del fondo.

I malarici, indeboliti ed esauriti dalla infezione vanno incontro ad opacità del cristallino; la cataratta non è altro allora che l'espressione della grave debilitazione organica.

* * *

E' superfluo rilevare che, almeno parecchi disturbi e malattie dell'apparato cardio-vascolare si ripercuotono, in modo più o meno evidente, sui vasi oculari, come pure le membrane dell'occhio risentono l'azione delle varie alterazioni della crasi sanguigna.

Spesso anzi esiste una certa indipendenza fra comportamento dell'apparato circolatorio sanguigno dell'occhio e quel-

lo vascolare generale; è noto, infatti, che l'occhio possiede già fisiologicamente dei mezzi regolatori della corrente circolatoria, per cui le modificazioni di pressione, sistolica e diastolica, sono ridotte al minimo; altrimenti la funzione visiva verrebbe disturbata.

Così qualche volta nelle alterazioni più diffuse dell'apparato cardio-vascolare i vasi dell'occhio possono essere indenni, mentre gravi lesioni nei vasi oculari, spesso anche monoculari, si rilevano senza che in altri settori del sistema vascolare generale risultino modificazioni evidenti o, comunque, rimarchevoli.

Nello studio dei rapporti tra apparato visivo e apparato cardio-vascolare si devono tener presenti condizioni e fenomeni di natura fisiologica e le condizioni patologiche.

Il riflesso oculo-cardiaco del Dagnini, che consiste nel rallentamento del cuore per qualsiasi compressione sul globo (ematomi orbitari, iniezioni sottocongiuntivali e retrobulbari di liquidi irritanti, ecc.), nei disturbi del ritmo cardiaco e specialmente nelle bradicardie, ha un interesse pratico, perchè permette di stabilire una distinzione fra le bradicardie vagali e quelle miocardiche, giacchè solo nelle prime la compressione oculare determina dei rallentamenti considerevoli del polso che superano a volte le 25 pulsazioni al minuto.

Il riflesso è positivo nelle gastroneurosi per l'ipereccitabilità del vago. Nei basedowiani è in generale molto esagerato. Negli epilettici, prima della crisi, è più forte. In militari, affetti da sifilide secondaria, se ne è riscontrata frequentemente l'abolizione; questo riflesso ha assunto ora nella neurologia vegetativa

la medesima importanza che il riflesso rotuleo ha nella neurologia di relazione.

Esso permette infatti di constatare la eccitabilità rispettiva del vago e del gran simpatico nel momento considerato.

Se il rallentamento è maggiore di 12 pulsazioni al minuto il riflesso è positivo; da 4 a 12 per minuto è normale; senza alcun rallentamento od inferiore a 4 pulsazioni al minuto è nullo. Esso è invertito, quando in assenza di qualsiasi emozione o dolore, il rallentamento del polso è sostituito dall'accelerazione. Nei casi di riflesso positivo, si parla di vagotonia, se nullo od inverso di simpaticotonia. Infatti il riflesso oculo-cardiaco deve essere considerato come un riflesso trigemino-simpatico-vagale.

Il polso arterioso retinico non si riscontra mai in condizioni normali; si può avere nell'aumento di tensione endoculare, nell'insufficienza aortica associata ad ipertrofia cardiaca, nel morbo di Flaiani-Basedow, nella clorosi, nell'anemia generale, nella insufficienza della tricuspide, meno evidente nell'insufficienza mitralica.

Il polso venoso retinico invece può osservarsi molto bene nell'occhio normale. Se esploriamo la pupilla con una lente di ingrandimento si possono qualche volta mettere in evidenza le pulsazioni dei vasi iridei, cioè ad ogni sistole il foro pupillare si contrae e ad ogni diastole si dilata (polso pupillare).

La contrazione può essere esagerata, per esempio in certe cardiopatie, mentre può essere ridotta, come frequentemente nei vecchi, per lesioni sclerotiche localizzate ai vasi iridei; inoltre nell'ipertensione endoculare, nell'insufficienza aortica, con contemporaneo polso arterioso.

Il ritmico arrossamento della papilla ottica, nella sistole, ed il successivo pallore nella diastole, costituisce il polso capillare, proprio della insufficienza aortica.

Speciale importanza poi hanno gli spasmi dell'arteria centrale della retina e dei suoi rami; perchè la regione colpita è solo la regione maculare e la diminuzione visiva è di solito non inferiore a 5/10. Oltre allo spasmo dell'arteria centrale si deve ammettere anche uno spasmo nei vasi capillari, al quale spesso sono dovuti caratteristici abbassamenti visivi e all'esame oftalmoscopico modificazioni della regione maculare.

Gli angiospasmii possono essere in rapporto ad ateroma, arterite specifica, ecc. a sindrome di Raynaud; ad intossicazioni endogene (nefrite, ipertonia essenziale, emicrania oftalmica e forse anche epilessia essenziale); ad intossicazione esogena (chinino, nicotina, piombo, parassiti intestinali).

Le emorragie retiniche sono in rapporto ad arteriosclerosi e ad altre affezioni vasali (lue, nefrite, diabete, ecc.); a malaria, anemie gravi; nelle donne a disturbi mestruali, gravidanze, ecc.

La ipotensione arteriosa retinica, con pressione generale normale, depone quasi sempre, quando non vi siano lesioni oculari, per una ipotensione del liquido cefalo-rachidiano o alterazioni della circolazione cerebrale. Questo si può verificare anche nelle arteriti obliteranti, negli esoftalmi pulsatili. L'ipertensione arteriosa solitaria ora si ritiene che si accompagni, quasi sicuramente, alla ipertensione intracranica; e spesso è solo la ipertensione retinica che indirizza verso questa diagnosi in assenza

di altri segni clinici generali ed oftalmoscopici e il dato più importante è rappresentato dalla pressione arteriosa diastolica. Le lesioni arteriosclerotiche dell'apparato visivo possono concomitare ad una arteriosclerosi generalizzata; oppure l'arteriosclerosi oculare può essere primitiva.

All'esame oftalmoscopico rileviamo un caratteristico aspetto sinuoso delle arterie retiniche, opacamento ed ispessimento della parete e contemporaneo assottigliamento della colonna sanguigna. Se vi si accompagna poi una ipertrofia cardiaca possono comparire anche emorragie o trombosi della vena centrale.

L'arteriosclerosi delle arterie, che nutrono il nervo ottico, può portare ad una atrofia del nervo stesso; ad un'ambliopia ed amaurosi generalmente unilaterale, messa in rapporto eventualmente ad aterosclerosi della carotide interna e dell'oftalmica, come è stato dimostrato spesso all'autopsia.

* * *

Le affezioni dell'apparato digerente, per esempio le amebiasi, si possono accompagnare ad una iridociclite torpida. In questi casi il trattamento specifico contro l'ameba, determina la guarigione totale e completa della malattia oculare.

Siccome i sintomi oculari sono analoghi a quelli dell'iridociclite cronica, la diagnosi differenziale deve essere fatta con l'aiuto dell'esame delle feci.

Nelle elmintiasi per l'assorbimento nell'intestino di sostanze tossiche, sono facili i disturbi dell'innervazione intrinseca dell'occhio come, midriasi monolaterale, disturbi dell'accomodazione e qualche volta neuriti a tipo retrobulbare.

Nei neoplasmi dell'esofago dati i rapporti di questo col simpatico spinale, si può avere la sindrome di Claud Bernard Horner.

Nei carcinomi dello stomaco e dell'intestino, metastati alla coroide e al nervo ottico.

Dal punto di vista oculare lo sviluppo del tumore metastatico non presenta caratteristiche degne di nota; ma spesso è stata la biopsia sul globo enucleato che ha richiamato l'attenzione sul neoplasma primitivo. Nelle malattie del fegato alla tinta itterica della congiuntiva, si associa spesso la xantopsia, l'emeralopia, alterazioni corioretiniche ed emorragie congiuntivali. Il fegato deve essere particolarmente tenuto presente nelle metastasi che sogliono dare i sarcomi generalmente melanotici del tratto uveale.

Nell'appendicite cronica si riscontra midriasi pupillare, mentre nelle nefriti edema palpebrale bilaterale, specie alla palpebra inferiore, neuroretinite nefritica e amaurosi uremica.

Le alterazioni oculari, di origine genitale, nella donna, sono rappresentate nella pubertà da blefariti, cheratiti, iriti, distacco di retina, emorragie oculari, neurite ottica, ecc.; nel periodo mestruale da disturbi visivi, della sensibilità, della motività oculare, alterazioni palpebrali e congiuntivali ed emorragie vicarianti; nella menopausa da disturbi astenopeici, restringimento progressivo del campo visivo, neurite ottica, retrobulbare, irite, coroidite, glaucoma, atrofia del nervo ottico, distacco retinico, ecc.; nella gravidanza da pigmentazione della cute palpebrale, emeralopia, scollamento retinico, esoftalmo pulsante, emorragie retiniche, retinite gravidica.

* * *

Nelle affezioni del simpatico cervicale può riscontrarsi il sintoma di Hanel (dolorabilità dei bulbi alla pressione, nella spinta verso il pavimento orbitario), mentre la mancanza dimostrerebbe sifilide nervosa, specialmente tabe.

Così nei tumori cerebrali, ai sintomi generali si accompagna spesso la papilla da stasi.

Speciale menzione devono avere i tumori della sella turcica, nella sindrome ipofisaria, con alterazioni ossee, nelle quali riscontriamo anche alterazioni del campo visivo. In questi casi è di valido aiuto l'esame radiologico.

Le atrofie primarie soggettivamente sono caratterizzate da abbassamento progressivo dell'acutezza visiva fino alla cecità, riduzione concentrica progressiva del campo visivo per il bianco e per i colori, riduzione del senso luminoso e della sensibilità cromatica nella quale la visione per il verde è la prima ad essere compromessa; i limiti perimetrici possono essere molto precocemente ristretti, e ciò acquista un significato patognomonico nell'atrofia del nervo. Può dipendere da ateromasia dell'arteria oftalmica, da tumori ipofisari, da processi intossicativi (alcool, tabacco, piombo, nicotina, chinino, felce maschio).

La papilla da stasi, ha notevole importanza nella diagnosi dei tumori cerebrali e nell'idrocefalo cronico (per tumori intendiamo in senso largo, gli ascessi cerebrali, gli ematomi, le cisti da entozoaarie, i tubercoli solitari e le gomme).

La neurite ottica retrobulbare non è, di solito, accompagnata da un segno obiettivo, poichè è caratterizzata soltanto da un difetto di funzione delle fibre

maculari. Si fa diagnosi di neurite retrobulbare anche quando all'oftalmoscopio si trovano modificazioni di poco valore, sia a tipo flogistico che degenerativo della papilla, come, soffiatura di bordi palpebrali, lieve edema della papilla, pallore papillare, soprattutto al lato temporale.

Oggi il problema dell'etiologia e della patogenesi della neurite retrobulbare, non interessa solo gli oculisti ma ha preso una estensione considerevolissima ed ha assunto un grande valore ai fini della diagnostica medica generale.

La neurite ottica retrobulbare infatti si può presentare in moltissime affezioni, come abbiamo già avuto modo di ricordare e specialmente nelle intossicazioni esogene, in quelle endogene (gotto, diabete); nelle malattie infettive croniche (sifilide, tubercolosi, malaria); nelle lesioni del nervo ottico, nei tumori sellari e nell'aneurisma arterioso del Willis.

Aggiungendo quindi alla medicina delle assicurazioni anche la specialità oculistica, maggiori sono, senza dubbio, i mezzi di ricerca a disposizione.

Dato che la medicina delle assicurazioni vita si basa tutta sulla diagnosi precoce, di grande vantaggio risulterà l'utilizzazione dell'indagine oculistica per l'Ente assicuratore.

Notevole incremento potrà ritrarre da tale metodo di ricerca la medicina preventiva, la quale mira a prolungare la vita umana ed occupa di già oggi, accanto alle altre scienze, un posto importante, segnalato. E a tale posto è salita soprattutto per il valido e costante impulso che ad essa ha dato e dà di continuo l'I.N.A. attraverso i suoi numerosi Consultori istituiti in molte città d'Italia.

VALUTAZIONE SPECIALE DEI RISCHI NELL' ASSICURAZIONE VITA

del Dr. STURM GIUSEPPE

Medico capo della « Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft ».

Pubblicato in « Deutschen Versicherung suirtschaft » - Berlino, 1937.

Il presente lavoro si occupa dei compiti che spettano al medico di assicurazione incaricato della selezione dei rischi, esso riferisce le basi ed i metodi che vengono applicati nei singoli casi per la valutazione dei rischi (« valutazione speciale dei rischi »). I tassi statistici esposti si basano sulle osservazioni fatte nel portafoglio della Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft.

A) MODALITA' CIRCA IL LAVORO DEL MEDICO INCARICATO DELLA CERNITA DEI RISCHI.

Premessa relativa ai rischi. — Nel valutare i rischi nella medicina assicurativa Vita, noi dividiamo i candidati in due gruppi principali, cioè in rischi normali ed in quelli non normali; questo secondo gruppo si ripartisce nuovamente in rischi adattati e rischi tarati oppure, come più propriamente li denominiamo, in rischi tariffati.

Per rischi normali si intendono i candidati i quali, all'atto della loro accettazione in assicurazione, presentano condizioni ottime in ogni senso, cosicchè la loro mortalità corrisponde ogni volta alla tavola di mortalità. Per rischi adattati si intendono quei candidati i quali, agli effetti tecnico-assicurativi, presentano soltanto una piccola tara, cosicchè essi possono essere adattati anche ai gruppi normali con un leggero soprapremio. Nei rischi tarati invece la tara è talmente grave che essi non possono essere assicurati secondo la tabella normale di mortalità.

Rischi normali. — Il lavoro originario del medico di assicurazione, consisteva in ciò: che dalla massa dei candidati si dovevano stralciare quei candidati che dovevano ritenersi sani e quindi assicurabili. Questo lavoro nel corso del tempo fu migliorato nel senso che si accettarono quali normali anche quei rischi i quali potevano far sperare che la loro mortalità avrebbe trovato corrispondenza in quella dei rispettivi gruppi di età. Si trattava, anche con questo metodo migliorato, in gran parte di rischi clinicamente sani. Nel corso del tempo si presenta però un altro numero di casi per i quali il medico clinico sollevò qualche eccezione sanitaria, ma però il medico di assicurazione potè notare che il tasso di mortalità si manteneva ancora entro i limiti della tavola di mortalità. Questi casi perciò poterono ugualmente essere accettati ancora a premio normale.

Rischi tarati. — Però già da tempo si era riconosciuto che i compiti della medicina assicurativa non si esaurivano con l'operazione di stralcio dei casi assicurabili. Ci si dovette sempre più persuadere della necessità di estendere la copertura a zone sempre maggiori di persone non esenti da tare e persino ammalate e di trovare i mezzi atti a fissare la presunta mortalità in quelle persone e quindi di uniformare il rischio tariffato di queste persone.

Come fu possibile alla medicina assicurativa vita corrispondere a questo compito tanto importante? Non era pos-

sibile raggiungere ciò con metodi puramente clinici; questi costituivano veramente le basi, però per l'utilizzazione di essi si dovettero cercare nuove vie. Queste furono trovate dalla medicina assicurativa vita servendosi, oltrechè della medicina clinica, in misura sempre maggiore dei metodi statistici moderni.

Combinazione dei metodi clinici e statistici. — Con la combinazione di questi due metodi, cioè esaminando e selezionando i singoli casi clinici e sfruttando tanto il singolo caso quanto i singoli gruppi con criteri e lavori statistici, fu possibile procedere ad una suddivisione ed al raggruppamento di tutto il nostro materiale di rischi tarati. Stabiliti così i singoli gruppi di mortalità è stato possibile fissare la sopramortalità media fra questi gruppi. Inoltre questo metodo combinato di lavoro ci offre la possibilità di riesaminare e perfezionare, con l'esperienza quanto si è raggiunto e di allargare sempre più i gruppi cosicchè, ci fu anche possibile estendere l'assicurazione, in misura sempre crescente, ad altre e maggiori tare.

In alcuni casi il lavoro medico relativo ai rischi tarati procede in tal modo che i singoli fattori di ogni rischio, cioè l'ereditarietà, la costituzione, l'anamnesi, le attuali condizioni di salute, la professione ed il regime di vita vengono valutati separatamente, tenendo conto dell'età; da ciò deriva quindi la sopramortalità del relativo candidato e quindi la sua appartenenza ad un gruppo speciale di rischi.

B) CRITERI PER LA VALUTAZIONE DEI RISCHI.

Per la valutazione dei rischi è necessario tener conto di una serie di criteri, che noi ripartiamo nei seguenti tre gruppi principali:

Anzitutto viene esaminata l'ereditarietà,

le misurazioni somatiche, l'anamnesi con le malattie avute dal candidato; seguono poi i risultati della visita fatta dal medico fiduciario e da ultimo il sesso e l'età. In secondo luogo viene il criterio relativo al rischio morale, che presenta ogni singolo candidato ed il terzo criterio è costituito dalle condizioni esterne in cui l'assicurando vive, (professione, domicilio, abitudini di vita, ambiente, ecc.).

a) LA NATURA INTERNA DEL CANDIDATO.

L'ereditarietà. — Di grande importanza per la valutazione dei rischi è lo studio dell'ereditarietà. L'ereditarietà, ha un'influenza determinante sullo sviluppo di una malattia.

Quale è l'influenza esercitata dall'ereditarietà sullo sviluppo di malattie, si vede chiaramente da una statistica della Gothaer Lebensversicherungsbank. Essa presenta le cifre seguenti: la percentuale dei morti per tubercolosi fu dell'11,63 % di tutti i morti osservati. Questa percentuale subiva un aumento al 23,7 % allorchè esisteva una tubercolosi ereditaria. Di malattie cerebrospinali morirono il 4,15 % negli ammalati ereditariamente la cifra salì all'11,3 %. Di affezioni cardiache e malattie renali morirono il 5,81 %, di tarati delle stesse malattie ereditariamente il 12,9 %. Di cancro la mortalità fu del 5,0 %, negli ereditariamente tarati per la stessa malattia del 9,3 %; per attacchi apoplettici il 12,13 % e nei tarati ereditariamente della stessa malattia il 18,6 %; da ultimo, mentre il suicidio in generale era dell'1,8 %, questa cifra aumentò al 3,1 % per coloro che erano ereditariamente affetti della stessa tara. Queste cifre dimostrano più eloquentemente di qualsiasi altra teoria e di altre parole quale sia l'influenza dell'ereditarietà; giustamente la medicina assicurativa ritiene l'ereditarietà come uno dei

fattori più importanti, il più importante oltre alla costituzione e ne tiene conto al momento in cui valuta e giudica i suoi rischi.

Anche circa la brevità della vita oppure la longevità nella famiglia, il riesame delle condizioni ereditarie ci offre elementi molto importanti. E' un fatto confermato dall'esperienza che i candidati, discendenti da famiglie di breve vita, rappresentano rischi notevolmente peggiori di quelli provenienti da famiglie longeve.

Costituzione. — Oltre all'ereditarietà vediamo nella costituzione un altro momento molto importante per riconoscere la disposizione di un candidato ad una malattia. Per costituzione intendiamo il carattere fisico che si può esprimere oggettivamente con le misurazioni somatiche, quindi la struttura esterna del corpo, oppure « l'habitus » determinato dalle condizioni di nutrizione.

Che cosa ci dice nel singolo caso la costituzione del candidato? Siamo noi veramente nella possibilità di riconoscere la disposizione ad una data malattia con sicurezza ed al momento opportuno, prima che si sieno presentati segni evidenti della malattia e quindi possiamo noi valutare esattamente il rischio tarato? Nuovamente è la statistica la quale in questo caso ci offre un indice chiaro. Voglio dimostrare ciò con un esempio: la mortalità per tubercolosi per la totalità delle morti fu di 11,6 %, per gli affetti di tubercolosi ereditaria fu del 23,7 %: questa cifra sale al 34,9 % quando vengono presi in esame soltanto coloro i quali avevano presentato un « habitus phtisicus » più o meno accentuato.

Questi esperimenti hanno dimostrato quanto siano importanti l'esatta misurazione somatica e la determinazione del peso nei candidati. Si potè notare

che effettivamente l'altezza dei tubercolotici era la stessa delle persone sane, però la massa toracica degli assicurati morti di tubercolosi, era di circa 2/3 sotto il normale e la misura addominale e quella relativa al peso erano di circa 3/4 sotto il normale.

Anche la questione relativa al sovrappeso e quella relativa all'obesità sono di grande valore nell'apprezzamento del rischio.

Da una statistica apprendiamo che morirono di cardiopatie: il 9,4 % magri, il 14,8 % di media corporatura ed il 22,7 % adiposi. Le morti per apoplezia presentano le cifre corrispondenti: 4,9 %, 9,2 % e 12,3 %. Nei casi di mortalità per cardiopatie, ovunque in crescente aumento negli ultimi decenni, queste percentuali, secondo i nostri esperimenti, sono salite notevolmente.

E' poi da tener presente che cifre normali, relative alle dimensioni ed al peso, sieno molto differenti nei vari Paesi. Per es. per un giapponese tifico non si applicheranno le stesse basi che si impiegano per un grande e forte americano del nord. Per questa ragione, nel valutare tali rischi, si dovrà tener conto anche delle corrispondenti condizioni del paese.

Anamnesi. — Indice prezioso per la valutazione di un rischio sarà anche l'anamnesi esattamente esposta. Vi è una serie di malattie apparentemente innocue, superate in epoche precedenti, che si possono ripresentare in un secondo momento e degenerare in tubercolosi polmonare. Si sa anche che, come stadi consecutivi della scarlattina, si sviluppano delle nefriti gravi e dopo il reumatismo articolare si possono sviluppare delle malattie alle valvole cardiache ed al miocardio.

Da una statistica apprendiamo che in confronto ad 11 % di casi di morte

per tubercolosi, quale percentuale su tutti i casi di morte, la mortalità nei precedentemente affetti di scrofolosi fu del 19,7 %, quella degli affetti precedentemente di polmonite fu del 16,6 %. I casi di morte per cardiopatie e per malattie renali costituirono il 5,8 % di tutti i casi di morte, fra quelli che in questo caso furono precedentemente affetti di reumatismo articolare, morirono invece il 12,25 %. Interessanti furono anche i rapporti in coloro che furono precedentemente ammalati di sifilide.

Risultati dell'esame medico. — Di grande importanza è, inoltre, il reperto riscontrato dal medico fiduciario all'atto dell'esame. Naturalmente in tal caso si richiede che l'ufficio, incaricato della valutazione del rischio, si possa basare su rapporti, possibilmente molto esatti ed attendibilissimi, dei suoi medici fiduciari. Il migliore medico della società non potrà valutare esattamente un caso se il quadro del candidato non è descritto in modo sufficiente nel rapporto del medico fiduciario. Talvolta non è bastevole solo un esame; per forti capitali assicurati sarebbe raccomandabile di chiedere per principio degli esami a mezzo di due medici di fiducia (essi dovrebbero provvedere all'esame indipendentemente l'uno dall'altro), però si deve richiedere, almeno quando uno o più medici di casa sono indicati nel rapporto medico, che uno di questi rilasci un attestato. L'attestato del medico di casa si dovrebbe chiedere anche quando il reperto relativo all'esame su qualche fatto morboso verificatosi nel passato non è completamente chiaro. Inoltre, particolarmente per i capitali assicurati alti, è necessario provvedere ad un riesame, possibilmente a mezzo di uno specialista, di quell'organo che presenta una tara non completamente illustrata. Nelle malattie renali e nel diabete, secondo

un questionario prescritto, è necessario provvedere ad un esame dell'urina centrifugata per poter fissare esattamente il tipo ed il grado della relativa nefrite e la gravità del diabete, elementi assolutamente necessari per esprimere un giudizio sul rischio.

b) VALUTAZIONE MEDICA DEI SINGOLI GRUPPI DEGLI ORGANI.

Nel trattare i singoli gruppi degli organi, mi limiterò a tener conto in modo particolare dei risultati più recenti ottenuti con le indagini.

Organi della circolazione. — Le affezioni cardiache e quelle vascolari danno le più alte percentuali di morti. La causa di questa mortalità alta nelle cardiopatie e nelle affezioni vascolari non è chiarissima, sembra che in questo caso concorrono vari fattori. Comunque è assodato che la mortalità di questo gruppo di tare è grande già da tempo e che anche negli ultimi anni essa è andata aumentando. Per questa ragione dobbiamo usare molta prudenza prima di valutare questi rischi.

Si dovranno perciò accertare gli esatti limiti dell'aia cardiaca relativa e assoluta, procedere all'ascoltazione dei toni, alla misurazione del polso e della pressione, tutto deve essere in condizioni normali.

Se queste condizioni non sono constatate si dovrà ammettere che si tratta di rischio tarato ed esso dovrà essere valutato corrispondentemente. In tal caso sempre si richiede per l'assicurabilità delle cardiopatie e delle affezioni vascolari che il cuore, senza tener conto di quale malattia si tratta, si trovi in buone condizioni di compenso cioè che il miocardio si adegui alle mutate condizioni. La funzionabilità del miocardio ha un'importanza grandissima in tutte

le cardiopatie, mentre la entità del vizio organico ha un'importanza minore. E' cosa particolarmente importante sapere quali parti del cuore possono prestare un'attività maggiore (i vizi delle valvole cardiache del cuore sinistro si devono giudicare con criteri più favorevoli che quelli del cuore destro). La morte di coloro che sono affetti da vizi alle valvole del cuore è determinata dalle condizioni del miocardio ipertrofizzato perchè il miocardio ipertrofizzato tende più facilmente, e prima alla degenerazione del miocardio normale. Tutti i vizi valvolari del cuore con fenomeni di scompenso (cioè quando il miocardio non può più adeguarsi alle variazioni patologiche) devono essere respinti dato che essi in ogni caso possono determinare la morte repentina e quindi è impossibile esprimere qualche prognosi sul rischio.

Disturbi nella pulsazione. — Nelle altre tare relative agli organi della circolazione si deve distinguere fra le aritmie più gravi (irregolarità nelle pulsazioni), le neurosi cardiache (disturbi nella pulsazione su base nervosa) e le vere malattie relative al miocardio. Molte aritmie sono benigne, però naturalmente si deve precisare con la maggior sicurezza possibile la loro origine. In questo caso l'elettrocardiogramma ci offre servigi preziosissimi. Anche la radioscopia del cuore, la quale, se il capitale assicurato lo acconsente, deve essere richiesta possibilmente in tutti i casi dubbi, è in questo caso un mezzo importante di aiuto. In un cuore röntgenologicamente normalissimo con elettrocardiogramma tipico, si tratterà di aritmie innocue ed al massimo, assicurabili, con un modesto aumento-premio. Le malattie organiche relative al miocardio si possono assicurare unicamente con un maggiore aumento-premio; anche in questo caso ha grande importanza lo

stato del miocardio, la dilatazione del miocardio e l'energia cardiaca.

Anche nell'angina pectoris vi sono dei casi sfavorevoli e favorevoli. Nessun rischio si deve rifiutare a priori; con un riesame scrupoloso, fatto con tutti i mezzi di cui si dispone, si possono stralciare i casi favorevoli i quali quindi possono essere assicurati con aumento-premio ed eventualmente con l'applicazione del sistema dello scaglionamento del capitale assicurato.

La pressione arteriosa. — Ancora voglio dire qualche parola sull'ipertonia o come essa viene chiamata ora, sulla pressione arteriosa. Mentre una volta si vedeva nella pressione arteriosa soltanto un sintoma, ora, invece, in molti casi, essa è divenuta una specie di malattia indipendente. Noi non ne conosciamo con certezza la causa, teoricamente essa può ricercarsi o in una supereccitabilità del centro dei vasomotori (regolamento dell'alimentazione dei vasi motori) oppure in una supereccitabilità degli elementi muscolari della parete vasale. Essa comincia in gran parte verso i 40 anni, negli uomini molto più spesso che nelle donne. Il decorso è alterno — l'ipertofia cardiaca sinistra può nel corso del tempo mancare alle sue funzioni; quale conseguenza si sviluppano in tal caso delle gravi lesioni al miocardio, le quali da ultimo causano lo scompenso. Però anche sotto l'influenza della maggior pressione nei vasi del cuore oppure nel cervello si possono formare dei veri processi arteriosclerotici, i quali conducono all'angina pectoris oppure alla apoplessia.

Vollhard ha creato per la ipertonia l'espressione « ipertensione rossa e bianca » secondo la loro patogenesi. Una causa eguale è ammessa da Sieberck per alcuni casi di ipertensione arteriosa particolarmente nei soggetti giovani; se-

condo la sua opinione l'ipertensione arteriosa in tali casi si deve ricercare in qualche malattia infettiva pregressa e precisamente delle arterie più piccole.

Comunque ogni ipertensione arteriosa deve essere senz'altro chiarita, prima che si provveda al suo giudizio; essa costituisce sempre un segnale di allarme. Per questa ragione noi abbiamo attribuito un'importanza particolare alla misurazione della pressione arteriosa nei nostri rischi tarati ed abbiamo seguito con maggiore attenzione l'andamento della mortalità nel gruppo di quei rischi i quali, all'atto della loro accettazione, presentano una maggiore pressione arteriosa.

Per giudicare la pressione arteriosa provvediamo alla misurazione della *Mx* e della *Mn*.

Quando la pressione arteriosa sistolica *Mx* supera 150 mm Hg o, la pressione diastolica *Mn* supera 105-110 mm. Hg., si dovrà provvedere almeno ad una seconda determinazione della pressione e precisamente al mattino dopo il riposo. Quando si tratta di forti capitali assicurati si richiede un esame di controllo a mezzo di uno specialista di malattie di cuore, con relativa radioscopia del cuore ed un'analisi chimica e microscopica dell'urina, determinazione del peso specifico e prova della concentrazione, allo scopo di determinare se si tratta di una ipertensione arteriosa persistente renale.

Se dall'esame supplementare risulta che la pressione è normalissima, che il cuore è sano, che i risultati dell'urina sono favorevoli secondo la nostra esperienza, non attribuiamo nessuna importanza particolare alla ipertensione constatata una volta sola e a condizione che essa non sia stata molto alta. Se però anche al momento della revisione si nota una ipertensione arteriosa, in tal caso noi applichiamo — anche se il risultato

dell'esame degli altri organi è normale — sempre un sovrappremio il cui ammontare dipende dal grado della pressione arteriosa (differenza fra la pressione arteriosa sistolica e quella diastolica) e dall'età del candidato. Se oltre alla maggior pressione arteriosa si presentano anche altre tare relative agli organi della circolazione oppure se i risultati relativi all'urina danno un peso specifico troppo basso, in tal caso l'assicurabilità dipenderà non soltanto dal grado di pressione arteriosa bensì anche dall'affezione fondamentale di cui la pressione arteriosa è un fenomeno consequenziale o accompagnatorio.

In generale siamo soliti rifiutare quei casi nei quali la pressione arteriosa suole eccedere notevolmente 180 mm. Hg.

Seguendo questa procedura ed applicando gli aggravamenti imposti dalle nostre esperienze statistiche, sinora, ad onta della mortalità abbastanza alta da noi notata, nei rischi affetti da ipertensione abbiano potuto segnalare, in occasione delle nostre revisioni annuali, un corso soddisfacente di mortalità.

Organi respiratori. — Negli organi respiratori hanno importanza per la valutazione dei rischi, particolarmente la bronchite, la pleurite ed in primo luogo la tubercolosi.

Circa i due primi gruppi c'è da dire relativamente poco. Un catarro bronchiale passeggero nell'anamnesi, il quale risulta guarito al momento della presentazione della proposta, non ha nessuna importanza su di un soggetto sano, di buona costituzione e immune da qualche tara tubercolare. Nei soggetti portatori di bronchite cronica, anche se al momento della presentazione della proposta essi sono affetti da catarro bronchiale, purchè non sia di natura tubercolare, si deve assodare la natura di questa malattia. Se la relativa causa non

sta in disturbi circolatori questi rischi non dovranno essere ritenuti molto preoccupanti perchè si tratta di candidati bene sviluppati e non affetti da affezioni tubercolari.

Nella pleurite bisogna sapere quando si è verificata l'ultima malattia e se e quali conseguenze sono rimaste. Inoltre ha importanza grande la costituzione, l'età ed una eventuale tara ereditaria di natura tubercolare. Se i fattori sono favorevoli, in tal caso non si deve attribuire importanza eccessiva ad una pleurite già superata.

Tubercolosi. — Nella valutazione dei rischi il posto più importante, fra le malattie polmonari, è occupato dalla tubercolosi. Nel giudicare il rischio, la medicina assicurativa ha subito negli ultimi decenni profonde trasformazioni. Mentre una volta la tubercolosi costituiva lo spettro spaventoso dell'assicurazione vita, la cui eliminazione dimostrava l'abilità del medico dell'assicurazione, ora invece la sua mortalità ha diminuito moltissimo. Circa il complesso della questione relativa alla tubercolosi si devono distinguere tre differenti aspetti: anzitutto il fattore infettivo — sappiamo oggi che esso ha un'importanza molto accessoria per il nostro giudizio nell'assicurazione vita. Il secondo fattore, cioè quello ereditario e quello costituzionale, al contrario è di capitale importanza — per il giudizio nella medicina assicurativa. Tanto l'ereditarietà, quanto la disposizione alla tubercolosi, espresse nello sviluppo deficiente del corpo e degli organi, quanto anche la costituzione del candidato, cioè la sua prestanta fisica, sono di importanza grandissima nella valutazione del rischio relativo alla tubercolosi.

Il terzo fattore è il fattore sociale, cioè il concorso di redditi economici e l'impiego nelle spese necessarie per l'abita-

zione, per il nutrimento ecc. con le condizioni di abitabilità, il numero dei membri di famiglia e l'ambiente igienico. Anche Hunter ha parlato alla Conferenza di Stoccolma nel 1930 circa l'importanza della cura della tubercolosi. Anche alcune indagini a tale scopo fatte, hanno dimostrato che la mortalità per tubercolosi si sviluppa con intensità maggiore nelle professioni che presentano cattivo regime di vita. Negli assicurati allora esaminati e morti di tubercolosi non si è trovato nessuno che fosse assicurato per un capitale superiore a Rm. 20.000, mentre il 70 % era assicurato soltanto sino a Rm. 2.000 ed il 65 % sino a Rm. 1.000.

Principi che si applicano nella valutazione della tubercolosi: il giudizio della tara ereditaria ci orienta anzitutto secondo la costituzione del candidato e secondo la sua età; naturalmente ha importanza anche il numero dei parenti prossimi morti di tubercolosi. Nel caso di morte del coniuge per tubercolosi, se il candidato è di buona costituzione fisica e non è tubercolotico, nella maggior parte dei casi può essere assicurato senza l'applicazione di un sovrappremio, purchè dalla morte sieno trascorsi un paio di anni. Nella tubercolosi attiva pregressa ed inattiva è necessario sapere a quanto tempo risale il periodo acuto e di quale forma di tubercolosi si trattava, se di una tubercolosi fibrosa oppure essudativa oppure di tubercolosi aperta o chiusa. In generale tutti questi tarati sono assicurabili con l'applicazione di un corrispondente aumento del premio; anche tubercolosi di natura benigna, con corso cronico, con piccoli sintomi di attività, possono talvolta essere assicurati, sia pure con maggiori aumenti di premio e con scaglionamento del capitale assicurato, tenendo conto dell'ereditarietà, della costituzione e dell'età. La radiologia avrà in questo caso

sempre un'importanza notevole come anche la misurazione della temperatura. Anche la velocità di sedimentazione offre spesso degli indizi importanti. Essa è accelerata e in aumento, come nella maggior parte delle malattie acute e febbricitanti, anche nella tubercolosi quando si presenta lo stadio acuto.

Organi digerenti. — Circa gli organi digerenti, dato che i catarri intestinali e gastrici permanenti in gran parte non hanno importanza notevole per l'assicurabilità, hanno particolare importanza invece le ulcere gastriche e quelle duodenali. Anzitutto vorrei far notare che l'ulcera gastrica e quella duodenale devono essere concepite come malattie costituzionali cosicchè coloro che sono affetti da queste malattie devono essere ritenuti come rischi tarati. Appunto trattandosi di malattia costituzionale, si deve sempre contare sul fatto che, anche dopo alcuni anni, si può verificare una recidiva.

Per giudicare le ulcere gastriche e quelle duodenali è importante sapere se la malattia si è verificata soltanto una volta oppure più volte, quale è stata la sua durata e a quanto risale la sua guarigione. Per la valutazione di questi rischi, in base ai nostri esperimenti, non facciamo nessuna distinzione fra ulcere duodenali e quelle gastriche. Nei primi due anni, dopo la malattia, non facciamo nessuna differenza fra casi operati e non operati. Al contrario, successivamente, le ulcere operate, se la operazione è riuscita favorevole in ogni senso, vengono giudicate un po' più favorevolmente che i casi non operati.

In generale possiamo assicurare le ulcere intestinali già dopo tre mesi dalla guarigione della malattia acuta, però applichiamo, entro i primi due anni della malattia, uno scaglionamento obbligatorio del capitale assicurato, ripartito in

cinque anni. Il professore Romanelli, distinto medico italiano di assicurazione e capo del servizio sanitario dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, applica per il suo Istituto, nel caso di ulcere gastriche ed intestinali nell'anamnesi, persino una carenza da quattro a cinque anni per i suoi candidati. Questa applicazione innegabilmente è in certo qual modo legittima perchè la nostra statistica relativa alla mortalità di coloro che precedentemente furono affetti di ulcere gastriche o duodenali, segnala nel primo, secondo e talvolta anche nel quinto anno di assicurazione una evidente sopramortalità.

Anche le affezioni al fegato e alla cistifellea richiedono un giudizio cauto. Per le prime è anzitutto necessario conoscere la causa dell'affezione epatica. In questo caso è necessario indagare in modo particolare se la tumefazione del fegato è una conseguenza di fenomeni di ingorgo nella circolazione arteriosa. Questi casi devono essere rifiutati ed in generale anche casi accentuati di cirrosi epatica, tanto nella forma di aumento delle infiammazioni del tessuto connettivo quanto nella forma raggrinzata.

Circa le affezioni della cistifellea, anzitutto si deve indagare, nei calcoli biliari, se si sono verificati più attacchi oppure uno solo, quale è stata la gravità di questi attacchi e quanto tempo è trascorso dall'ultimo attacco. In generale tutti questi casi sono assicurabili, quando però gli attacchi si ripeterono oppure furono gravi negli ultimi tempi, è raccomandabile applicare uno scaglionamento del capitale.

Nefriti. — Anche nelle nefriti fu possibile, con l'esperienza acquisita col tempo, distinguere i gruppi favorevoli da quelli sfavorevoli e quindi allargare la cerchia degli assicurandi. Una volta si distingueva nella medicina assicurativa:

1) le albuminurie più innocue (secrezioni di albumina), 2) le nefriti, che si accettavano con sovrappremio corrispondente, e 3) le cirrosi renali, inassicurabili. Già dalle cifre da me esposte a Copenhagen nel 1931 si vedeva in modo sorprendente che non le cirrosi renali bensì le nefriti croniche formavano la parte principale dei casi di morte, cioè il 65 %, mentre le nefriti acute costituivano il 15 %, le cirrosi, ugualmente, soltanto il 15 % ed i reni congesti soltanto il 5 %. Con l'applicazione dei moderni metodi terapeutici: la prova della diluizione e particolarmente quella della concentrazione e la determinazione dei residui di azoto nel sangue, siamo giunti al punto di assicurare tutte le forme di malattie renali con corrispondente aumento-premio, ad eccezione delle nefriti acute e delle affezioni croniche gravi e secondarie (combinata con altre malattie). In questo caso è di minore importanza la quantità della albumina, bensì, oltre alle condizioni cardiache e alla pressione arteriosa, come già dicemmo, in modo del tutto particolare, l'esito della prova di concentrazione la quale deve chiarire se ed in quale misura il peso specifico aumenta dopo che il liquido è stato conservato per 10-12 ore. Normalmente il peso specifico risulta di 1015-1025; in base a quanto precedentemente esposto il peso specifico non dovrebbe essere inferiore a 1025. Eventuali disturbi oppure mancanza di possibilità di concentrazione provocano una prognosi cattivissima.

Diabete. — Anche per il diabete si è potuto notare quale grande importanza abbia l'applicazione dei metodi clinici nella medicina assicurativa. Una volta ci si orientava secondo l'età del candidato, secondo la durata della malattia, la quantità dello zucchero eliminato e la eventuale esistenza di acetone. La prova della tolleranza era richiesta di rado. Dia-

betici non gravi furono accettati, con un sovrappremio e piuttosto uniforme e forte, i diabetici giovani e quelli affetti da altre complicazioni oppure con zucchero eccessivamente alto od acetone, furono respinti. Naturalmente, procedendo con questi criteri, talvolta si è incorso in errori, sia perchè dei casi relativamente innocui furono accettati con sovrappremio ingiustificatamente alti, oppure al contrario si rifiutarono dei rischi che erano assicurabili.

Nel giudicare la gravità del diabete prendiamo anzitutto come indice la tolleranza agli idrati di carbonio ed in secondo luogo la presenza e la quantità di sostanze zuccherine nell'urina. Per la fissazione della tolleranza agli idrati di carbonio, i metodi sinora usati erano risultati, in molti casi, insufficienti. Di importanza capitale non è la glicosuria bensì il volume ed il tempo della combustione dello zucchero nel sangue e nei tessuti. Per avere un giudizio, in certo qual modo esatto, non si potrà rinunciare all'analisi della glicemia ed alla determinazione della curva della glicemia.

Il valore normale a digiuno della glicemia in un soggetto digiuno oscilla fra 80 e 120 (sino a 130) mgr. % dopo aver ingoiato 80 gr. di glucosio, il contenuto della glicemia aumenta in generale nei soggetti giovani di circa la metà del valore a digiuno, in nessun caso si devono superare 200 mgr. %. Questo massimo viene raggiunto, nei soggetti giovani, già dopo 1/2 ora, dopo un'altra ora e mezza il contenuto della glicemia suole ritornare di nuovo, approssimativamente, al valore di partenza. cemia è maggiore e l'aumento ordinariamente è più lento. Molte volte esso raggiunge il limite massimo in 1,30 - 2 ore, quindi in un tempo in cui il soggetto sano è ritornato già da molto tempo al valore di partenza.

Inizialmente abbiamo incontrato gravi difficoltà per poter ottenere la curva della glicemia; finalmente ci siamo riusciti ed oggi ci è utilissima. La determinazione della glicemia a digiuno e dei relativi valori della curva, oggi non richiedono una spesa eccessiva anche se ciò richiede due o tre ore.

Nei casi in cui non occorra l'analisi della glicemia oppure essa non è effettuabile, ci accontentiamo della prova della tolleranza, cioè il carico si provoca con 100 grammi di pane bianco e 45 grammi di zucchero. Conferiamo importanza capitale anche al peso specifico — un peso specifico basso, se si può escludere una ingestione eccessiva di acqua, analogamente a quanto avviene per la maggior pressione arteriosa, può essere sintomo di iniziale partecipazione renale.

In questo modo abbiamo potuto ridurre notevolmente sovrappresi in molti casi di diabete benigni. Più favorevole è giudicata la eliminazione zuccherina d'origine alimentare (determinata da nutrimento inopportuno), quella dei soggetti più anziani, degli adiposi ecc.

Inoltre le persone, le quali, dato il loro grado modesto di glicosuria erano state considerate come casi innocui, si potè dimostrare che esse erano iperglicemiche e quindi il loro caso, in seguito a ciò, si dovette ritenere non più assicurabile perchè grave. Casi gravi sono i seguenti: i candidati con glicosuria di oltre 5 %, con alta glicemia a digiuno, o curva della glicemia con decorso cattivo ed i diabetici giovani refrattari all'insulina. Anche oggi questi casi vengono in gran parte rifiutati.

Sifilide. — In questo caso dobbiamo parlare chiaramente; un candidato, precedentemente affetto da sifilide, deve essere ritenuto rischio tarato in qual-

siasi caso. I sifilitici veramente non muoiono direttamente per questa malattia però per malattie consecutive del sistema nervoso centrale o dell'apparato della circolazione. E' cosa interessante far notare che, secondo le statistiche, la maggior parte dei casi di morte per sifilide si verificano negli anni giovanili per malattie cerebrali, suicidio o alcolismo, mentre nell'età avanzata si verificano, quali malattie consecutive, in modo particolare malattie degli organi della circolazione, attacchi apoplettici e nefriti.

Tumori maligni. — Nel nostro portafoglio disponiamo sinora di circa 200 assicurati con tumori maligni nell'anamnesi, che furono o operati o curati coi raggi. Condizione per la loro assicurabilità è che almeno sieno trascorsi tre anni dal giorno dell'operazione o dalla radioterapia, che il chirurgo abbia confermato l'estirpazione totale del tumore e che una accuratissima visita medica, fatta da uno specialista, possibilmente chirurgo, escluda il caso di una eventuale recidiva. Circa questa questione è inoltre importante che il candidato non abbia diminuito di peso dal giorno dell'operazione, e, naturalmente, anche che egli faccia, esteriormente, una buona impressione. Se vi sono tutte queste condizioni preliminari vi è una intera serie di cancri operati e di sarcomi, i quali, naturalmente con l'applicazione di un corrispondente soprapremio alto e con l'applicazione di uno scaglionamento del capitale assicurato, sono ancora assicurabili.

Sistema nervoso centrale. — Appoggiandoci sulle nostre vaste esperienze statistiche e sui lavori clinici, siamo lieti di poter assicurare, in misura abbastanza vasta, anche coloro che sono affetti da malattie del sistema nervoso centrale.

Per questi soggetti si richiede naturalmente un esame accuratissimo, fatto da uno specialista esperto. A seconda del tipo e del grado dell'affezione spesso è possibile assicurare tali rischi quando si tratta di crisi di processi o di processi divenuti assolutamente stazionari. Naturalmente per questi rischi si applicano unicamente sopra-premi relativamente alti con scaglionamento del capitale assicurato.

I migliori risultati dell'estensione della copertura di assicurazione ai rischi tarati li abbiamo ottenuti, oltre che nel cancro, nella paralisi progressiva. Questa affezione occupava una volta, nei bollettini di mortalità, una posizione altissima e coloro che ne erano affetti venivano senz'altro rifiutati. Questo atteggiamento è stato modificato con la terapia malarica applicata dal prof. Wagner-Jauregg (cura a mezzo della inoculazione della malaria). In seguito agli esperimenti molto favorevoli, fatti con questa cura, oggi noi assicuriamo i paralitici che seguono questa cura quando il medico curante ci assicura che, in seguito alla terapia malarica a suo tempo fatta, si è verificata l'intera remissione organica e fisica (la metamorfosi regressiva dei sintomi patologici fisici e nervosi) e quando lo specialista di malattie nervose abbia attestato categoricamente che il processo è divenuto stazionario. Per remissione approssimativa completa intendiamo, in questo caso, la persistenza di disturbi riflessi oppure di leggere variazioni del liquor oppure di una reazione Wassermann positiva nel sangue. Di 26 paralitici, assicurati naturalmente soltanto con una forte soprapremio e relativo scaglionamento del capitale assicurato, sinora non è morto nessuno, anzi, in diversi casi, nei quali è stata richiesta un'assicurazione supplementare, si è notato ogni volta, in seguito ad un nuovo esame, che

continuava ad esistere l'intera remissione.

Mentre gli esperimenti sono riusciti favorevoli per le affezioni relative al sistema centrale nervoso, essi invece sono stati cattivi nelle affezioni e nei disturbi psichici e ciò in seguito al suicidio che con esse si combina intimamente. Si sa ormai, per esperienza, che gli aumenti di suicidio stanno sempre in una certa relazione parallela con le condizioni economiche generali, nei quali casi, naturalmente, coloro che economicamente soffrono ed i quali hanno un sistema nervoso fisicamente debole, ricorrono, nei casi disperati, facilmente al suicidio.

La prova migliore di questa constatazione si vede nel fatto che il numero dei sinistri per suicidio nella Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft, la quale comprende unicamente capitali assicurati alti, salì, rispetto alla totalità dei sinistri, dal 13,4 % nell'esercizio 1928-29, al 18,04 % nell'esercizio 1929-30, al 20,27 % nell'esercizio 1930-31, al 28,48 % nell'esercizio 1931-32 ed a 30,66 % nell'esercizio 1932-33. Dall'esercizio 1933, contemporaneamente al miglioramento delle condizioni economiche, anche da noi si è verificato un miglioramento nel portafoglio dei suicidi e la percentuale nell'esercizio 1933-4 fu precisamente del 27,8 % e nell'esercizio 1934-5 fu del 8.23 %.

Gli esperimenti dolorosi che si dovettero fare col rischio « suicidio », particolarmente nei rischi con capitali alti, hanno suggerito l'applicazione di energiche misure preventive. La soluzione ideale di questo problema, veramente grave, consisterebbe in ciò che la legge, che regola il contratto di assicurazione, fosse modificata nel senso che in caso di morte per suicidio il capitale assicurato si dovrebbe liquidare soltanto quando si presentasse una vera malattia delle facoltà mentali e non come avviene

attualmente nel caso di qualsiasi disturbo morboso dell'attività psichica, ciò che in tutti i casi viene confermato da medici molto compiacenti e talvolta anche inesperti. Per ora è impossibile che si provveda alla modifica della legge in questo senso. Il regolamento ora è diverso. Una serie di grandi aziende tedesche ha deciso di comportarsi per l'avvenire applicando unicamente e rigidamente la legge, quindi di non pagare, nel caso di suicidio, se non nel caso in cui si verifica l'alienazione mentale; altre società hanno prolungato il periodo di carenza a 5 anni e nello stesso tempo hanno limitato l'obbligo al pagamento del capitale assicurato nel caso di sinistro per suicidio.

c) SESSO ED ETÀ.

Sesso. — Un altro fattore, necessario per la valutazione dei rischi sarebbe il sesso. Secondo il censimento della popolazione, fatto nel 1933, le donne superano, per età, di 2 milioni, gli uomini. Sino all'età di 30 anni gli uomini superano le donne, mentre in seguito si verifica un mutamento nel senso che le donne superano gli uomini. Un accenno a questo fatto forse si può trovare nella circostanza che la natura crea sempre un compenso per la conservazione della specie. Di questo compenso ha bisogno il periodo di gestazione della donna; se si esamina la curva di mortalità degli uomini e delle donne, si noterà, sulla scorta della più recente tabella di mortalità della popolazione tedesca, che verso i 30 anni la mortalità è leggermente maggiore nelle donne, cioè è del 102.22 per cento rispetto alla mortalità degli uomini. Questo aumento di mortalità deve essere messo in relazione all'attività della gravidanza. In questa età è determinante l'efficienza della donna relativamente al parto. Se la donna ha

superato questa età, nella maggior parte dei casi essa avrà dimostrato chiaramente che essa può procreare con risultati normali oppure che per essa è esclusa ogni possibilità di procreazione. Per questa ragione anche la mortalità delle donne al 40° anno di età è ancora del 99 % rispetto alla mortalità degli uomini ed in seguito scende rapidamente sino al 86 e 82 %.

Secondo una recente statistica giapponese, la mortalità delle donne nel Giappone, all'età di 20, 30 e 40 anni, è notevolmente maggiore della mortalità degli uomini, cioè essa è del 139, 145 e 110 per cento; non se ne può precisare la causa, non conoscendo le cause di morte. Certamente esse saranno in stretto rapporto col periodo della gravidanza.

Come cerca l'assicurazione vita di difendersi contro il rischio anormale del parto? Un'inchiesta fatta nel 1929 presso una grande quantità di società tedesche ha presentato delle differenze nel trattamento a seconda che si è trattato di una puerpera giovane o anziana, a seconda che si è trattato di prima gravidanza o di gravidanza ripetuta con parti precedenti normali e da ultimo si trattava di sapere in quale periodo di gravidanza si trovava la candidata.

Che una certa difesa sia necessaria contro la sopramortalità, non ha bisogno di ulteriori schiarimenti, data la curva della mortalità. Noi in questi casi applichiamo i seguenti principii: senza curarci in quale mese della gravidanza viene presentata la domanda, noi facciamo un'offerta normale nei seguenti casi:

1) quando si tratta di una puerpera sanissima che abbia già partorito più volte, per la quale i parti hanno avuto sempre un corso normale;

2) quando si tratta di una primipara perfettamente sana sino all'età di anni 30-35, nella quale la struttura del bacino è normale e non vi è nessuna ragione

per ammettere che il parto presenterà qualche difficoltà particolare.

Le primipare di una certa età, particolarmente negli ultimi mesi della gravidanza, vengono preferibilmente rinviate.

Le donne gravide, che pur costituiscono effettivamente un rischio tarato, se non sono affette da nessuna malattia nè furono ammalate prima della gravidanza, dato che, come si sa, certe malattie si possono peggiorare in seguito al parto, possono essere assicurate in ogni momento senza alcun premio.

Le donne gravide con bacino stretto, quelle che sono affette oppure lo furono da malattie che possono peggiorare nel parto, vengono rinviate sino a puerperio ultimato, particolarmente quando si presentano dei casi di tubercolosi sospetta oppure qualche affezione cardiaca.

Per capitali oltre Rm. 25.000, specialmente quando viene chiesta l'assicurazione alcuni giorni prima del parto, si dovrà esaminare la questione relativa al rischio soggettivo.

Età. — Particolarmente in alcuni gruppi di rischi tarati, l'età è di grande importanza nella valutazione dei rischi. Nel gruppo delle malattie polmonari nel diabete l'età avanzata ha una influenza favorevole, cosicchè possiamo valutare molto più favorevolmente soggetti anziani affetti da malattie polmonari oppure diabetici, che soggetti giovani di questi gruppi di tare; ciò si vede in modo particolarmente evidente nel diabete, ove, almeno sinora, abbiano in generale rifiutato i candidati sotto i 30 anni.

Il contrario si verifica in modo particolare nei gruppi di tare che riguardano il cuore e gli organi vascolari e nelle affezioni renali. In queste anomalie il rischio va aumentando con l'avanzare del-

l'età, quindi assicuriamo i soggetti di questi gruppi di tare, in generale, non oltre il 55-60° anno di età.

d) RISCHIO MORALE.

Nella prefazione ha ricordato il rischio morale al secondo posto dei tre grandi gruppi. Per rischio morale intendiamo la reputazione dell'assicurato e della sua famiglia, la proporzione fra capitale assicurato e la sua posizione finanziaria, la possibilità di uno sfruttamento speculativo dell'assicurazione, in breve tutti gli elementi che si riassumono sotto il concetto generale di « rischio soggettivo ».

Tanto per gli assicurati quanto per le società di assicurazione Vita è di grande importanza che anche questi fattori siano presi in dovuta considerazione; trascurare questi elementi significa provocare eventualmente delle discussioni penose e spesso anche delle azioni legali, che non procurano nessun vantaggio nè alla società nè allo stesso concetto della assicurazione.

e) FATTORI ESTERNI.

La professione. — Fra i fattori esterni, di cui si deve tener conto nella valutazione dei rischi, in primo luogo si deve ricordare la professione. Col progresso della civiltà, il numero delle professioni ha aumentato notevolmente. Fra queste professioni vi è qualche lavoro, che una volta si doveva valutare più sfavorevolmente, mentre al contrario, nel corso del tempo, si sono presentate delle professioni pericolose che una volta erano sconosciute; le prime in seguito alle misure igieniche hanno potuto essere liberate dalle influenze dannose.

Nel complesso delle osservazioni circa la mortalità si nota che la professione, in molti casi, ha un'influenza più o meno maggiore sulla durata della vita. Per-

sino quelle professioni che ordinariamente si è disposti a considerare come relativamente innocue, confrontate con le più sane professioni, causano spesso un abbreviamento della vita. Ricordiamo che alcune professioni, come quelle che si occupano delle polveri oppure della produzione di gas, oppure quelle per le quali si richiede uno sforzo fisico continuo, hanno per conseguenza un abbreviamento della durata della vita. Però le società di assicurazione Vita non richiedono per questi gruppi di professioni, in generale, nessun sovrappremio perchè giustamente partono dal concetto che nelle loro tavole di calcolo sono già compresi questi piccoli rischi professionali.

Solo per alcune professioni, le quali, dato il loro carattere pericoloso intrinseco, causano sempre un raccorciamento della durata della vita, si dovrà richiedere un sovrappremio. Questo è il caso delle professioni a carattere particolarmente dannoso per la salute, per es., nell'industria degli alcool, per gli operai che lavorano nelle vetriere, ecc., e d'altra parte in tutte quelle professioni che portano in sè un rischio spiccatamente maggiore d'infortunio, per es., per i meccanici aeronautici, per gli operai che lavorano nelle miniere di carbone oppure che sono soggetti ad un rischio maggiore in seguito alle sostanze esplosive, ai gas, ai tossici ed altro che maneggiano.

Sotto un punto di vista del tutto diverso si devono però giudicare i rischi professionali nei rischi tarati. In questo caso, il rischio professionale deve essere messo in relazione al tipo della tara e per questi rischi tarati si devono imporre gli aumenti del premio anche quando non si sarebbero presentati nei rischi normali. Per es. i soggetti, che sono affetti da una malattia agli organi respiratori saranno gravati di un sovra-

premio per ogni professione strettamente collegata al rischio « polvere » e affini. Però anche quelle professioni per le quali si richiede sempre uno sforzo fisico intenso, saranno gravate da un sovrappremio in tutti i casi in cui il candidato sia affetto da qualche forma di cardiopatia o affezione vascolare.

Le seguenti cifre, relative alla sopra-mortalità, che rappresentano i nostri esperimenti per le professioni pericolose, devono essere quindi studiate dal punto di vista di quanto sopra è stato detto.

Sopramortalità relative alle professioni

Industria degli alcool:

	Sopramortalità in ‰
Proprietari e Direttori di grandi birrerie, anche quando essi visitano i clienti	25
Proprietari di birrerie di media portata e piccole	25-35
Mastri e Direttori tecnici di birrerie, macchinisti e meccanici, altri operai occupati nelle birrerie, come bassa forza, bollitori di birra, ed altri che si occupano della manipolazione della birra	15-90
Proprietari di depositi di birra e direttori, agenti di birra all'ingrosso e venditori al minuto	25-35
Commercianti in coloniali, commessi viaggiatori di vino, birra ed alcoolici, musicanti in osterie, caffè, ecc.	50
Fabbriche di liquori; Mescolatori di liquori e coloro che lavorano i liquori	75-100
Alberghi e Restaurants e simili: Proprietari, direttori, affittuari e addetti con attività occasionale nel locale, camerieri in alberghi di prima categoria	25-50
Affittuari di osterie e cantine con servizio diurno, camerieri in vettura restaurants e su piroscafi fluviali	25
Proprietari, affittuari, commessi di semplici osterie, bar ecc.	50-75
Affittuari di Restaurants piccole e mediocri alle stazioni	25

	Sopramortalità in ‰		Sopramortalità in ‰
Proprietari e affittuari di trattorie con macelleria e forno	35	<i>Spazzacamini:</i> Maestri e dipendenti	25-40
Proprietari ed affittuari di cafee notturni	35	<i>Sport e circo:</i> Acrobati, ciclisti, lottatori, atleti	100
Proprietari, affittuari e Direttori di locali spiccatamente notturni	35-50	Jocheis per corse piane	2,5-3 ‰ per anno
Portieri di alberghi	25-35	Jocheis per corse con ostacoli	15 ‰ per anno
Cameriere di albergo	25	Corse automobilistiche	150
Cuochi, cuoche in alberghi e Restau- rants con servizio di alcool	50-75	Corse al trotto	50
Sorveglianti in fabbriche di birra	50	Calcio	50
		Domatori di belve, corse motoci- clistiche	rifutare 5 % e sca- glionamen- to in quinti
		Pugilitari	
<i>Automobili:</i>			
Conducenti che non partecipano a corse	25		
Conducenti di autocarri e trattori	50		
		<i>Arte della ceramica:</i>	
<i>Lavorazione del piombo e del mercurio:</i>		Modellatori, formatori, tornitori (ve- di event. lavorazione col piombo)	35
Operai di accumulatori, lavorazione di lastre metalliche di piombo, per es., segatori, piallatori, carica- tori, verniciatori, fonditori, ecc.	50	Commercianti in bestiame	25
Accumulatoristi, verniciatori, vetrai, piombatori, operai che lavorano gli specchi col mercurio ed altri	75	Mandriani	40
Operai nelle officine di piombo e zinco	60	Addetti all'allevamento dei cavalli	75
		Personale su autocarri	25
		Personale addetto alla stalla	30
		Personale addetto al mattatoio	50
		<i>Cave di pietra:</i>	
		Operai che lavorano con le mine	50
		Operai che non lavorano con le mine	25
		Scalpellini	30
		Operai che lavorano la pietra are- naria	50
		<i>Tabacco:</i>	
		Operai di fabbrica	30
		Operai a domicilio	40
		Palombari	200
		<i>Industria tessile:</i>	
		Operai	25
		<i>Domicilio e soggiorno.</i> — Un'altra circostanza importante è costituita dal domicilio e dal soggiorno per la ragione che il clima, con tutte le sue particola- rità, può esercitare un'influenza sfavo- revole. Negli ultimi anni, diverse società di assicurazione hanno pubblicato i loro esperimenti relativi alla mortalità di persone che abitano in diverse regioni della terra, cosicchè ci si può formare un'idea abbastanza esatta di quali siano	
<i>Miniere:</i>			
Direttori tecnici, minatori, operai, lavoratori nelle cave	50		
Operai che devono occuparsi della ricerca del radio	rifutare		
Maestri capi di miniere	50		
<i>Ferrovie:</i>			
Personale addetto ai treni	25-35		
Manovratori, segnalatori fuori delle stazioni, operai e guardiani e ver- niciatori di pontisenza colori plumbei	50		
Verniciatori di ponti con colori plumbei	75		
<i>Elettricità:</i>			
Operai addetti ai telefoni e tele- grafi, direttori nelle officine elet- triche, impiegati incaricati del controllo della luce, operai e tec- nici incaricati dell'installazione e collaudo di apparecchi elettrici	25		
Elettrotecnici in miniere	50		

gli aggravamenti necessari per poter compensare il rischio relativo al clima. Si è trovato che da una parte non sono più necessari quegli aggravamenti che ancora di recente si richiedevano per una serie di Paesi come per es. per il soggiorno in Australia, Africa del Nord, Egitto e, d'altra parte, al contrario, si devono chiedere dei forti sovrappremî per il soggiorno negli Stati nordici nel Brasile, nel Congo Belga e Francese.

Sovrapremio per i tropici. — I soliti aumenti-premio relativi al clima naturalmente non sono eguali presso tutte le società; qui sotto esporrò un riepilogo di essi secondo l'ammontare approssimativo:

	sino età 40 %	oltre 40 %		sino età 40 %	oltre 40 %
Angola	7	9			
Costa dell'oro	8	10			
Togo	8	10			
Dahomey	8	10			
Africa orientale portoghese	8	10			
Africa orientale britannica	8	10			
Madagascar	8	10			
Sinigambia	12	15			
Gambia britannica	12	15			
Guinea portoghe e francese	12	15			
Sierra Leone	12	15			
Liberia	12	15			
Costa d'Avorio	12	15			
Nigeria	12	15			
Kamerun	12	15			
Congo belga e francese	12	15			
Costa del Mar Rosso (Eritrea)	12	15			
<i>Asia.</i>			<i>America:</i>		
	sino età 40 %	oltre 40 %	America del Nord	0	0
Turchia asiatica	0	0	Alaska	3	4
Kiautschau	0	0	Brasile (Provincie meridion)	3	4
Russia asiatica	4	4	Uruguay	3	4
Giappone	3-5	4-6	Paraguay	3	4
Afganistan	3-5	4-6	Argentina	3	4
Persia	3-5	4-6	Chile	3	4
Cina (al nord dello Jangtse-Kiang)	5	6	Messico	3-5	4-6
Corea	5	6	Brasile (centrale)	5	6
Indie orientali Olandesi	5	6	Bolivia	5	6
Arabia	5-7	6-9	Perù	5	6
Cina (al sud dello Jangtse-Kiang)	7	9	America centrale	5-7	6-9
Filippine	7	9	Cuba	5-7	6-9
Indie britanniche	7	9	Equador	5-7	6-9
Ceylon	7	9	Columbia	5-7	6-9
Belucistan	7	9	Venezuela	5-7	6-9
Birma e Malacca	8	10	Isole Bahama	7	9
Concincina	12	15	Haiti	7	9
Annam	12	15	Giamaica Portorico (Grandi Antille)	7	9
Tonkino	12	15	Guayana	7	9
Siam	12	15	Piccole Antille	8	10
			Brasile (Provincie settentrionali)	12	15
<i>Africa.</i>			<i>Australia.</i>		
Africa settentr. ed Egitto	0	0	Australia (Contin.)	0	0
Africa meridionale	0	0	Isole Fidschi e Havai	0-3	0-4
Madeira	0	0	Nuova Caledonia	0-3	0-4
Isole canarie	0	0	Polinesia	3	4
Africa Sud Ovest	3	4	Micronesia	7	9
Mascarene	5	6	Nuova Guinea	8	10
Abissinia	5	6	Arcipelago Bismark	8	10
Sudan egiziano	5	6			

Gli acclimatati pagano la metà degli aumenti-premio su esposti.

Questi sopra-premi sono unicamente dei sopra-premi di massima, che si devono adeguare alla tara particolare del rischio nel singolo caso. Sino all'età di 40 anni si devono applicare in generale i tassi bassi, mentre oltre tale età si devono applicare i tassi maggiori. In quei casi in cui gli aumenti del premio devono essere maggiori del 5 %, si raccomanda di stipulare soltanto assicurazioni miste della durata massima di 25 anni.

I sovrappremi per principio, si devono applicare per la durata del soggiorno in regioni tropicali; al ritorno in patria essi vengono automaticamente ridotti. Si può eliminare totalmente un sovrappremio per clima soltanto quando l'assicurato, al suo ritorno permanente in patria, può dimostrare, con attestato medico, che in seguito al suo soggiorno in un clima pericoloso, egli non ha subito nessun peggioramento delle sue condizioni di salute. Per rischi acclimatati, cioè per quei soggetti che si sono abituati al clima, il sopra-premio può essere ridotto; in tal caso esso non dovrebbe mai essere portato sotto la metà del sopra-premio normale.

Abitudini di vita. — Anche le abitudini di vita dell'assicurato devono essere valutate al momento in cui si giudica il rischio. I sinistri che possono essere provocati dall'abuso dell'alcool oppure dall'abuso del fumo, sono talmente conosciuti che non è necessario parlarne più oltre. L'abuso dell'alcool ed il disordine nei cibi influiscono ancor più sfavorevolmente quando si tratta di uomini i quali conducono in modo particolare un regime di vita sedentaria e non trovano compenso in movimenti fisici per es. nella forma di uno sport moderato oppure di un lavoro fisico. Circa lo sport, cogliamo quest'occasione per farvi notare

che, ad onta del suo continuo sviluppo, le opinioni circa le conseguenze di una attività sportiva troppo intensa sono molto disparate; circa il valore di una attività sportiva razionale tutti però sono concordi anche per il fatto che oggi la gioventù che si occupa di sport conduce una vita ragionevole in modo particolare nei riguardi dell'abuso dell'alcool.

L'uso abituale di narcotici, come per es. di morfina, cocaina ecc., causa gravi danni all'organismo che possono essere di tale portata da non permettere in generale l'assicurazione di tali rischi.

L'ambiente. — Oltre alle abitudini di vita del candidato, per valutare il rischio è necessario giudicare l'ambiente in cui egli vive. E' notissimo che la dimora permanente in ambienti chiari, ariosi, pieni di sole rende gli uomini più allegri e laboriosi e favorisce la loro salute. Oltre all'influenza dell'ambiente locale ha grande importanza anche il carattere della cerchia delle persone, nella quale il candidato vive costantemente. Se per es. un iperteso oppure un diabetico vivono in locali sfavorevoli, in condizioni economiche preoccupanti e fra lotte famigliari, è naturale che le sue condizioni sanitarie risentiranno sfavorevolmente. Al contrario, appunto per i diabetici, influiranno in modo favorevole buone condizioni d'ambiente e cibo accuratamente corrispondente ai suoi bisogni.

C) UNO SGUARDO GENERALE.

Ho cercato di esporre nei capitoli precedenti le basi ed i metodi che vengono applicati nella valutazione dei rischi. Essi sono di grandissima importanza per il lavoro e lo sviluppo di tutta l'assicurazione vita. In seguito alle indagini della medicina assicurativa e con la

collaborazione della matematica attuariale, la quale ha trovato, per la sopra-mortalità fissata dal medico, i metodi contabili destinati a regolare questa sopra-mortalità, l'assicurazione vita ha subito un grande e, speriamo, sempre crescente, impulso. E ciò agisce precisamente in due sensi.

Assicurazione delle tare gravi. — Da una parte ci è riuscito di allargare la cerchia di coloro che si assicurano e precisamente di accettare in assicurazione, sulla base delle nostre indagini e degli esperimenti in tal modo raggiunti anche i rischi molto gravi che sinora furono ritenuti non suscettibili di assicurazione. Inoltre cerchiamo con tutti i mezzi di vedere se è possibile, per alcuni rischi diagnostica con qualche metodo con nuove indagini cliniche da permetterci di valutare nell'avvenire, alcuni determinati gruppi più favorevolmente e quindi assicurare i relativi rischi a premio più modesto. Teoricamente si può trovare per ogni rischio il corrispondente compenso. Però per i casi molto gravi, l'aumento del premio richiesto dovrebbe essere così alto e si dovrebbe accompagnare ad aggravamenti talmente notevoli (per es. uno scaglionamento particolarmente forte) che una tale offerta non corrisponderebbe più allo scopo dell'assicurazione e d'altra parte non verrebbe neppure accettata, nella maggior parte dei casi, dal candidato. Quindi praticamente vi saranno sempre dei casi i quali dovranno essere considerati come rischi non suscettibili di assicurazione.

Assicurazione di piccoli capitali. — L'allargamento della cerchia degli assicurati però non deve essere effettuata soltanto dal punto di vista delle tare sanitarie, bensì questa cerchia deve essere allargata anche nel senso che la copertura di assicurazione possa essere richiesta dai candidati anche per capitali piccoli e piccolissimi. Siccome per questi capitali piccoli le spese per la visita medica sarebbero in aperto contrasto con l'ammontare del capitale assicurato, dobbiamo cercare con ogni mezzo di accontentarci di un *minimum* di esami o indagini allo scopo di spendere il meno possibile. Negli ultimi tempi siamo arrivati ad accettare proposte di assicurazione senza alcuna visita medica, come nelle assicurazioni popolari per l'ammontare di poche centinaia di marchi. Per i rischi tarati di queste due categorie non chiediamo in generale visita medica e neppure informazioni bensì abbiamo compilato a tale scopo dei questionari speciali i quali da una parte sono semplicissimi e quindi ogni candidato può rispondere alle relative domande e d'altra parte offrono degli elementi sufficienti per poter valutare anche questi rischi con la maggior esattezza possibile. Anche se i nostri esperimenti in questo ramo non sono molto vasti, pure si può notare con soddisfazione che anche in questo campo, con molta probabilità, sarà possibile attendere ad un lavoro fecondo ed utile nell'interesse, sia dell'assicurato che dell'Ente assicuratore.

Medicina Legale della Assicurazione Vita**LA COLLABORAZIONE DELL'ASSICURANDO PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO****NELL'ASSICURAZIONE VITA**

Dr. TOMMASO CICU.

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

Presupposto di ogni contratto di assicurazione è che le risposte date dall'assicurando alle varie domande formulate negli appositi moduli usati in assicurazione, siano rispondenti al vero.

Il Romanelli al congresso di Medicina Legale del 1933 ebbe ad esprimersi: « ... il contratto di assicurazione vita è un contratto di buona fede, emesso in base alle dichiarazioni sinceramente rese dallo assicurando circa le proprie condizioni di salute ».

E' ovvio che le dichiarazioni rese dagli assicurandi per assicurazioni di forma popolare, le quali sono esenti da visita medica, siano improntate, solo per questo, alla massima sincerità; ma è anche chiaramente manifesto che pure nelle forme nelle quali l'assicurando deve sottoporsi a visita medica, le dichiarazioni che egli deve rendere al sanitario e firmare nel Mod. Serv. San. apposito, debbono essere sinceramente rese ed in buona fede. Difatti affinché l'ass., al momento di entrare in assicurazione sia edotto dalla grandissima importanza che l'Istituto Assicuratore annette alle sue dichiarazioni per la stipulazione del contratto stesso, l'Istituto Nazionale ha provveduto ad apporre, in calce al questionario esistente nel Mod. per la proposta di assicurazione con visita medica, la clausola « ... che tutte le dichiarazioni e risposte di cui sopra sono veritiere e presentate all'Ist. Nazionale delle Assicurazioni per servire di base al contratto proposto ».

Inoltre, anche nei Mod. sanitari (1,

10, 3, 14) in calce alle dichiarazioni dell'ass. sta scritto « Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da me date con il presente documento sono veritiere ed esatte e che non ho taciuta, omessa od alterata alcuna circostanza in rapporto con il questionario stesso. Riconosco che le notizie ed i dati richiestimi sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'Ist. Naz. Assicurazioni ».

Per i contratti di forma popolare da emettersi senza visita medica, in calce alle dichiarazioni esistenti sulla proposta sta la clausola: « Il sottoscritto dichiara che le risposte di cui sopra sono complete e veritiere e ne assume le responsabilità anche se siano state scritte da altri secondo le sue indicazioni; dichiara anche di essere a perfetta conoscenza che tali risposte debbono servire di base al contratto e che esse, insieme con le condizioni di polizza, formano parte integrante del contratto stesso; perciò riconosce che, se qualche risposta non fosse vera o risultasse incompleta, l'Istituto avrebbe facoltà di contestare la validità del contratto, a norma delle condizioni di polizza ».

Il rapporto che il medico fiduciario deve compilare, è diviso in due parti: la 1^a è costituita dalle dichiarazioni fatte dall'assicurando, riguardanti il gentilizio e l'anamnesi personale, questi ne assume intera la responsabilità apponendo la propria firma; la 2^a è costituita dall'esame obiettivo dell'ass. e dal giu-

dizio del sanitario sulle condizioni di salute del candidato.

Molto spesso, per l'occupazione dell'ass., la visita stessa deve essere praticata in condizioni di ambiente e di tempo poco favorevoli per un perfetto esame obiettivo ed il fiduciario a volte è costretto a fare miracoli per potere, con piena coscienza di dire il vero, dare il suo giudizio. L'Istituto Assicuratore conscio appunto di questa difficoltà, pur dando il giusto valore alla relazione di visita medica, non può in alcun modo trascurare tutto quanto si riferisce all'anamnesi, perchè in essa possono trovarsi i segni di eventuali mali abilmente celati al sanitario. Il Marsella, nella « Assistenza Sanitaria » ne ha descritto qualcuno molto interessante.

L'assicurando, talvolta, di malincuore si sottopone alla visita medica. Questo fatto è in parte dovuto all'errore dei produttori, specialmente giovani, che qualificano la visita stessa come una pura formalità. Sarebbe invece assai più utile che l'assicurando si presentasse al medico dopo aver coordinato mentalmente i dati del gentilizio e dell'anamnesi personale richiesti dai Mod. Sanitari in uso, con la coscienza che la visita medica ha lo scopo di meglio valutare le dichiarazioni rese, in base alle quali la Direzione deve giudicare il rischio e consigliarne l'accettazione in assicurazione a tariffa normale, o con sovrappremio ovvero rifiutarlo.

Non è ammissibile che la visita medica possa esonerare l'ass. dal fare tutte le dichiarazioni richieste dal Mod. Serv. San.; infatti è vero che da un esame obiettivo, fatto a volte molto sommariamente, possono sfuggire lesioni organiche iniziali. Questo senza prendere in considerazione quelle malattie che si manifestano saltuariamente e che non lasciano alcun segno fisico intervallare.

Il Romanelli nella conferenza tenuta

a Venezia ed a Genova rispettivamente il 31 agosto e 3 settembre c. a. ai produttori dell'I.N.A., ebbe a dichiarare: « Come si vede il contratto è emesso solo in base alle dichiarazioni dell'assicurando. Nè il fatto che alle dichiarazioni di lui segue una visita del medico può diminuire la responsabilità di un assicurando che abbia taciuto dichiarazioni importanti.

Il medico non fa che constatare le alterazioni in atto nei vari organi e tessuti dell'organismo. Egli non potrà mai mettere in rilievo i disturbi subiettivi dell'assicurando quando questi non si traducono in alterazioni obiettivamente contestabili in qualsiasi momento.

Tutta la medicina legale dell'assicurazione vita si basa su questo concetto.

Il contratto di assicurazione vita è un contratto di buona fede e tale deve assolutamente rimanere. La lotta alla truffa deve essere fatta con ogni mezzo nell'interesse della giustizia, dell'assicuratore e degli assicurati. Che se anche la polizza viene emessa e perfezionata rimane sempre in vigore il fatto che quella polizza è stata emessa in base a quelle dichiarazioni rese dall'assicurando ».

I dati dichiarati dall'ass., che insieme all'esame obiettivo permettono al medico fiduciario di emettere il suo giudizio, si riferiscono all'anamnesi gentilizia ed all'anamnesi personale (remota e prossima).

Rientra nell'anamnesi gentilizia la longevità della famiglia; il frequente ripetersi di determinate cause di morte, specie di quelle dette ereditarie, quelle cioè che costituiscono le tare del gentilizio, come pure la convivenza con persone affette da malattie contagiose.

Dall'anamnesi personale si possono rilevare: malattie che guariscono ma potrebbero recidivare; malattie che guariscono ma che possono dare più o meno frequenti successioni morbose a distan-

za di tempo; malattie che guariscono lasciando alterazioni permanenti; lo stato di funzionalità dei diversi organi e sistemi; le abitudini di vita specie in riguardo all'uso o abuso di sostanze tossiche; ed infine anche la professione costituisce un elemento non trascurabile in assicurazione vita.

* * *

Fra le dichiarazioni rese dall'ass. vi possono essere reticenze o dichiarazioni erronee rese in buona fede, ma può anche esservi la mala fede per reticenze di deliberato proposito o per dichiarazioni scientemente difformi dal vero.

In contrasto con questa mentalità orientata coscientemente od inconscientemente verso la frode, vi è qualche caso di assicurando che, allo scopo precipuo di essere rifiutato dall'Istituto Assicuratore, rende al medico dichiarazioni di malattie non rispondenti al vero, circa la propria salute.

Entriamo qui nel campo della simulazione e dissimulazione, ampiamente studiato dal Marsella con vari ed esaurienti articoli medico-legali in questa rivista, e sopra questi argomenti non ci soffermiamo. Non vi è chi non veda però come lo studio della importanza delle dichiarazioni dell'ass. circa i disturbi subiettivi per il giudizio prognostico in assicurazione vita, sia intimamente legato a quello della simulazione e dissimulazione specialmente.

Il Marsella dice: « Si deve ritenere in buona fede l'ass. che rende dichiarazioni inesatte o reticenti ignorandone l'importanza, e che all'opposto è in mala fede quegli che rende tali dichiarazioni difformi dal vero o incomplete con deliberato proposito di non far conoscere elementi che giudica aggravatori del rischio ».

Egli aggiunge inoltre che, in pratica,

si possono verificare cinque casi diversi che possono così riassumersi ed elencarsi:

1) dichiarazioni erronee — che importano incontestabilità per la deroga della legge contenuta nella clausola.

2) reticenze in buona fede — come sopra.

3) reticenze in mala fede — implicano l'annullabilità del contratto.

4) dichiarazioni false — il contratto è annullabile.

5) malafede — il contratto è annullabile con acquisizione del premio da parte dell'assicuratore.

Anche il Lordi dà grande importanza alle dichiarazioni fatte dall'ass. perchè il consenso dell'assicuratore non venga viziato da un errore essenziale. (« Assicurazioni » A. II - 1935, n. 6).

E lo Starna in questa rivista, in un articolo sulla reticenza quale arte del raggiro in assicurazione vita, dice che l'assicurando che sa di essere malato o di avere delle tare, può indurre in inganno il medico, che d'altra parte nella visita non può che controllare l'entità dei disturbi dichiarati, in diversi modi che si possono dividere in due gruppi: o usare mezzi per celare la malattia (iniezioni, diete speciali, ecc.) ovvero tacere alcuni dati anamnestici.

Questo secondo metodo è quello di gran lunga più usato dall'assicurando il quale crede che una visita medica con esito negativo costituisca una specie di sanatoria per tutti i disturbi taciuti al medico fiduciario. Senonchè l'art. 429 del Codice di Comm. dice: « Qualunque dichiarazione falsa o erronea e qualunque reticenza di circostanze conosciute dall'assicurato sono cause di nullità dell'assicurazione, quando la dichiarazione o reticenza sia di tale natura che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso al contratto o non lo avrebbe dato

alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose ».

Da ciò si deduce la importanza somma delle dichiarazioni dell'assicurando perchè il contratto possa essere valido e si deduce anche che l'arte del raggiro in assicurazione si può ridurre al semplice silenzio sui disturbi sofferti.

In assicurazione vita, la prognosi circa la durata della vita dell'individuo, oltrechè in base ai dati dedotti dalla visita medica, è formulata in grandissima parte sui dati anamnestici resi dall'assicurando. E' quindi evidente che, alterati o taciuti questi, il giudizio prognostico viene esso pure alterato; così il contratto di assicurazione, che si fonda in definitiva su detto giudizio, viene ad essere formulato su basi erronee.

* * *

Fra tutti gli apparati dell'organismo, quelli che più interessano in assicurazione vita, specie in rapporto all'età degli assicurandi ed alle cause di morte che ne possono derivare, sono il respiratorio ed il cardiovascolare. Appunto da questi due grandi apparati cominceremo la disamina delle affezioni che il medico, in una sola visita, non può riscontrare e che il malato assicurando, invece può abilmente celare col tacere alcuni sintomi o col dare dati anamnestici erronei, facendo così che il giudizio del medico, venga fundamentalmente alterato.

Per l'apparato respiratorio una delle affezioni che con più facilità può essere celata al medico fiduciario, è l'asma bronchiale, specie nei primi anni di sua insorgenza, quando cioè non si sono ancora impiantati, in conseguenza di essa, enfisema polmonare, disturbi cardiaci e renali. Se il fiduciario esamina l'ass. nel periodo intervallare tra gli attacchi asmatici, non potendo rilevare clinicamente alcuna alterazione a carico dei

suddetti apparati, non può di conseguenza formulare la diagnosi di asma bronchiale. In questo caso solo la dichiarazione dell'assicurando che denunci pregressi attacchi asmatici può svelare la esistenza di essi.

Altra malattia che può essere con una certa facilità celata, è una pregressa pleurite senza postumi. Difatti, quando il quadro clinico è muto, nessun fiduciario potrà mai rilevare l'esistenza di una pleurite pregressa dal solo esame obiettivo, senza il concorso della radioscopia o radiografia. Se in seguito alla pleurite non si è avuto il caratteristico ispessimento pleurico che obiettivamente potrà essere rilevato da una ipofonesi alla percussione e da sfregamenti caratteristici all'ascoltazione nonchè da diminuzione dell'espansione del seno costo-diaframmatico corrispondente, solo l'esame radiologico potrà indubbiamente svelare piccole aderenze della pleura diaframmatica e mediastinica o eventuali residui di interlobiti o scissuriti che altrimenti sarebbero certamente sfuggite all'esaminatore.

E' qui evidente come la dichiarazione dell'ass. sia di importanza capitale, in quanto il fiduciario visita il più delle volte l'ass. al suo domicilio e non può sottoporre lo stesso ad esame radiologico del torace, si deve basare perciò essenzialmente sulle notizie anamnestiche personali date da lui. Infatti il giudizio del fiduciario sarà ben diverso nel caso di pregressa pleurite, in quanto si ritiene comunemente che un'affezione pleurica sia, nella maggioranza dei casi, di origine tubercolare.

Altra affezione che può sfuggire al sanitario, senza l'aiuto del dato anamnestico, è la *bronchiolite apicale* nel caso che non si avvertano fatti plessici nè ascoltatori evidenti.

L'ass. però, conscio del suo stato, può tacere disturbi subiettivi quali: feb-

briccole specie serotine, sudori notturni ecc., e quindi il medico fiduciario, non potendo rilevare alcunchè di evidente obiettivamente, nè trovando niente di sospetto nell'anamnesi, sarà indotto a dare il suo giudizio favorevole.

Ed ancora la cisti di echinococco profonda potrà non essere rilevata all'esame obiettivo specie se, per la sua sede molto vicina al mediastino, non potrà essere notato alcun cambiamento nei dati plessici e ascoltatori, essendovi interposto troppo tessuto polmonare tra essa e la pleura parietale. Pure in questo caso l'ass. che potrà anche, in buona fede, non sapere di essere affetto da echinococcosi, potrà celare i lievi disturbi a cui inevitabilmente andrà soggetto, quali lieve dispnea, senso di pesantezza al torace ecc. Anche in questo caso l'errore di giudizio del sanitario, dovrà essere imputato alla reticenza dell'ass. Infine anche la sifilide polmonare può indirizzare erroneamente la diagnosi del sanitario se l'ass. non denuncia una eventuale pregressa infezione luetica.

Così pure sfugge ad un esame clinico anche accurato, semprechè non venga corredato da esame radiologico, l'esito di ascesso polmonare in zona non molto profonda, guarito senza intervento operativo propriamente detto, ma semplicemente con puntura della cavità purulenta e suo svuotamento mediante siringa. Il tessuto cicatriziale residuo può non dare segni di alcun rilievo, ed il sanitario non può assolutamente farne la diagnosi se i dati anamnestici sono muti.

Per l'apparato circolatorio una delle lesioni che più facilmente può non essere rilevata all'e. o. è l'angina pectoris, se l'ass. che ne è affetto viene visitato nel periodo intervallare tra gli accessi stenocardici, quando cioè nessuna alterazione può essere rilevata a carico del cuore. Sempre in questo periodo anche l'esame elettrocardiografico può non

dare alcuna indicazione. E' sempre all'ass. che incombe il dovere morale di dichiarare il suo male.

Fra le malattie dell'apparato circolatorio che più si rendono manifeste con segni fisici, come i vizi valvolari e l'arteriosclerosi, vi possono essere forme non bene rilevabili obiettivamente: così la stessa stenosi mitralica in periodo di compenso può non offrire segni stetoscopici manifesti, pur avendo dato disturbi di un certo valore e ben rilevabili a colui che ne soffre.

Anche l'arterio-sclerosi cerebrale, pur dando luogo a disturbi premonitori di gravi apoplexie, che e indubbiamente non possono non essere rilevati dal malato, può clinicamente non dare alcun segno rilevabile dell'e.o.

Infine una malattia di esito sicuramente letale, di cui solo in questi ultimi anni se ne è vista la importanza ed è stata studiata da vari A.A. nei suoi dati sia clinici che anatomo-patologici, è la così detta « malattia di Buerger o trombo-angioite obliterante », sulla importanza della quale se ne è occupato anche lo Starna in questa rivista.

Insorge spesso con segni minimi, specie a carico delle dita delle estremità inferiori, segni che, sul principio passano inosservati anche al malato. Anche quando il male ha progredito iniziando la cangrena di un dito, l'ass. può, con un pò di astuzia, celare la lesione al medico fiduciario e, tacendo il dato anamnestico, indurre quello in errore.

In genere però, per quanto riguarda l'apparato cardiaco, ben poche lesioni possono sfuggire ad un attento esaminatore, ed è ben difficile per l'ass. sia il dissimularle sia lo sperare che, tacendo dati anamnestici, il sanitario non rilevi dei sintomi tali da suscitare per lo meno il sospetto della loro esistenza.

Di tutti gli altri apparati, dopo i due precedentemente esaminati, il più im-

portante per le affezioni che possono essere taciute, è *l'apparato digerente* che, per buona parte della sua estensione, è racchiuso nell'addome il quale è veramente un « libro chiuso » per il sanitario che ne vuol scrutare i segreti. Le dichiarazioni dell'ass. sono quì di capitale importanza per scoprire l'esistenza di eventuali affezioni, poichè è questo il campo dove il dissimulatore può svolgere più efficacemente la sua attività.

Così le gastro-enteriti, le ulcere gastriche e duodenali, le coliti, sono affezioni la cui esistenza è possibile rilevare solo in base ai dati anamnestici, in quanto gli eventuali segni clinici, come il dolore alla palpazione in sede d'ulcera, possono benissimo venir celati dal dissimulatore. Se l'ass. tace la presenza di catarro nelle feci, di dolenzia all'addome, di eventuali vomiche, di feci di colorito nerastro (indicanti la presenza di sangue proveniente dalle alte vie) e così via, il medico non può in alcun modo formulare una diagnosi.

Ancora più arduo appare il compito del fiduciario quando gastro-enterite, colite, ulcera gastrica e duodenale sono antiche ed in periodo di miglioramento e quindi non è neppure necessario che l'ass. dissimuli eventuali dolori inesistenti.

Il sanitario non ha elemento alcuno, salvo i dati anamnestici, per poter diagnosticare la loro progressa esistenza.

Malattia molto frequente è la appendicite per diagnosticare la quale il sanitario non ha altro elemento che il dato anamnestico di progressa coliche appendicolari. Il rischio assicurativo è maggiore quanto più frequenti sono state le coliche e quanto meno tempo è intercorso tra il manifestarsi dell'ultima di esse e la stipulazione del contratto, ed è ovvio come l'ass. che le ha sofferte sia sempre sotto la minaccia di una appendicite acuta che potrebbe anche tra-

sformarsi in vera e propria peritonite diffusa per perforazione dell'appendice con le relative gravissime conseguenze. Anche in questo caso appare evidente quanta importanza abbia il dato anamnestico per l'Istituto assicuratore.

Come per gli attacchi di appendicite è necessario fidarsi solamente sul dato anamnestico, così per le progressa coliche epatiche l'anamnesi ha una importanza capitale. Infatti nessun dato obiettivo fa rilevare al medico eventuali alterazioni epatiche o della cistifellea nel periodo intervallare tra una colica e l'altra, specie se la visita viene effettuata molto tempo dopo la insorgenza della colica. Ed infine possono venir celate le forme neoplastiche di tutto il tubo digerente, specialmente del retto, ove solamente la esplorazione rettale potrebbe rilevarne la presenza.

Per quanto riguarda *l'apparato urinario* il dato anamnestico è di capitale importanza per diagnosticare una progressa nefrite o progressa coliche renali anche di data recente, quando il referto urinario sia completamente negativo per elementi patologici, quali cilindri e corpuscoli rossi. Anche una idronefrosi nel periodo iniziale, della cui esistenza l'ass. sia consapevole per essergli stata precedentemente diagnosticata, può sfuggire ad un esame accurato, specie se trovasi in periodo così detto « chiuso » e l'esame delle urine risulti, per conseguenza, completamente negativo.

Altra affezione di cui il medico fiduciario, non può rilevarne la presenza e si deve quindi basare essenzialmente sulla dichiarazione resa dall'ass., è la ipertrofia della prostata, la quale potrebbe solamente essere rilevata clinicamente mediante sondaggio uretrale o esplorazione rettale. L'ass. può celare al medico i fastidiosi disturbi cui va incontro, come l'orinare per rigurgito, a goccia a goc-

cia, in base ai quali viene formulata la diagnosi.

Tra le *malattie infettive* di capitale importanza ai fini assicurativi in riguardo alla prognosi della vita dell'ass. è la esistenza della lue. Questa dalla maggioranza degli individui viene considerata come malattia « vergognosa » e perciò appunto da nascondersi. Ne consegue che, chi ne è affetto, è portato a tenerla celata il più possibile e quindi è più che mai restio a denunciarla ad un sanitario che non sia il medico di famiglia o lo specialista.

Così è molto difficile che il fiduciario dell'Istituto Assicuratore possa apprendere la esistenza della sifilide dall'ass. che ne fosse affetto, e d'altra parte sarà impossibile al sanitario formularne la diagnosi se la visita di assicurazione viene fatta nel periodo di tempo che intercorre tra il primo e il secondo stadio o tra il secondo e il terzo stadio del male. Nessun sintomo obiettivo sarà allora evidente e solo l'ass. potrà, con la sua dichiarazione, svelare il male da cui è affetto.

Il Vicentini, su questa Rivista, in uno studio su « L'accettazione dei sifilitici in assicurazione vita allo stato attuale », avverte come sia bene tener presente che nelle malattie nervose terziarie proprio le remissioni consecutive alla malarioterapia possono condurre all'accettazione in assicurazione vita, in buona o mala fede dell'ass., dei rischi pessimi.

Anche le reazioni sierologiche quali le Wassermann, Kahn, Meinike, Citol, ecc. possono dare esito negativo in individui che abbiano in precedenza subito qualche cura.

Il C.I.R.T. in questi ultimi anni, ha dato la possibilità al maggior numero di individui affetti da lue di beneficiare della previdenza assicurativa, pur con sovrappremi varianti a seconda dell'età del soggetto, dell'epoca e delle manife-

stazioni del male nonchè della continuità delle cure eseguite.

Tra le affezioni del *ricambio* la glicosuria può venire celata con accorgimenti opportuni e quindi, per quella transitoria o alimentare, può non trovarsi affatto glucosio nelle urine. E' la dichiarazione dell'ass. che deve far rilevare la esistenza di questo: infatti il sanitario non ha mezzo alcuno per diagnosticare un pregresso diabete melito in individuo che si sia sottoposto ad appropriata cura insulinica e dietetica, in conseguenza delle quali il reperto urinario sia completamente negativo.

Così pure si potrà dire per la gotta, se la visita viene fatta nei periodi intervallari tra gli accessi gottosi e se ancora non si sono impiantate alterazioni a carico del sistema osteo articolare. Solo l'assicurando, con la sua dichiarazione può svelarne la esistenza. E' ovvio che un individuo con alterazione del ricambio è minorato di fronte a tutte le molteplici influenze che possono agire sfavorevolmente nell'organismo umano e di conseguenza il rischio di assicurazione non può essere normale.

A carico dell'apparato *genitale femminile* la esistenza di un carcinoma uterino, specie se all'inizio della sua insorgenza, quando cioè abbia dato solo sensazioni moleste subbietive e non si rilevi obbiettivamente il caratteristico dimagramento e colorito della cute, può passare inosservato.

Altro apparato insidioso per il medico fiduciario è il *sistema nervoso*. L'affezione che più comunemente e con più facilità può venire celata al sanitario è l'epilessia. Essa infatti, pel periodo intervallare degli accessi, non dà manifestazione alcuna su cui il medico possa fondare la diagnosi o sospettarne la esistenza. L'ass. che ne è affetto appare perfettamente nor-

male e soltanto la sua dichiarazione può svelare l'affezione, in quanto anche eventuali piccole cicatrici al capo, da ferite prodotte con la caduta durante gli accessi, possono molto semplicemente essere attribuite dall'ass. a lesioni banali avute in questo o quell'altro incidente. E l'Istituto Assicuratore, a mezzo del suo fiduciario, è impossibilitato a provare la vera causa.

Oltre l'epilessia, in individuo con pressione normale e senza segni clinici evidenti, non è possibile sospettare una pregressa trombosi o emorragia pericapsulare che, se avvengono nella regione posteriore o lenticolare, possono dare guarigione clinica completa (casi in A. Vita ricordati da Marsella). Anche in questo caso solo l'anamnesi veridicamente riferita, è capace di svelarne la pregressa esistenza.

Invece alquanto difficile ad esser celata è la *paralisi progressiva* che può avere remissione completa della sintomatologia in individuo che si sia precocemente assoggettato alla malarioterapia. Anche in questo caso il fiduciario nulla troverà da cui poter sospettare una infezione luetica che solo il dato anamnestico può svelare.

Inoltre sono esclusivamente affidate all'anamnesi le forme, dirò così, prettamente mentali discontinue, quali la melanconia periodica, la mania periodica e la pazzia circolare.

Infine le pregresse affezioni *otitiche*, il cui reperto posso dire, sia abbastanza abbastanza frequenti in medicina assicurativa, possono sfuggire alla visita medica, in quanto generalmente il fiduciario che visita non è specialista in otoiatria e per conseguenza a lui sfugge la presenza di eventuali perforazioni. La presenza di eventuali perforazioni. La possibile ipoacusia residua, con un pò di accorgimento, può venire celata dall'ass., e quindi anche in questo caso,

solo il dato anamnestico potrà far rilevare al fiduciario la esistenza degli esiti della pregressa affezione. Anche qui il rischio assicurativo non può essere normale in quanto l'individuo che ne ha sofferto è un minorato e può eventualmente ricadere nel male con i pericoli che incombono su tutte le affezioni otogene.

Per quanto riguarda le affezioni *osteo-articolari* interessanti la medicina assicurativa, e di cui il solo dato anamnestico può rilevarne la presenza, di capitale importanza è il reumatismo articolare cronico.

Infatti quando queste affezioni sono state di non molta gravità nè molto durature, tali da non lasciar segni fisici manifesti nè a carico delle varie articolazioni nè a carico del cuore, solo l'ass. con la sua dichiarazione può svelare la pregressa sofferenza. E per l'Istituto Assicuratore, il rilevare una affezione reumatica, è di importanza non indifferente, in quanto ben si conoscono le alterazioni organiche, specialmente cardiache, che tale affezione induce nell'organismo umano.

Sempre nel campo dei dati anamnestici personali, importanza ha il conoscere la professione dell'ass. Infatti diverse sono le malattie indotte dalle professioni, così coloro che per ragioni di impiego sono a continuo contatto con pulviscolo emanato dal materiale lavorato, sono più esposti ad ammalarsi di affezioni polmonari, specie tbc.; i lavoratori del piombo vanno incontro ad un lento avvelenamento (saturismo); gli impiegati che conducono una vita sedentaria sono maggiormente esposti a disturbi gastro-enterici ecc. per cui si può quasi dire che molte professioni comportano predisposizione verso una determinata alterazione a carico dell'organismo.

Il conoscere le abitudini di vita, specie

per quanto si riferisce al bere ed al fumare, è di somma importanza nel campo assicurativo: un bevitore andrà facilmente incontro alla cirrosi epatica ed alla ipertensione con conseguenti emorragie cerebrali; un fumatore sarà più facilmente colpito da catarro bronchiale cronico, tbc., e da alterazioni gastriche.

* * *

Troppo spesso, afferma il Barnabei, si suol ripetere che l'Istituto Assicuratore ha la sua garanzia con il risultato della visita medica, e quando questo sia riuscito favorevole per l'ass. stesso, il contratto deve essere ritenuto valido. Da quanto esposto appare invece ben chiaramente quali e quante siano le affezioni la cui esistenza in atto o pregressa può venire abilmente celata e solo il dato anamnesticò reso con piena coscienza di dire il vero, può svelare.

Dice il Lefort nel suo trattato di assicurazione: « L'esame medico ha un valore reale ma non bisogna esagerarne l'importanza. La visita che fa subire il medico non può avere alcun risultato se il malato, invece di guidare l'uomo dell'arte con risposte sincere ed esatte, gli nasconde sintomi e dà false indicazioni ».

Ed il Vivante: « Se si ammette la validità dell'affare perchè il medico della Compagnia si è ingannato, si verrebbe a premiare la malizia dell'assicurato perchè seppe ingannare anche il medico ».

Da ciò è evidente quale e quanta importanza abbiano le dichiarazioni rese dall'assicurando per il giudizio prognostico in assicurazione vita.

Ritengo che il medico fiduciario che si accinge a visitare un assicurando, debba essere per quanto possibile scrupoloso, ed usare nel contempo molto tatto per non infastidire l'ass. che, in generale, già mal volentieri si sottopone alla visita. Ma ove più specialmente si ha da vedere la valentia del medico è nella raccolta dell'anamnesi.

Abbiamo più sopra enumerato quante e quali siano le affezioni che solo il dato anamnesticò può svelare; sta alla perizia del fiduciario, con appropriate domande e con l'afferrare nelle risposte date dall'ass. i minimi particolari, riuscire a svelare l'esistenza di eventuali affezioni in atto o reliquati, che i dati clinici non possono far rilevare.

Molti fra gli assicurandi hanno qualcosa, nei loro dati anamnesticò, che ritengono sia utile celare al medico per tema di possibili sovrappremi, perchè non conoscono affatto l'importanza che annette l'Istituto Assicuratore alle dichiarazioni da loro date. Altri per abbreviare il tempo di visita, dichiarano con molta leggerezza al sanitario di non aver mai sofferto di malattia alcuna e ciò può portare alla contestabilità della polizza per dichiarazioni reticenti o false.

Non debbono gli assicurandi illudersi se la visita medica è risultata favorevole: essi si debbono invece preoccupare più di quanto oggi si preoccupino, di aver rese dichiarazioni veritiere.

Solo così il contratto di assicurazione può raggiungere la sua perfezione ed il rischio può essere valutato nella sua reale essenza.

Per fortuna il numero delle polizze contestate per raggiro o malafede al momento della stipulazione del contratto vanno diminuendo perchè il Regime ha plasmato l'anima del popolo sì da fargli ritrovare la sua coscienza morale per sempre maggiormente potenziare l'unità della Nazione.

Pesi medi di 13.080 assicurati maschi dell'I.N.A. sinistrati per tutte le cause di morte nel decennio 1926 - 1935

Altezza	GRUPPO DI ETÀ ALL'INGRESSO						Altezza	GRUPPO DI ETÀ ALL'INGRESSO					
	Casi osservati	20-35 anni	Casi osservati	35-50 anni	Casi osservati	50-65 anni		Casi osservati	20-35 anni	Casi osservati	35-50 anni	Casi osservati	50-65 anni
150	6	59,50	11	59,36	3	63,33	168	289	69,19	512	73,61	228	74,28
151	6	54,33	7	53,86	2	63 —	169	156	69,39	292	74,47	87	77,47
152	9	59 —	14	61,21	9	60,11	170	354	70,78	612	76,35	262	77 —
153	11	60,64	14	64 —	9	63,44	171	124	70,23	257	76,60	92	76,72
154	25	59,40	31	61,32	19	63,11	172	283	72,31	478	77,78	181	80,14
155	26	57,89	47	63,51	24	65,75	173	161	72,35	231	78,14	82	78,92
156	39	58,85	78	63,58	35	65 —	174	148	73,86	209	78,98	75	79,36
157	31	61,07	62	65,29	31	68,65	175	181	74,37	293	79,60	112	82,30
158	47	62,60	97	64,84	42	66,83	176	131	74,50	166	80,31	70	82,19
159	44	61,68	76	66,90	28	67,89	177	69	76,46	95	81,66	32	84,22
160	145	62,52	258	68,47	123	69,87	178	97	77,53	162	81,25	62	82,16
161	74	61,62	122	67,64	52	71,15	179	53	75,64	62	85,13	21	83 —
162	145	64,56	297	67,89	100	70,62	180	85	78,37	88	87,30	46	86,85
163	140	64,08	271	69,99	94	72,42	181	27	81,04	37	83,27	16	85,69
164	162	65,28	288	70,40	102	71,69	182	33	80,30	51	87,71	12	87,17
165	311	66,20	522	71,01	181	71,32	183	21	80,95	19	86,11	6	83,83
166	185	67,62	338	71,86	149	73,96	184	14	79,57	16	89,13	8	89,13
167	260	68,87	474	72,17	168	73,64	185	12	81,58	18	84,61	8	85,63

Indagini di statistica medica

L'ASSISTENZA SANITARIA AGLI ASSICURATI DELL'I. N. A.



Corporate Heritage & Historical Archive

DALLE RIVISTE CHE RICEVIAMO IN CAMBIO

Accademia Medica, settembre 1937, n. 9, Genova.

DE FLORA, *Il ricambio dell'acido urico endogeno nell'ipertermia provocata.*

L'ipertermia provocata da soluzioni colloidali di zolfo determina iperuricemia ed iperuricuria per breve tempo e ciò, secondo l'A., è dovuto alla leucocitosi ed alla distruzione dei globuli rossi.

CARNESECCHI, *Diagnosi della tubercolosi renale.*

In base ai risultati clinici riferiti, allorchè nell'anamnesi si sospetta tale lesione, viene consigliato un metodo di indagine e di esame secondo un certo ordine ad evitare inutile perdita di tempo.

Annali di Medicina navale e coloniale, settembre-ottobre 1937, fasc. 9-10, Roma.

MARRAS, *Studio comparativo fra i caratteri batteriologici del vibrione di Eitor e quelli del vibrione del colera.*

L'A. conclude trovando insufficienti le prove sierologiche per la differenziazione di un germe dall'altro; le agglutinazioni crociate, la batteriolisi e la fissazione del complemento sono identici; ciò nonostante l'A. crede si tratti di due specie differenti.

GUAZZERI, *Due casi di ascesso epatico da ameba.*

L'A. descrive due casi, nei quali, previa puntura esplorativa, gli ascessi vennero incisi con abbondante vuotamento delle sacche; la guarigione si ebbe in poche settimane, mentre la cura medica avrebbe richiesto più tempo.

IACOBELLI, *Frattura della laringe; tracheotomia d'urgenza.*

Si descrive un caso clinico traumatico, nel quale si ebbe gravissima asfissia per sopravvenuto edema della glottide. Una tracheotomia d'urgenza salvò il soggetto e la cannula tracheale fu tolta dopo quattro giorni.

PACE, *Studio clinico statistico sulla morbillità fra la gente di mare in rapporto all'ambiente « nave ».*

L'A., che è Direttore Sanitario della motonave « Saturnia », ha trovato che prevalgono di gran lunga i traumatismi nel 43 %; segue l'apparato digerente con il 13 e le infezioni chirurgiche con l'8. Tutti gli altri apparati con percentuali inferiori.

ANDRUZZI, *Norme igieniche per chi si reca in Colonia.*

E' una conferenza tenuta come prolusione al Corso di Integrazione di Medicina Veterinaria, in cui vengono posti i primi quesiti di igiene coloniale e la loro migliore soluzione in base alla ricca esperienza acquistata dall'A., che è vissuto a lungo in Africa Orientale.

Assistenza Sociale, agosto 1937, n. 8, Roma.

LATTES, *L'applicazione della nuova legge per quanto concerne le malattie professionali.*

Riconosciuto il carattere temporaneo dell'assicurazione attuale mette in evidenza l'importanza del cumulo assicurativo tra infortuni e malattie del lavoro per cui si richiede un accurato accertamento per le inabilità inferiori al minimo.

BERTON, *Criteri d'interpretazione della nuova legge infortuni per quanto ha riferimento alle concause posteriori d'invalidità.*

La nuova legge nulla ha innovato in ordine alle concause posteriori d'invalidità nè in ordine all'istituto della revisione, nella quale, praticamente si risolve l'indagine sulle variazioni dell'attitudine lavorativa dell'infortunio.

Baglivi (II), settembre-ottobre 1937, n. 5, Firenze.

MICHELI, *Anemia perniciosa in soggetto luetico e diabetico.*

L'A. descrive un caso in cui l'infezione luetica concomita con una sindrome corrispondente veramente a quella dell'anemia perniciosa classica, e nel quale ha portato giovamento la terapia epatica e non quella antiluetica.

MONALDI, *Il diaframma nella regolazione dei rapporti fra torace e addome.*

E' uno studio fisiologico-clinico e un'impostazione del pneumoperitoneo in terapia.

MARCOLONGO, *Importanza fisiopatologica e clinica delle zone vasosensibili nella ipertensione della glomerulonefrite diffusa acuta.*

In questo numero viene pubblicata solo la prima parte dell'articolo, nella quale si tratta della bradicardia e del suo significato fisiopatologico nei riguardi dell'aumento pressorio e del collegamento fra bradicardia e ipertensione arteriosa al primo inizio del processo glomerulo nefritico.

GRASSI, *Pancreatiti sub-acute (tre casi clinici).*

Data la rarità dell'affezione, l'A. ne descrive tre casi, nei quali la diagnosi venne sempre fatta valendosi anche di alcuni degli esami di laboratorio e sempre dell'esame radiografico nei quali la cura chirurgica ha dato ottimi risultati.

Biochimica e Terapia sperimentale, settembre 1937, fasc. IX, Milano.

CALABRESI E ROCCHINI, *Sugli scambi gassosi ematotissurali nell'edema dei cardiaci.*

Le ricerche eseguite in cardiopatici in scompenso, su campioni prelevati contemporaneamente, di sangue venoso refluo da territori edematosi e non edematosi, hanno dimostrato, nella maggioranza dei casi, una minore utilizzazione del sangue proveniente dai tessuti edematosi.

DAL POZZO, *Colpo di calore e timestomia, glicemia e variazioni ponderali di alcuni organi.*

Negli animali timestomizzati rispetto ai controlli, la glicemia è lievemente più elevata. Alla morte per surriscaldamento l'iperglicemia è più spiccata; anche il residuo secco del sangue è leggermente più alto; i pesi del fegato e della cistifellea sono inferiori, mentre la milza pare ingrossata.

FANO E ZANELLA, *La vitamina «C» nelle banane.*

Tali A.A. determinato il tenore dell'acido ascorbico secondo i diversi gradi di maturazione, constatano che esso, e quindi la vitamina «C», diminuisce col progredire della maturazione del frutto.

Critica Medico-sociale, ottobre 1937, n. 10, Roma.

AIELLO, *Medici di ospedale nell'assicurazione sociale.*

Ricordato come l'attuale sistema previdenziale presenti delle lacune e delle interferenze, con notevole dispendio di energia, propone che l'I.N.F.P.S. collabori più strettamente con le Mutue ed ugualmente l'O.M.I. operi sotto la vigilanza della Direzione Generale della Sanità Pubblica.

RICCI, *Il problema demografico dal punto di vista medico-politico-sociale.*

Avendo osservato che circa il 20 % del personale impiegatizio è femminile, lamenta come i 4/5 di questo sia nubile e ne trova la ragione nell'indipendenza economica, nelle unioni extra legali e in un'avversione acquisita per il compagno di lavoro; a correggere tale deviazione demografica propone la tassa sul nubilato.

Difesa Sociale, agosto 1937, n. 8, Roma.

NANNINI, *Attitudini dell'operaio italiano ad acclimatarsi nell'Impero.*

Si dimostra che l'Impero è particolarmente adatto, sotto ogni aspetto alla penetrazione e alla colonizzazione del lavoratore Italiano senza alcuna sostanziale differenza fra le varie Provincie, Compartimenti e Regioni del Regno.

NICEFORO, *Per la storia numerica dell'alimentazione italiana.*

Sono alcune pagine riassuntive sul metodo statistico e studio sull'alimentazione della popolazione italiana. (continuazione al prossimo numero).

DE TONI, *Principali indicazioni delle cure idro-minerali nella profilassi delle malattie infantili e necessità di adattare razionalmente a questo compito le nostre stazioni di cura.*

Vengono elencate le acque minerali italiane che possono trovare un utile impiego nel campo pediatrico, nel campo della profilassi infantile ed espone ciò che si è fatto finora in Italia ed all'Estero nei riguardi dell'organizzazione delle cure idro-minerali per i bambini.

AIELLO E PEZZA, *L'alimentazione e l'ambiente rurale nel determinismo della mortalità infantile.*

Hanno potuto accertare una maggiore frequenza nei bambini dei rurali di disturbi della nutrizione di infezioni da brucella, di malaria, di forme reumatiche, di anchilostomiasi. Le affezioni acute dell'apparato respiratorio decorrono invece in maggior numero nei centri urbani, ad eccezione della pleurite purulenta; parimenti per la tubercolosi mentre la malattia di Heine-Medin e la Leishmaniosi sono più frequenti nelle zone agricole.

Folia Medica, settembre 1937, n. 18, Napoli.

MICHELAZZI, *Osservazioni sul mielogramma e sulla formula eritrocitometrica periferico midollare nella cirrosi epatica.*

Viene constatata una macrocitosi dei globuli rossi midollari assai più notevole di quella periferica e vengono messi in evidenza segni notevoli di attività rigenerativa degli elementi eritroblastici.

CASTELLANO: *Osservazioni sull'andamento epidemico della poliomielite in Palermo (città e provincia) nell'anno 1936 e precedenti.*

L'A. fa considerare che nelle località prese in esame la poliomielite da endemica nel 1936 ha avuto un sensibile andamento epidemico. Secondo l'A. la trasmissione sarebbe avvenuta per contagio diretto da portatori precoci, da ammalati di forme abortive e da portatori sani, senza escludere le sostanze alimentari, il latte e la polvere.

VITO, *Contributo alla conoscenza delle forme atipiche della sindrome Schuller-Christian.*

Vien descritto una forma incompleta di sindrome di Schuller-Christian nella quale la Roentgenterapia è stata efficace e vengono descritte le modificazioni avvenute dopo due anni dal trattamento.

Forze Sanitarie (Le), settembre 1937, n. 18, Roma.

VERCESI, *Questioni di attualità sull'aborto.*

Vengono prese in considerazione specialmente nell'aborto spontaneo le cause paterne, materne e ovariali.

GERMINO, *Il problema della difesa igienica dell'Esercito in guerra sotto l'aspetto logistico.*

Vengono elencati i mezzi predisposti per la difesa igienica dell'Esercito in guerra. Dopo i mezzi, sono indispensabili i quadri nei riguardi della selezione e della razionale utilizzazione degli Ufficiali Medici.

CONSOLI, *La nuova cura di Maurizio Ascoli nella malaria.*

Nei malarici sottoposti alla cura endovenosa di surrenasi secondo il metodo di Maurizio Ascoli, l'A ha potuto constatare miglioramento delle condizioni generali, tolleranza da parte del paziente e persistente riduzione del tumore di milza dopo vari anni.

Il Giardino di Esculapio, ottobre 1937, n. 4, Milano.

N. N., *L. Galvani.*

Nel secondo centenario della nascita del grande fisico, viene rievocata tutta la sua vita di studioso e le sue esperienze sulla rana.

N. N., *C. Botta.*

Viene tracciata la vita di questo grande medico del Risorgimento.

Giornale di Medicina Militare, settembre 1937, fasc. 9, Roma.

FERRI, *Ricerche sulla sensibilità individuale della cute umana all'iprite.*

Le soluzioni inferiori al 0,5 % hanno dato reazioni positive solo in bassa percentuale; la sensibilità individuale a questa soluzione è stata divisa a seconda la reazione ottenuta in lieve, media, intensa; i bruni sono un po' più resistenti.

BUCCIANTE, *Il servizio oculistico nell'Esercito Italiano durante la guerra mondiale.*

In questo articolo, che è una parte della relazione circa le organizzazioni presso le varie Armate, sono esposti i dati statistici della VII Armata e del Corpo di Spedizione in Albania ed in Macedonia.

PALAZZI, *A proposito dell'impiego della naftalina nelle cangrene consecutive a gravi traumi della faccia.*

Sono riferiti alcuni casi clinici curati nel Reparto Stomatologico d'Armata, presso l'Ospedale da Campo 77 in A. O., nei quali la cangrena settica delle parti molli endo-orali vennero curati brillantemente, specie allorché esistevano sequestri ossei putridi.

BATTISTONI, *Su alcuni casi di febbre tifoidea abortiva.*

L'A. espone il quadro clinico di 89 casi di febbre verificatisi nelle truppe operanti alle grandi manovre del 1935 e ne illustra e discute la interpretazione, ritenendoli dovuti ad infezione tifoidea abortiva in soggetti già vaccinati.

VIOLATO, *Osservazioni epidemiologiche e cliniche su casi di lebbra osservati nel territorio dei Galla e dei Sidamo.*

L'A., segnalata la presenza della malattia in quel territorio, riferisce le condizioni epidemiologiche e cliniche, soffermandosi specialmente sulle lesioni trofiche osteo muscolari; sui tentativi di cura con il bleu di metilene non può dare conclusioni per la brevità del periodo di osservazione.

PERO, *Nuove conoscenze sull'etiologia dell'accesso epilettico e loro importanza in medicina legale e militare.*

Ha sperimentato la pituitrina che contemporaneamente al carico di acqua altera il ricambio idrico e provoca l'accesso epilettico; ritiene che tale metodo possa riuscire di notevole utilità in medicina legale e militare per giungere alla diagnosi sollecitamente.

Giustizia del Lavoro (Ia), agosto-settembre 1937, n. 8-9, Roma.

PALOPOLI, *Legislazione del lavoro e ordinamento sindacale corporativo nelle Colonie. (Continuazione).*

In questa parte si tratta dei contributi sindacali, dell'organizzazione interna delle associazioni professionali, dell'amministrazione delle associazioni sindacali, del contratto sugli Enti sindacali ed infine del contratto collettivo.

SOLMI, *La riforma dei Codici nel Regime Fascista.*

E' una conferenza tenuta a Bari nel settembre scorso da S. E. il Ministro Guardasigilli, nella quale vengono illustrati i principi che guideranno alla riforma dei Codici, tenuto presente la concezione dello Stato Fascista come l'ha voluto il Duce nella sua essenza, nei suoi compiti, nella sua finalità.

Medicina Nuova, settembre 1937, n. 9, Roma.

STAGNITTA, *Sulla diagnosi precoce della tubercolosi polmonare.*

L'A. insiste sul primato italiano nel campo della profilassi antitubercolare; accenna ai risultati della cura sanatoriale e riporta la diagnosi precoce ai lumi dell'analisi microscopica dell'espettorato in ogni caso sospetto di tubercolosi polmonare.

Milizia Sanitaria, ottobre 1937, n. 20, Roma.

DE SANCTIS, *Il problema dei problemi.*

Viene messa in evidenza l'importanza della collaborazione dei medici condotti nella campagna per il problema demografico.

GASPARRO, *Lo spopolamento della Francia.*

Riferendosi all'andamento della natalità in Francia, fa presente come si debba andar cauti nell'interpretazione troppo catastrofica delle statistiche, se non si tiene nel giusto conto il grave perturbamento apportato dalla guerra mondiale anche nelle natalità di quell'epoca.

Ospedale Maggiore (L'), settembre 1937, n. 9, Milano.

SANSONE, *Calcemia e cloruremia nei loro rapporti con la secrezione gastrica.*

Da questo studio risulta che il tasso dei cloruri ematici si abbassa con l'aumentare dell'acidità gastrica e il tasso del calcio ematico si innalza pure parallelamente alle variazioni dell'acidità gastrica. Anche il tasso calcemico a digiuno è generalmente in rapporto con l'andamento secretivo gastrico.

SCHIAVO, *Sulla cura delle polmoniti e broncopolmoniti influenzali col timolo.*

L'A. espone i risultati ottenuti in 50 casi di polmonite e broncopolmonite curati col Mentopin. Questo preparato risultò efficace anche nelle forme bronchiali di natura influenzale.

Rassegna Clinico Scientifica, ottobre 1937, n. 10, Milano.

SALLA, *La paralisi da iniezione profilattica di siero antitetico.*

L'A. illustra un caso di paralisi da iniezione profilattica di siero antitetico guarita molto rapidamente.

FRANCO, *Sulle leishmaniosi e sulla opportunità di una precisazione della terminologia.*

Descrive le varie forme comuni di leishmaniosi, indi fa una rivista critica delle diverse denominazioni. (Il lavoro continua).

JACCHIA, *L'endocardite meningo-coccica.*

Viene illustrato un caso di endocardite meningo-coccica confermato all'autopsia e viene discussa la patogenesi, l'anatomia patologica, la sintomatologia, la diagnosi, la prognosi e la cura di questa forma morbosa.

Rassegna di Medicina Industriale, agosto 1937, n. 4, Torino.

VIGLIANI e VALLE, *I doveri del medico nella politica demografica del Regime Fascista.*

L'opera del medico in favore dell'incremento della stirpe viene suddivisa in vari periodi della vita umana nei quali essa si esplica.

Fra le malattie dell'età adulta che causano maggior danno demografico, viene dato particolare rilievo alla tubercolosi, alle malattie sessuali, all'alcoolismo, alle cardiopatie, alle nefriti.

GRIVA e VIGLIANI, *Anemia aplastica da benzolo.*

Viene descritto un caso grave di anemia aplastica da benzolo con esito di apparente guarigione; ne viene discussa la patogenesi e

vengono fatte alcune considerazioni sulla possibilità terapeutica di questa forma morbosa.

Rivista Sanitaria Siciliana, ottobre 1937, n. 20, Palermo.

RABBONI, *Fenomeni dissociativi nella batteriemia post-operatoria.*

Viene messo in evidenza come la batteriemia consecutiva agli interventi settici ed asettici sia di breve durata e si verifichi più frequentemente dopo i primi; si rileva inoltre come scarsi siano i fenomeni dissociativi dei germi presenti in circolo.

Terapia, settembre 1937, n. 19, Milano.

CIANTINI, *Su alcune recenti acquisizioni in tema di sieroterapia anticolibacillare.*

Dai risultati delle ricerche di vari AA. è risultato che esiste per tutti i germi un antigene somatico completo risultato dell'unione labile fra un polisaccaride specifico ed una proteina. Recentemente si è potuto accertare che il b.coli può essere neutralizzato dalle sue proprietà tossiche con iniezioni ripetute di questo antigene somatico che chimicamente è identificato in un complesso lipoido-glucidico.

THOMAS e CHERRY, *L'azione della ghiandola mammaria sulle ovaie.*

E' una nota preliminare nella quale gli AA. dagli esperimenti fatti sulle femmine del coniglio e ratto stimolate dall'ormone gonadotropico con iniezioni simultanee di estratti mammari, hanno dimostrato una chiara inibizione e un ritardo nella maturazione del follicolo con diminuita produzione di estrina. I risultati clinici nella menorragia di origine ghiandolaire trattata con la terapia mammaria, parrebbero dimostrare che la sua azione sulle ovaie è quella di inibire la produzione dell'ormone estrogeno.

Tubercolosi, settembre 1937, n. 9, Roma.

FICI, *La tubercolosi dei negri.*

In questo numero è pubblicata la seconda parte del lavoro e le conclusioni dalle quali si deduce che la malattia è in aumento nelle coste e che tale razza presenta un potere immunitario inferiore a quello della razza bianca; in complesso l'indagine conferma la teoria di Calmet e di Bruno Lange, ma non quella di Hoebeke.

La pagina per il Medico fiduciario

La palpazione del fegato

La palpazione nell'esame obbiettivo del fegato, per la facilità con la quale può essere eseguita e per l'importanza che ha nel rilievo dei segni patologici a carico di questo organo, rappresenta una manovra semeiologica di indiscussa utilità nelle visite mediche per gli assicurandi. Non riteniamo fuori luogo pertanto il ricordare sommariamente quali dati bisogna con l'esecuzione di essa porre in rilievo.

Premettiamo che in condizioni fisiologiche è palpabile soltanto il lobo sinistro del fegato. Esso infatti normalmente sporge dall'arcata costale in corrispondenza della linea parasternale sinistra, occupa lo spazio mediano per un tratto compreso tra questa linea e la emiclaveare destra, a livello della quale il fegato si perde sotto le coste.

In condizioni patologiche, quando cioè si verifica un ingrossamento del fegato (epatomegalia) o un abbassamento di esso (epatoptosi) la superficie epatica rilevabile alla palpazione al di sotto l'arcata costale aumenta per una estensione variabile secondo i casi.

I dati che maggiormente interessa rilevare sono i seguenti:

Estensione della superficie palpabile. — E' varia in rapporto alla lesione epatica, al grado ed alla natura di essa e può anche raggiungere proporzioni notevoli come in alcune forme di cirrosi, nel morbo di Pick, nel Kala-azar, nei tumori, nelle cisti da echinococco, ecc.

Essa può avere notevole valore in quanto, entro certi limiti, è indizio della gravità, durata e natura della lesione.

Viene espressa più comunemente indicando le distanze tra il margine inferiore del fegato e l'arcata costale lungo le varie linee semeiologiche longitudinali del tronco procedendo da sinistra verso destra e dalla parte anteriore alla posteriore.

Consistenza. — In linea generale è maggiore quanto più vecchio è il processo morboso. In particolare è normale o quasi nel fegato ptosico, è modicamente aumentata nell'epatomegalia da stasi, è manifestamente dura in tutte le forme di cirrosi, nella epatite luetica, nella splenomegalia malarica, nel Kala-azar, ecc.; raggiunge la durezza lapidea nel carcinoma e nella degenerazione amiloide; può essere infine elastica o addirittura fluttuante nelle cisti da echinococco, negli ascessi, nei cistomi, ecc. che si estrinsecano verso la superficie esterna.

La consistenza pertanto è un dato che in particolar modo ragguaglia sulla durata e la natura del processo morboso.

Superficie. — Può essere liscia, così come nel fegato ptosico, nella stasi, nella degenerazione amiloide, ecc. od irregolare. In questo secondo caso può assumere in rapporto al carattere anatomico patologico della lesione i seguenti aspetti:

Scabra o granulosa (es. cirrosi epatiche), lobata (es. epatite luetica), bernoccoluta (es. carcinoma), a grosse tumefazioni lisce (es. cisti da echinococco).

Margine. — Il margine inferiore del

fegato, quando questo non è morfologicamente alterato, presenta due incisure, di cui una, la mediale, corrisponde al ligamento sospensorio, l'altra, la laterale, alla cistifellea. Il riconoscimento di tali incisure rilevabili lungo il margine inferiore può essere prezioso per decidere, nei casi dubbi, se si tratti del fegato o di tumefazione appartenente a qualche altro organo.

Il margine può apparire alla palpazione tagliente, arrotondato od irregolare. Tagliente è nel fegato ptosico, nella stasi acuta, più o meno arrotondato nelle cirrosi, nella stasi cronica, nella degenerazione amiloide, nella epatomegalia malarica, ecc.; irregolare può presentarsi nel carcinoma, nella lue e nella cisti di echinococco.

Spostabilità passiva. — Il fegato entro certi limiti è suscettibile di spostamenti passivi, specie nel senso antero-posteriore, anche quando esso è patologicamente alterato. La spostabilità manca od è notevolmente ridotta allorchè esistono aderenze periepatiche, è viceversa esagerata nel caso di epatoptosi.

La spostabilità passiva del fegato può in alcuni casi essere utilizzata per differenziare le tumefazioni epatiche da quelle renali. Infatti, secondo Cardarelli se si provoca, ponendo una mano anteriormente sul quadrante superiore destro dell'addome e un'altra posteriormente sulla regione lombare corrispondente, il ballottamento della tumefazione, la scossa si avverte meglio sulla mano posta posteriormente nel caso che la tumefazione appartenga al fegato, sulla mano posta anteriormente nel caso che la tumefazione appartenga al rene.

Dolorabilità. — L'intensità di essa varia principalmente in rapporto con il decorso del processo morboso. Le affezioni acute del fegato determinano una

spiccata dolenzia sia spontanea chè al pigiamento, i processi di data recente (congestione epatica, ecc.) provocano anch'essi dolenzia ma di grado minore e quasi sempre passiva. Nei processi cronici, specialmente di natura sclerotica, la superficie epatica suole essere indolente; quando essi però risalgono ad una epoca non molto avanzata può riscontrarsi una modica dolenzia.

Oltre alla dolorabilità, alla quale abbiamo accennato, riferentesi alla superficie epatica, è opportuno ricordare che esistono diverse zone nelle quali il pigiamento può suscitare od esacerbare un dolore quando esiste una malattia del fegato.

I punti dolorosi descritti dai vari osservatori, sono numerosi; ricorderò in breve i più comuni:

Punto cistico di Flemming: si trova all'incrocio del margine destro del retto addominale con l'arcata costale (margine libero della 9ª costa o estremità anteriore della 10ª). La dolenzia di tale punto indica in genere un'affezione infiammatoria del dotto cistico o la presenza di calcoli in esso.

Punto vescicolare: corrispondente all'incrocio dell'arcata costale con l'emilclaveare prolungata; indica una lesione della cistifellea.

Punto coledocico: situato a 5-6 cm. dall'ombelico in una zona compresa tra la linea xifombelicale e la bisettrice dell'angolo formato da questa linea con l'ombelicale trasversa; indica un'affezione del coledoco.

Punto epigastrico: situato a 4-5 cm. al disotto dell'appendice xifoide lungo la linea xifo-ombelicale.

Zona epigastrica: è la zona situata

intorno al punto sopra indicato. La dolenzia sul punto e la zona epigastrica possono essere segni di affezioni epatiche e specialmente della colelitiasi. Essi però non sono strettamente specifici in quanto sono in effetto indici di iperestesia del plesso solare.

Punto xifoideo di Raymond: situato sull'appendice ensiforme; può essere indice di varie lesioni epatiche.

Punto costale di Maubaw: situato sulla estremità libera della 12^a costa destra; è dolente soprattutto nella colelitiasi.

Punto angolo-scapolare di Budd e Charcot: corrispondente all'angolo della scapola destra a braccio addotto; particolarmente doloranti nella calcolosi epatica.

Punti vertebrali: situati sull'apofisi spinosa della 4^a-8^a e 11^a vertebra dorsale; possono essere dolenti in varie affezioni epatiche specialmente in quelle a carattere infiammatorio.

Stato della cistifellea: normalmente la cistifellea non è rilevabile alla palpazione. In condizioni patologiche può diventare apprezzabile sotto forma di un tumore piriforme, liscio e fluttuante sul margine inferiore del fegato, 1 o 2 cm. all'esterno del margine laterale del retto addominale destro.

La dilatazione della cistifellea è in genere provocata da quelle affezioni che producono un ostacolo al deflusso della bile in corrispondenza del coledoco. Più comunemente si riscontra, in proporzione e forma diversa, nelle neoplasie, nella calcolosi, nell'idrope della cistifellea (per compressione del coledoco-segno di Bard Pic) nel carcinoma della testa del pancreas (segno di Courvoisier-Terrier).

Il tumore della cistifellea è riconoscibile oltre che per la sua forma e per la sua consistenza, anche per la sua connessione al fegato, per le escursioni respiratorie e per la dolorabilità al pigiamento.

Oltre ai dati sommariamente ricordati la palpazione del fegato può fornire altri elementi di rilievo ai fini diagnostici; elementi però che dal punto di vista assicurativo non possono trovare applicazione se non in casi specifici. Citiamo ad es. lo sfregamento peritoneale, il fremito idatideo, il fiotto transtoracico, il ballottamento sopraepatico, ecc.

In un prossimo numero accenneremo alle altre manovre semeiologiche. Si è per primo ricordata la palpazione in quanto essa rappresenta, nel campo assicurativo, la manovra più utile e più pratica.

Dott. S. FIANDACA.

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

Varie**La medicina preventiva nella pratica privata**

Dott. B. LIBER - New York

(in *Medical Record* dal Vol. 146, n. 4, agosto 1937).

La medicina preventiva è una parte della scienza medica e dovrebbe essere trattata come tale. Essa dovrebbe estendersi a tutte le branche della medicina, dalla fisiologia alla patologia e terapia. Dovrebbe essere consegnata insieme a tutte le altre specialità mediche. Se studiata a sola dovrebbe formare uno dei capitoli più importanti della nostra scienza.

I miei primi passi nella medicina, circa quarant'anni or sono, mi convinsero che la prevenzione delle malattie è di somma importanza. Uno dei miei insegnanti, un famoso ginecologo, ostetrico e autore, teneva nell'anfiteatro un enorme cartellone con lo scritto « non nocere »; e parlava giornalmente del valore della prevenzione in chirurgia. Un altro insegnante di medicina interna spesso ripeteva che nell'avvenire la medicina si dedicherà più alla prevenzione delle malattie che alla loro cura. Io ho pensato: perchè non anticipare l'avvenire? Da quei giorni l'idea della prevenzione si è allargata ed è divenuta una cosa più concreta di un mero desiderio. Essa ha beneficiato dei principi generali prevalenti tra i pensatori moderni di trovare e rimuovere le cause più profonde dei mali umani, sociali, economici e industriali. Il tempo è maturo per un esame più attento della prevenzione. Noi sentiamo voci da ogni parte che esprimono questo punto di vista. Ora, il Comitato nel costo delle cure mediche, dopo venticinque anni di studi dei vari aspetti dei problemi della salute negli Stati Uniti, nel suo rapporto finale, così si esprime:

« La pratica medica in avvenire avrà crescenti rapporti con la prevenzione dei mali come per la loro cura. Gli studenti in medicina dovrebbero quindi, essere bene istruiti sul modo di procedere e sull'uso di visite mediche periodiche, sui principi basali della psichiatria e sulla prevenzione delle malattie specifiche. Questa propaganda non dovrebbe essere limitata a dei corsi speciali sulla salute pubblica o medicina preventiva, ma dovrebbe, per quanto sarà possibile, estendersi a tutti i corsi. Ciò implica una revisione dell'intero programma di studi. »

Fino ad oggi la funzione principale del me-

dico è stata quella di curare i mali. La sua funzione sarebbe più nobile se si occupasse dei modi di prevenire i mali. Perchè il punto di vista del medico possa cambiare dal trattamento curativo alla prevenzione delle malattie, la sua istruzione medica dovrebbe essere radicalmente cambiata, sebbene il medico attuale può istruirsi in proposito.

La prevenzione significa curare prima che la malattia si stabilisca, quando vi sia ancora buona salute. Essa è sicuramente in rapporto all'ambiente, a fattori vicini e lontani, principalmente sociali e immutabili o indipendenti dal lavoro del medico. Per il momento è bene dimenticare il fattore ereditario quale espressione di un passato incontrollabile, ma è probabile che in avvenire potremo influire sulla vita umana al punto da preparare una ereditarietà futura più favorevole.

Le cognizioni sulla conservazione della salute derivano dalla unione delle informazioni ricavate dalla pratica medica con le cognizioni sulle funzioni del corpo e della mente, nella salute e nella malattia e dai rapporti esistenti tra l'individuo e l'ambiente.

La medicina preventiva sta diventando rapidamente una necessità. Essa è nata sotto i nostri occhi e tutti, coscienti o incoscienti, ne sentono l'urgenza. La vera prevenzione è meno teatrale e meno ingrata della cura, quando una vera cura è possibile. Naturalmente il medico che desidera insegnare la medicina preventiva deve prima educare sè stesso su questi principi.

Il fatto che oggi si possono proporre visite mediche a scopo preventivo è un altro degno dei tempi, giacchè nella passata generazione non ci si pensava neanche di fare una simile proposta.

Oggi abbiamo l'Associazione Medica Americana che pubblica un giornale popolare sulla salute di cui tutti i medici ne sentono la necessità. Vengono trasmesse per radio delle conferenze sulla salute, autorizzate da Società mediche e vengono discussi liberamente molti problemi sociali, fra i quali il controllo delle nascite.

La prevenzione va penetrando sempre più nel nostro campo di azione anche contro la nostra volontà. La prevenzione dovrebbe essere unita alla terapia nel senso che le istruzioni date dal medico dovrebbero essere unite a idee preventive. Per esempio, molti pazienti tubercolosi si possono risparmiare una affezione specifica polmonare se seguono i concetti della medicina preventiva.

Un esame completo a scopo preventivo può essere fatto dal medico pratico, senza bisogno dei mezzi costosi e teatrali affatto necessari. E' necessario ricavare una anamnesi dettagliata che permetterà al medico di insegnare al cliente come correggere alcuni errori nel suo modo di vivere.

Il valore dell'esame preventivo viene a mancare anzi diventa un danno quando si esagera un lieve disturbo scoperto, al punto da scoraggiare il paziente e lo si rende preoccupato più del necessario.

La cura del bambino, che deve cominciare prima della nascita con l'igiene prenatale, è l'inizio della prevenzione. Il neonato offre al medico molte occasioni per insegnare ciò che si deve o non deve fare ai genitori e di consigliarli sui problemi che si affacciano nei vari

periodi di sviluppo dei giovani. Il medico deve consigliare i giovani prima di sposare, dando consigli di igiene e di eugenetica, dovrebbe essere consultato nei casi di sterilità, durante la gravidanza, nel puerperio e nella menopausa e per qualsiasi disturbo persistente. Se possibile il medico dovrebbe visitare l'abitazione di coloro che si recano da lui.

Il medico della salute dovrebbe essere l'intimo consulente e consultato per ogni disturbo.

L'abitudine ai consigli igienici per la prevenzione renderà i medici più conservativi, eliminando così l'abitudine delle prescrizioni esagerate.

La conseguenza del lavoro del medico della salute sarà lo sviluppo di un benessere generale più diffuso, una vita più intelligente, con minor timore, più ottimismo e una vita più lunga. Si avrà anche una riduzione di molte malattie come il rachitismo, tubercolosi, disturbi digestivi, obesità, diabete ecc.

La scienza della salute non può essere acquisita nei comuni libri di medicina e periodici come lo sono oggi. Dobbiamo impadronirci di una nuova scienza, la filosofia della salute, un nuovo punto di vista, l'etica della salute.

(Traduzione e riduzione del dott. G. RESTIVO).

Dai Libri e dai Periodici

La fisiopatologia e patologia speciale della vecchiaia.

Al XLIII Congresso Italiano di Medicina Interna tenutosi in Torino dal 19 al 22 ottobre u. s. è stata presentata una relazione su questo capitolo dovuto ai Proff. Bartai e Dogliotti che già in precedenza se ne erano occupati. Ne riassumiamo i concetti più importanti che informano il lavoro che troviamo riferito nelle linee generali in « Minerva Medica (n. 42, 16 ottobre).

Gli AA. notano dall'analisi funzionale dei singoli apparati ed organi una diminuzione della loro capacità e ciò in rapporto ad una progressiva deficienza di apporto dei materiali trofici ai tessuti e di eliminazione dei materiali di rifiuto del metabolismo. Questo rallentamento del ricambio endocellulare sarebbe dovuto secondo i relatori ad una involuzione capillare con il qual termine intendono non solo

la riduzione degli spazi intercellulari e degli umori che vi circolano. Prove dirette di tale involuzione dei vasi minimi sanguigni sono costituite da irregolarità e deformità delle anse capillari, rallentamento delle permeabilità all'acqua ed agli elettroliti, riduzione della vaso dilatabilità periferica.

Quanto alla patologia speciale senile propongono la divisione in tre gruppi a seconda si tratti di malattie di ipersensibilità; malattie proprie della senilità; malattie comuni con speciale andamento. Al primo gruppo sono ascritte le senescenze distrettuali o generali di organi o sistemi come la splancnopia senile, il cuore senile, la demenza senile, ecc.

Nel secondo invece si comprendono affezioni che, pur essendo proprie, dell'età si incontrano anche in altri periodi di vita e comunque lo stato senile rappresenta una condizione necessaria per la loro comparsa. Tra queste devono la diminuzione dal lume dei capillari ma anche

considerarsi le forme arteriosclerotiche, l'ipertrofia della prostata, le osteopatie, le neuropatie e le affezioni oculari tutte del tipo senile.

Infine al terzo gruppo vanno ascritte le malattie che nel vecchio assumono una impronta « sui generis », dalla polmonite alle malattie infettive, dal cancro alla tubercolosi.

Data la vastità dell'argomento i RR. si sono limitati a descrivere le linee salienti del quadro clinico e diagnostico avendo avuto per scopo l'inquadramento fisiopatologico delle malattie della senescenza e non quello trattatistico

St.

Gli esiti lontani degli interventi nell'ulcera gastro-duodenale.

Il Prof. Uffreduzzi con la collaborazione dei Dott. Mairano, Stoppani e Foà ha presentato la relazione ufficiale su questo tema al XLIV Congresso Italiano di Chirurgia tenutosi a Torino dal 19 al 22 ottobre u. s.

Riconosciuto che l'intervento chirurgico non è una cura causale della malattia l'A. passa ad esporre i disturbi e le complicanze che possono verificarsi negli ulcerosi operati.

Dalle statistiche personali risulterebbe la persistenza dell'ulcera nel 4 % degli operati, il che rappresenta una percentuale molto bassa, l'emorragia tardiva si avrebbe nel 5 %; quanto alla degenerazione maligna essa oscillerebbe tra 2,1 % (Alessandri) e 6 % (Balfur). Indiscutibilmente la complicanza più grave è la formazione di una nuova ulcera sul neostoma o sul digiuno, essa è risultata, dopo il controllo a distanza della gastroenterostomia anteriore, la complicanza più grave che per Lewis raggiunge addirittura il 34 % e comunque è superiore a quanto si riteneva fino ad un decennio fa. Sembra che la gastroenterostomia anteriore e le resezioni insufficienti siano gli interventi nei quali maggiormente è stata riscontrata l'ulcera secondaria. Notevole importanza dopo gli interventi ha pure lo stabilirsi di una gastrite, come pure le discinesie dolorose.

Il R. passa poi a trattare dei vari interventi praticati e dei loro esiti. Così l'enteroanastomosi semplice, nonostante le severe critiche cui oggi è sottoposta, ha dato il 50 % di guarigioni complete; l'esclusione complementare del piloro è sconsigliabile. Quanto alla resezione palliativa essa va guadagnando terreno per i buoni risultati riscontrati, Fiusterer dà la guarigione completa nel 90 % dei casi trattati in tal modo.

La resezione estesa, che in passato dava una mortalità operatoria elevata, con la tecnica

perfezionata ha visto discendere questa cifra a quella della gastroenterostomia ed indiscutibilmente previene le recidive; gli unici inconvenienti sono costituiti dal periodo di tempo che occorre per l'adattamento dei malati attraverso una alimentazione razionale con pasti piccoli e ripetuti, e dalla tendenza ad un certo riflusso duodenale nello stomaco. Funzioni vicarie e adattamenti sostituiscono l'acido cloridrico e la pepsina; la recidiva raggiunge appena l'1%.

A conclusione del suo studio clinico-statistico Uffreduzzi conclude affermando che la scelta del metodo per l'ulcera gastro-duodenale è caduta sulla resezione estesa ai metodi di Reichel-Polya e Hofmeister-Fiusterer. I chirurghi di vasta esperienza concordano nell'eseguire resezioni di almeno 2/3 dello stomaco con resezione gastrica parallela alla direzione dell'esofago.

Con l'applicazione di questo metodo si può calcolare di guarire circa il 90 % dei pazienti stabilmente purchè questi per sei mesi seguano una dieta medica idonea.

St.

Risultati comparati del trattamento dietetico, chirurgico e parenterale nell'ulcera gastrica.

Dopo aver esaminato le cartelle cliniche di 300 malati affetti da ulcera gastrica e trattati diversamente Sandweiss giunge alle seguenti conclusioni (« Journal of the American Medical Assoc. », Vol. 108, n. 9, 1937).

Il trattamento dietetico da solo associato con la somministrazione di sostanze alcaline ha arrestato le crisi nell'80 % dei casi delle forme acute; nelle croniche tale trattamento è un po' meno favorevole ma buoni risultati si sono ottenuti associando iniezione di istitina.

Invece il trattamento chirurgico sebbene dia dei risultati immediati eccellenti presenta una percentuale di recidive non inferiore a quelle degli altri metodi. Ma evidentemente tale risultato è in rapporto all'operazione praticata e nel più gran numero dei casi si trattava della semplice gastroenterostomia anteriore.

St.

La prognosi degli interventi chirurgici a seconda dell'età.

E' interessante ricordare le conclusioni cui è giunto Seifert che ha stabilito una curva di gravità per i diversi interventi in « Münchener Medizinische Wochenschrift », t. 84, n. 14, 2 Avril, 1937, pag. 521-524.

Le appendiciti acute si presentano pericolose soprattutto nei bambini mentre da 20 a 30 anni rappresentano un rischio molto minore; dopo i 40 anni la curva tende ad aumentare. Le perforazioni gastriche hanno un'andamento parallelo nelle curve di mortalità e di morbilità. Sarebbe interessante completare e sviluppare tali indagini a tutte le malattie mediche e chirurgiche. St.

Per la diagnosi precoce del cancro dello stomaco.

Poichè talvolta le stesse indagini radiologiche associate all'esame del succo gastrico non sono sufficienti a dirimere il dubbio per un eventuale cancro dello stomaco Léon-Meunier ricorda l'importanza della presenza dell'ematina nello stomaco a digiuno. (« Presse Médical », 1937, n. 88).

Tale indagine dev'esser fatta a digiuno praticando il vuotamento dello stomaco dell'acqua introdotta subito prima. Per sciogliere l'ematina intra-gastrica venuta colla lavanda o che fosse sulla parete ulcerata dello stomaco l'Autore consiglia l'aggiunta di bicarbonato di soda e ammoniaca. Ripassato tale liquido nello stomaco procede alla ricerca dell'ematina con la tintura di guaiaco fresco e l'acqua ossigenata dopo aver aggiunto nella provetta acido acetico fino a scomparsa dell'effervescenza carbonica.

Facendo la prova dopo i pasti, se ci troviamo di fronte a un cancro la versione sarà ancora positiva; scomparirà invece quando si tratta di ulcerazioni di altra natura. St.

Le proprietà specifiche dell'urina e del sangue nel cancerosi.

Questo argomento è stato trattato da numerosi AA. Ha richiamato l'attenzione di Max Aron da qualche anno.

In un articolo che troviamo nella « Presse Médical » del 6 ottobre corr., n. 80, tale osservatore riprende ed espone la tecnica ed i risultati del suo lavoro. L'A. non disconosce la difficoltà del metodo sierologico da lui proposto, per l'accertamento delle proprietà specifiche nelle urine e nell'esame dei cancerosi.

Sebbene in centinaia di casi vi sia stata concordanza tra la diagnosi clinica e la sierologica basata sull'esistenza dell'antigene estratto con alcool a 95° dalle urine, lo stesso A. non esclude casi nei quali la reazione risulta positiva mentre clinicamente si tratta di un'altra malattia flogistica. Perciò l'A. ritiene che in tutte le malattie il rene elimina un antigene; la difficoltà consiste nel differenziare i vari

antigeni tra di loro. Aron propone di indagare in tal senso in base ai primi risultati che ha avuto dalla reazione surrenale. Seguiremo questi studi di cui demmo a suo tempo le prime notizie. St.

Il bacillo tuberculare nei sedimenti urinari.

P. Timpano pubblica nel *Policlínico* (Sez. Pratica, n. 9, 1937) una nota interessante sull'argomento che ricordiamo per le notevoli conclusioni statistiche eseguite su vasto materiale.

Per la tecnica l'A. ha preferito mescolare il sedimento con acqua distillata, centrifugare e successivamente ripetere la stessa manovra determinando una vera esportazione di tutti i sali solubili. La colorazione preferita è stata quella di Ziehl-Neelsen; talvolta con le variazioni proposte per differenziare i bacilli tubercolari dagli altri acido resistenti dello smegma.

Le ricerche sono state praticate sopra la urina di 957 soggetti visitati a Reggio Calabria presso l'Istituto Diagnostico dell'Ass. Naz. per il Mezzogiorno. I risultati sono stati i seguenti: di 85 individui affetti da cistite sospetta tuberculare, 47 volte è stato riscontrato il bacillo di Koch; di 98 individui affetti da pielite o pielonefrite sospetta tuberculare 66 volte; di 300 affetti da tubercolosi polmonare, tutti bacilliferi, 2 volte; di 21 affetti da tubercolosi ghiandolare nessuna volta; di 7 affetti da tubercolosi ossea, nessuna volta; di 23 affetti da poliartrite reumatica acuta, nessuna volta; di 12 affetti da broncopolmonite da influenza, nessuna volta; di 2 affetti da reumatismo muscolare acuto, nessuna volta; di 62 affetti da diabete, di cui 5 con tubercolosi polmonare, nessuna volta; di 346 affetti da disturbi vari, una sola volta.

Da tali dati si rileva che nella tubercolosi vescicale il bacillo di Koch è stato trovato nelle urine nel 54 % dei casi; nella tubercolosi renale nel 67 %; nella tubercolosi polmonare grave, con disseminazione per via ematica o linfatica nel 0,66 %.

Per la differenziazione dei bacilli acido resistenti è sufficiente la decolorazione protratta con l'alcool; la ricerca nei casi sospetti va ripetuta più volte; con tali accorgimenti la microcultura e l'inoculazione nella cavia si può limitare a casi assolutamente speciali. Infine Timpano fa presente come la relativa frequenza dei bacilli specifici nelle malattie tubercolari delle vie urinarie abbia una importanza non solo diagnostica ma anche epidemiologica. St.

Lezioni di cultura demografica.

Durante l'anno scolastico 1935-1936 presso gli Ospedali Riuniti di Pistoia si è tenuto un Corso di cultura demografica per levatrici che ora sono raccolte in volume a cura del prof. Cantieri Direttore e Primario degli Ospedali stessi.

In Regime Fascista allorquando si è compresa la grande importanza sociale della forza e del numero ed in piena campagna demografica tale pubblicazione giunge opportuna e la sua lettura riesce utile anche ai medici. La materia si presenta varia per la vastità degli argomenti trattati e per la collaborazione di numerosi docenti universitari.

Numerose riproduzioni di quadri artistici e di radiografie in gravidanza rendono più interessante la raccolta e piacevole la lettura del volume.

St.

Il contratto di riassicurazione.

A cura dell'Istituto Internazionale di Roma per l'unificazione del diritto privato è comparso un interessante studio di diritto comparato scritto dal Direttore Generale del C.I.R.T. e Presidente del Sindacato Nazionale Fascista della Riassicurazione gr. uff. dr. Bruno De Mori.

Il lavoro è diviso in tre parti, nella prima viene esposta la tecnica della riassicurazione sia la forma facoltativa e la obbligatoria, che la retrocessione le clausole fondamentali delle convenzioni. Alla fine di questa parte sono annessi 7 allegati che consistono nelle convenzioni tipo proposte dall'Autore.

Nella seconda parte viene esposta la legislazione nel campo delle riassicurazioni e sono riferite le differenti legislazioni presso le varie nazioni nei punti fondamentali del rapporto di riassicurazione. Gli allegati comprendono oltre ad alcuni articoli del Codice di Commercio anche le leggi speciali che regolano le riassicurazioni in tutti gli Stati d'Europa e d'America e degli altri paesi che praticano la riassicurazione.

Infine in una terza parte l'Autore discute dei problemi giuridici inerenti all'argomento portando un contributo alla soluzione di essi. In questa parte sono citati illustri giuristi italiani da Persico a Salandra e Vivante. Ad esempio, la natura del contratto non dovrebbe essere assimilata nè alla cessione nè alla fideiussione, ma per l'Autore si tratterebbe di una forma e di un rapporto giuridico « sui generis » che richiede una speciale regolamentazione con codificazione internazionale di norme

ormai praticamente in uso. Successivamente vengono trattati i postulati fondamentali della riassicurazione e delle varie clausole che costituiscono l'oggetto del contratto di riassicurazione. L'arbitrato, la rescissione del contratto, la prescrizione ed il fallimento chiudono questa parte di discussione personale esposta dall'Autore.

St.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

Prof. G. DOLFINI e Dr. M. DEGANELLO, *Primi risultati dell'insulina disciolta in gelatina e in gomma arabica.* — Estr. da « Rivista It. di terapia », n. 4, 1934-XII.

L'aggiunta di gomma e di gelatina rende l'azione dell'insulina meno brusca e nettamente più prolungata.

IDEM, *Per rendere l'azione dell'insulina meno brusca, più regolare e protratta.* — Estr. da « Atti della Società Medico Chirurgica di Padova e Bollettino della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Padova », 12 gennaio 1934-XII.

Mediante l'aggiunta di gelatina, l'azione ipoglicemizzante dell'insulina iniettata sotto cute nel coniglio, diventa meno brusca, e insieme più protratta.

Dr. M. DEGANELLO, *Insulina ed autoterapia.* — Estr. da « Rivista Italiana di Terapia », n. 11, anno X, 1936.

L'A. ha studiato il comportamento della curva glicemica associando l'insulina all'autoterapia ed ha potuto confermare un più lento riassorbimento del farmaco, senza che l'intensità d'azione ne venga diminuita; anzi in qualche caso ha riscontrato un potenziamento dell'insulina.

IDEM, *Glicemia e paratiroidi.* — Estr. da « Rivista Italiana di Terapia », n. 12, anno X, 1936.

L'estratto paratiroideo influisce minimamente sul tasso glicemico dei normali e varia da individuo.

IDEM, *Gomma arabica-Insulina.* — Estr. da « Rivista Italiana di Terapia », n. 1, anno X, 1936.

Nell'uomo come nel coniglio, con l'insulina disciolta in soluzione gommosa al 10 %, si ha una caduta meno brusca e più protratta della curva glicemica.

IDEM, *Sclerosi dell'arteria polmonare.* — Tesi delle Scuole di perfezionamento della Facol-

tà Medica della R. Università di Padova (Editore Dr. Milani, CEDAM), Padova, 1931.

In questa monografia vengono esposte l'etiologia, l'anatomia patologica, la sintomatologia, la diagnosi, la prognosi e la cura della sclerosi dell'arteria polmonare.

IDEM, *Ricerche sul fluoruro d'argento (Tachiolio)*. — Estr. da « Biochimica e Terapia Sperimentale », fasc. IX, 1929.

L'azione antisettica del fluoruro d'argento sullo stafilococco piogeno aureo, è uguale a quella di soluzioni equimolecolari di cloruro mercurico, mentre il fluoruro di sodio in quantità equimolecolari a quelle del fluoruro d'argento, esercita sullo stafilococco piogeno aureo un'azione praticamente nulla.

IDEM, *Azione associata del nitrato d'argento e della formaldeide sulle albumine e sui microrganismi*. — Estr. dall'« Archivio di Farmacologia Sperimentale e Scienze Affini », A. XXX, vol. LII.

In presenza di AgNO_3 e di HCOH le albumine del siero possono subire un processo di gelatinizzazione. La viscosità del siero in presenza simultanea di AgNO_3 e di HCOH aumenta più di quello che avverrebbe per il sommarsi dell'azione dell'uno e dell'altro agente. Inoltre l'azione battericida, già notevole per l' AgNO_3 da solo, diventa assai più notevole per l'azione associata dei due fattori: AgNO_3 e più HCOH .

IDEM, *Azione combinata della formaldeide e dei sali di alcuni metalli pesanti (zinco, rame, cadmio) sulle proteine e sui microrganismi*. — Estr. dall'« Archivio di Farmacologia Sperimentale e Scienze Affini », A. 1929.

La presenza di formaldeide modifica il coagulo fioccoso, prodotto rapidamente dai sali dei metalli pesanti rendendolo gelatinoso. Nello stesso tempo si ottiene una manifesta esaltazione del potere disinfettante di due farmaci messi in contatto.

IDEM, *Sulla mancata azione purgativa di alcuni purganti drastici e catartici negli erbivori*. — Estr. dall'« Archivio di Farmacologia Sperimentale e Scienze Affini », A. XXX, vol. LII.

La gialappa, la gomma gotta, il rabarbaro, la cascara sagrada non hanno nessuna azione purgativa nel coniglio, e questa mancata azione purgativa rimane costante, pur variando il tipo di alimentazione dell'animale.

IDEM, *Sviluppo di acido solfidrico nell'intestino del coniglio in rapporto all'alimentazione*. —

Estr. dall'« Archivio di Farmacologia Sperimentale e Scienze Affini », A. XXX, vol. LII.

Dalle esperienze dell'A. risulta che il diverso tipo dell'alimentazione può influire sullo sviluppo maggiore o minore dell'acido solfidrico nell'intestino dei conigli e che questo sviluppo è sempre più abbondante nel crasso.

IDEM, *Ricerche sperimentali sull'azione di alcuni espettoranti sulle mucine*. — Estr. da « Biochimica e Terapia Sperimentale », A. XIX, 1932.

Gli alcalini provocano una notevole diminuzione della viscosità (massima per il bicarbonato Na, minore per il cloruro Na e il cloruro Ca, minima per il benzoato Na) mentre gli espettoranti del gruppo saponine, gli emetici e specialmente i balsamici modificano la viscosità solo in grado trascurabile.

IDEM, *Modificazione del numero delle piastrine sotto l'azione del diossido di torio*. — Estr. da « Biochimica e Terapia Sperimentale », A. XX, 1933.

Il diossido di torio produce nel coniglio variazioni cospicue e caratteristiche nel numero delle piastrine consistenti in una piastrinopenia della durata di poche ore, seguita da una piastrinosi pure di breve durata.

Dr. A. GUARINO e Dr. M. DEGANELLO, *Sul fenomeno paradossoso dell'iperglicemia iniziale post-insulinica*. — Estr. dall'« Archivio per lo studio della fisiopatologia e clinica del ricambio », A. V, 1937.

Si dimostra come il fenomeno dell'iperglicemia iniziale post-insulinica si possa verificare anche nei casi in cui si presuppone una alterata funzionalità del fegato.

Dr. G. MIRAGLIA, *La determinazione del potassio nel siero di sangue per via colorimetrica (nuovo micrometodo)*. — Comunicazione al XXXII Congresso della Società Italiana di Medicina Interna, Padova, 1926.

L'A. descrive un nuovo metodo pel dosaggio del potassio sul siero sanguigno ed i risultati che ottiene coincidono con quelli dati da altri autori che hanno adoperato differenti metodi di dosaggio.

IDEM, *Osservazioni sulla terapia delle nevriti traumatiche*. — Estr. da « Medicina Pratica », n. 6, 1932.

La soluzione novocaino-sieromagnesiaca eleva di molto la percentuale di guarigioni nei traumi di quelle regioni dove la semplice iniezione anestetica è inefficace.

IDEM, *Litiasi biliare e malaria*. — Estr. da « La Rivista Medica », A. XL, 1932.

Le lesioni anatomo-patologiche della malaria possono costituire nelle colecisti quelle condizioni che, favorite da speciali condizioni dell'organismo, determinano la formazione dei calcoli.

Dr. R. BLASI, *Contributo allo studio delle « Umbauzonen » di Looser*. — Estr. da « Quaderni di Radiologia », n. 4 vol. 8, 1937.

Nelle « Umbauzonen » non mancano netti criteri differenziali; l'A. è d'avviso che il voler considerare le formazioni di Looser come un

quadro a sè, staccandole dalle pseudo artrosi, con le quali spesso sono state confuse, può anche essere utile.

Dr. L. ANTONIETTI e D. SCOPINARO, *La patogenesi dell'obesità in rapporto all'attività incretorica ipofisaria*. — Estr. dall'« Archivio per lo studio della fisiopatologia e clinica del ricambio », A. V, 1937.

Gli AA. hanno dimostrato che negli obesi si riscontra una diminuita capacità di ossidazione dei grassi con ridotta formazione di corpi chetonici. Dimostrabile una diminuzione del rapporto chetonemico nel gruppo di adiposi ad impronta ipopituitaria.

Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari

Dr. Grosso Ubaldo, S. Secondo Parmense (Parma).

Dr. Poggi Attilio, Locana (Aosta).

Dr. Di Sergio Amedeo, Agropoli (Salerno).

Dr. Mayer Edoardo, Forino (Avellino).

Dr. Polvani Alvaro, Porto S. Stefano (Grosseto).

Dr. Biffis Pietro, Treviso

Giuseppe Restivo

Un Collega del nostro lavoro quotidiano è venuto a mancare improvvisamente. Una malattia fulminea in soli tre giorni ha rapito l'amico caro ed uno dei collaboratori più attivi della Rivista.

Nato a Castellammare Golfo in provincia di Trapani il 1° luglio 1904, Giuseppe Restivo si era laureato nel 1930 presso l'Università di Palermo a pieni voti e con lode.

Nei pochi anni della sua attività professionale non ha mai tralasciato di perfezionare la propria cultura medico-scientifica, nel 1931 seguì in Firenze il corso Oculistico accelerato e quello di Igiene pratica presso la locale Università, ottenne il titolo di specialista in Pediatria nel 1934 nella R. Università di Roma. Nel biennio 1932-34 fu coadiutore incaricato presso il Gabinetto Micrografico del Laboratorio di Igiene in Terni; ed a quell'epoca praticò alcuni studi sul potere battericida dei metalli ed altri sopra i globuli del grasso nel latte. (V. rec. a pag. 40 c. a. della nostra Rivista).

L'anno seguente, 1935, da poco sposo e padre felice, venne mobilitato come Tenente Medico e partì per l'Eritrea; in tal modo seguì tutta la gloriosa campagna del nostro Esercito

in A. O., dividendo i rischi ed i disagi con i fanti vittoriosi che conquistarono un Impero all'Italia. Durante circa due anni visse lontano in Colonia, nè dopo il ritorno avvenuto nell'aprile del corrente anno, ha mai dimostrato o vantato le sue benemeritenze patriottiche, come accade frequentemente nei giovanissimi; il suo innato spirito di modestia glielo vietava.

Molti colleghi ignoravano anzi la sua lunga permanenza in A. O. resa più dolorosa dal distacco dalla piccola famiglia che aveva creato da poco.

Nel maggio di quest'anno aveva preso servizio presso l'I.N.A. come Medico di Direzione, in seguito a regolare concorso da lui espletato brillantemente prima della partenza per l'Eritrea. Durante oltre 5 mesi l'abbiamo avuto con noi; la sua silenziosa opera resa al servizio della Patria e per il benessere della famiglia costituiscono per noi un esempio che è severo monito, più efficace di ogni parola, e simbolo della operosità presso le nuove generazioni d'Italia.

Dopo aver sopportato, nella piena lucidità di mente e nella consapevolezza della propria gravità, una straziante malattia, la mattina del 6 nov. u. s. ha chiuso per sempre il suo soffrire, affrontando cristianamente il grande Trapasso.

St.

Riproduzione vietata degli scritti contenuti in questa Rivista, anche se parziale o sunteggiata, senza citarne la fonte

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

(578) Società Tipografica Castaldi - Roma, Via Casilina, 49 - Tel. 70 409

Una Speciale Polizza dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni abbinata ad una Macchina da cucire

In seguito ad apposita convenzione stipulata con la

Società An. Necchi Assicurazioni di Pavia

l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha adottato una polizza, mediante la quale ognuno può entrare senz'altro in possesso di una

Macchina da Cucire Necchi

del tipo B. D. A. 2 per uso domestico a bobina centrale con tendifilo articolato, con testa montata su tavolo ad un cassetto e sostegno in ghisa per movimento a pedale.

Le caratteristiche di questa assicurazione sono le seguenti:

- 1) il contratto ha la durata di anni 20;
 - 2) il capitale è pagabile alla morte dell'assicurato o allo spirare di detto periodo se l'assicurato sarà in vita;
 - 3) l'ammontare della polizza è in rapporto all'età dell'assicurato. Mediamente la somma assicurata si aggirerà sulle 16.000 lire;
 - 4) l'assicurazione viene assunta senza visita medica, con breve periodo di carenza. Tale periodo di carenza s'intenderà però soppresso, se l'assicurato si sarà sottoposto a visita medica;
 - 5) pagamento del premio in rate mensili di L. 71,70 ciascuna;
 - 6) ammortamento del prezzo della descritta macchina da cucire in 24 quote mensili. Tali quote di L. 35,80 ciascuna, sono incluse nelle prime 24 rate mensili di premio di cui sopra, e comprendono anche interessi, spese di imballo e di trasporto della macchina, tassa di lusso e scambio e ogni altra eventuale spesa. A partire dalla terza annualità l'intero premio mensile di L. 71,70 deve intendersi riferito esclusivamente alla assicurazione;
 - 7) la macchina sarà fornita dalla Società Anonima Necchi Assicurazioni entro 20 giorni dalla data della proposta;
 - 8) il perfezionamento della polizza — cioè il pagamento della prima quota di premio e del costo della polizza stessa — dovrà avvenire simultaneamente alla consegna della macchina;
 - 9) se l'assicurato sarà in vita alla scadenza del contratto incasserà, oltre al capitale stabilito in polizza, due abbuoni annui posticipati dell'ammontare di L. 430 ciascuno.
- Ogni capo di famiglia faccia dono di questa polizza alla compagna della sua vita, alle sue figliuole; avrà ad esse procurato un mezzo di lavoro che le renderà sempre più affezionate e liete di poter svolgere, fra le pareti domestiche, un'attività proficua. Avrà inoltre compiuto un saggio atto di previdenza, con vantaggio economico dell'intera famiglia.

Il Natale è prossimo: quale migliore regalo di una « POLIZZA NECCHI »?

ESISTE LA SOLUZIONE ASSICURATIVA OTTIMA PER OGNI SITUAZIONE ECONOMICA
E FAMILIARE. L'AGENTE PRODUTTORE DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSI-
CURAZIONI VE LA INDICHERA'.

1870

...

...

...

...

...

...

...

...

