

# L'ASSISTENZA

# SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO  
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno VII  
Numero 1  
15 febbraio  
1938 - XVI  
Spedizione in abbonamento postale - Roma

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



Corporate Heritage  
& Historical Archive

# Le gigantesche somme pagate dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ai suoi assicurati

E' utile che gli italiani conoscano i pagamenti fatti dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ai suoi assicurati o ai loro eredi.

Dal 1912 al 31 dicembre 1937, per sinistri e per riscatti, per scadenze e per rendite vitalizie, essi sommano in cifra tonda a

## LIRE TRE MILIARDI E 331 MILIONI

suddivise nelle voci seguenti:

per sinistri e riscatti . . . . .	L.	2.024.000.000
per scadenze . . . . .	»	1.317.000.000
per rendite vitalizie . . . . .	»	590.000.000

Queste cifre sono espressione di tale potenza, da conquistare di per se stesse la totalitaria fiducia dei cittadini.

Naturalmente tali pagamenti si sono accresciuti anno per anno in relazione al grandioso sviluppo delle operazioni dell'Ente. Giova al riguardo rilevare che nel primo quinquennio 1912-1916, l'Istituto pagò, in cifra tonda, ai suoi aderenti complessive L. 81.000.000 e che nel quinquennio 1933-1937, pagò invece oltre un miliardo e mezzo di lire. Una scala fantastica di valori!

I lettori certamente si domanderanno a quanto ammontano le attività patrimoniali dell'Istituto.

Rispondiamo che al 31 dicembre 1937-XVI, ascendevano (la cifra precisa risulterà nel bilancio di prossima pubblicazione) ad

## OLTRE CINQUE MILIARDI DI LIRE

\*E le riserve matematiche in garanzia dei contratti in corso? Alla stessa epoca sommavano, in cifra tonda, a

## QUATTRO MILIARDI E 500 MILIONI DI LIRE

Queste cifre di primato fanno dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

## il più potente dell'Europa Continentale

E deve essere ricordato, a maggior prestigio dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni che tutte le polizze emesse dall'Ente godono anche della

## garanzia dello Stato

il che sarebbe di per se sufficiente per porle in una condizione di privilegio senza confronto.

---

L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI VI PREGA DI ACCOGLIERE CON BENEVOLENZA ED ASCOLTARE CON ATTENZIONE I SUOI AGENTI PRODUTTORI. NON VE NE PENTIRETE.

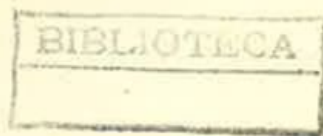
# L'ASSISTENZA SANITARIA

BIMESTRALE DI MEDICINA PREVENTIVA  
E DELLE ASSICURAZIONI VITA

*Direttore: Prof. Dr. ILARIO ROMANELLI*

ANNO VII

1938 - (XVI-XVII E. F.)



REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE - VIA SALLUSTIANA, 51

*Redattore Capo: Dott. ALBERTO STARNA*

---

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



Corporate Heritage  
& Historical Archive



---

---

## INDICE ALFABETICO PER MATERIA

(I lavori originali sono indicati in grassetto, e seguiti dal nome dell'Autore)

---

### A

- Acaprina* — Studi sull' ...; azione sul chimismo gastrico, 146.  
— Studi sulla ...; azione splenovasococontrattile, 146.  
*Acido ippurico* — La prova dell' ... nell'epatopatie, 80.  
*Aerazione* — La flora batterica negli ambienti ad ... normale ed in quelli ad aria condizionata, 383.  
*Africa O. I.* — Mortalità tra gli operai italiani in ... durante gli anni 1935-1937, 145.  
*Alcoolismo* — Fatti e misfatti dell' ..., 54.  
*Albumina* — ... e gravidanza, 80.  
*Alimentare* — La razione ... giornaliera delle famiglie dei lavoratori del commercio in Napoli, 465.  
**Alimentazione** — L' ... (CLAUSI), 242.  
— Orientamenti nell' ... delle masse, 237.  
*Alopecia* — L' ..., 331.  
*Amebiasi* — Epidemiologia e profilassi dell' ..., 307.  
*Anatubercolina* — I capisaldi della vaccinazione antituberculare con l' ... (PETRAGNANI), 306.  
*Anchilostomiasi* — L' ... nella Somalia Italiana, 385.  
**Antimalarica** — La lotta... ed antitracomatosa in Grecia (BASILIADES), 394.  
*Antituberculare* — Il premio francese per la lotta ... assegnato all'Italia, 336.  
*Antropometriche* — L'importanza delle determinazioni ... negli eserciti e l'influenza sulla robustezza fisica, 55.  
**Aortiti luetiche** — Dati diagnostici, prognostici e statistici sulle... (CIATTI), 364.  
*Apparato circolatorio* — La mortalità per malattie dell' ..., 76.  
**Articolazione** — Relazioni di carattere medico assicurativo (SECHER), 259.  
*Asciti* — La pressione del liquido cavitario nelle ... libere, 239.  
*Ascitici* — Sulle modalità di distribuzione dei versamenti ... liberi, 238.

- Assicurativo — Prognostico clinico e prognostico medico ...*, 235.  
*Assicurazione popolare — Questioni medico legali in ...* (GIORDANO), 49.  
*Assicurazioni malattie — Problemi delle ...*, 238.  
 — *popolari — Memorie sulle ...*, 159.  
*Asteroides — Sui rapporti tra il genere ... ed il genere « Mycobacterium »*, 319.  
*Atti — ... del Comitato Medico Consultivo*, 318.  
*Autarchia — ... alimentare*, 464.  
 — *... e bonifica integrale*, 239.  
*Autoemoterapia — ... e riflesso di Pagano-Hering*, 78.  
*Avvelenamento — ... da solfato di rame per via genitale*, 478.  
*Azotemia — L' ... ipocloremica*, 475.

## B

- Bassa pressione — La ... arteriosa*, 332.  
*Benzantracene — Nota preliminare sull'azione biologica del 4:10 dimetilen 1:2 ...*, 54.  
*Bilirubina — I metodi clinici di determinazione quantitativa della ... nelle urine*, 238.  
*Bonifica — L'igiene pubblica nel quadro della ... integrale e della ... rurale italiana*, 55.  
*Bronchiectasie — Le ... dei lobi superiori*, 318.  
*Broncopolmonari — Un nuovo elemento da considerare quale concausa importante nella patogenesi delle forme ... tubercolari o non tubercolari*, 317.

## C

- Caffè — ...*, 331.  
*Caffeinismo — ... cerebrale*, 336.  
**Calcificazioni ... Un reperto radiologico frequente in medicina assicurativa:**  
**Le... polmonari (RICCIOTTI)**, 386.  
*Calcemia — Contributo allo studio della ... tropicale*, 465.  
*Calcio — L'azione terapeutica del ... nell'emottisi da tbc. polmonare*, 78.  
 — *Il ... nell'organismo umano*, 160.  
**Calcolosi epatica ... La... nell'assicurazione vita dal punto di vista medico legale (DI LILLO)**, 219.  
*Calcolosi — Le ... urinarie in Sicilia*, 319.  
*Cancerigene — Di alcune sostanze chimiche e medicinali da ritenersi sicuramente ...*, 384.  
*Caratteri — Di alcune ricerche sulle variazioni di taluni ... secondo il numero dei figli*, 476.  
*Cardiopatìa — Il decorso della ... ipertensiva*, 397.  
*Cardiopatìe — Il lavoro del cuore e il tono miocardico nello studio clinico delle ...*, 397.  
*Cardio-pazienti — Rapporti tra velocità di corrente e metabolismo basale nei ...*, 80.  
*Cardio-vascolari — Rilievi clinico-statistici sulle ... negli indigeni dell'A. O. I.*, 55.  
*Cartella climatologica — Per una ... del Balilla e della Piccola Italiana*, 398.

- Castagna** — *L'elogio della ...* (STARNA), 322.  
**Cefalea** — *Il dolor di testa (La ...)* (STARNA), 7.  
**Chinino** — *Azione del ... sul metabolismo basale*, 160.  
**Circolazione** — ... *coronaria e miocardio*, 307.  
**Cirrosi epatica** — *I sinistri per ...* (CIATTI), 434.  
**Clima** — *Alcune osservazioni stagionali sul ... delle Murge*, 465.  
**Coeducazione** — ... *e biologia*, 319.  
**Colicistectomia** — *Risultati della ...*, 316.  
**Colesterina** — *L'influenza della milza sul ricambio della ...*, 319.  
**Concause** — *Sulle ... sopravvenute in regime di rendita*, 319.  
**Conducibilità** — ... *del siero di sangue per introduzioni di calcio e per azione dei raggi ultravioletti*, 400.  
**Conducibilità** — *Contributo alla fisiopatologia della ... elettrica della cute*, 400.  
**Contagio** — *Il .... coniugale della tbc.* (STARNA), 424.

## D

- Danni demografici* — ... *ed economici della sifilide rilevati dai documenti della Clinica Dermosifilopatica di Palermo*, 55.  
**Decapsulazione** — *La ... nelle lesioni renali da tossina streptococcica*, 307.  
**Denti** — *Conosci i tuoi ...*, 237.  
**Diabetiche** — *Osservazioni cliniche e sperimentali sui testi d'imbibizione in rapporto alle sindromi ... ed agli effetti dell'insulina*, 159.  
**Dichiarazioni** — *Le ... dei disturbi subiettivi ai fini della valutazione del rischio e della validità del contratto in assicurazione vita* (STARNA), 297.  
**Difterica** — *Il calcio nella laringe ... stenosante*, 78.  
 — *Vaccinazione anti ... con anatossina a dose unica*, 78.  
**Disattenzione** — *Morti per ... in Inghilterra*, 336.  
**Dissenteria** — *A proposito di un episodio epidemico di ... bacillare al Vari-guano*, 145.  
**Dissimulazione** — *Accorgimenti per il riconoscimento della ... delle malattie infettive, parassitarie, e dei tumori*, 235.  
**Dissociazione** — ... *isoritmica e ... con interferenze a choc traumatico*, 464.  
**Duodenali** — *Azione in vitro degli estratti ... sui globuli rossi*, 78.

## E

- Edema polmonare** — *Patogenesi dell' ... acuto e sua cura mediante la provocazione della stasi venosa degli arti*, 80.  
**Edilizia** — ... *scolastica*, 146.  
**Elettrocardiogramma** — *L' ... nella sindrome di Addison*, 159.  
 — *L' ... nella pratica medica giornaliera*, 465.  
**Elettrocardiografico** — *Studio sul tracciato ... negli stati di acidosi ed alcalosi sperimentali*, 160.  
**Elettroencefalografia** — *Lo stato attuale dell' ...*, 477.  
**Ematica** — *Sull'antigene di origine ... dell'urina normale*, 145.  
**Embolia** — *Timore dell' ...*, 332.  
**Emolitiche** — *Le anemie ... costituzionali ereditarie*, 238.

- Emolitico* — *Su di un caso di cirrosi epatica con ittero ... congenito*, 160.
- Endocrine** — **Relazione di carattere medico assicurativo: Le ghiandole ...**  
(SECHER), 418.
- Emorragie* — *Le ... tracheali*, 395.
- Enzimi lipotici* — *Ricerche sull'azione degli ... epatici nella tbc. umana*, 78.
- Enzimo* — *La ... reazione nella difterite*, 78.
- Enzimo-sinforeazione* — *La ... per la diagnosi presintomatica della tbc. in medicina legale militare*, 227.
- Epatica* — *Ricerche comparative tra alcune prove proposte per saggiare la funzionalità ...*, 316.
- Epizoozie* — *Le ... dell'Africa ed i loro rapporti con le malattie dell'uomo*, 79.
- Età biologica** — **L' ...** (ROMANELLI), 295.

## F

- Fanghi** — **Le indicazioni dei ... e dei bagni termali** (STARNA), 82.
- Favismo** — **Il ...** (CICU), 87.
- Febbre tifoide* — *Nuove nozioni nell'etiologia della ...: gli elementi filtrabili del bacillo di Eberth*, 319.
- Fegato* — *Metabolismo dell'acido urico e ...*, 475.
- Fibroadenoma* — *La malattia di Reclus come stadio di diffusione del ... cistico della mammella*, 480.
- Fibrocellule* — *Contributo allo studio delle ... muscolari*, 480.
- Fumatore** — **L'igiene del ...** (CONFORTO), 325.
- Fumo* — *Per le donne che fumano*, 336.
- Funzionalità epatica* — *la prova di Serianni-Lolli per l'esplorazione della ... applicata in alcuni malati di fegato*, 383.
- Funzionalità* — *Sul valore pratico di una nuova prova di ... epatica*, 78.  
— *Le prove della ... renale*, 475.

## G

- Gastro-duodenale* — *Sulla patogenesi dell'ulcera ...*, 145.
- Giganti* — ..., 332.
- Glicemia* — *Comportamento della ... dopo lo sforzo muscolare negli atleti*, 318.
- Glicemico* — *Il tasso ... in libici della Tripolitania*, 464.
- Glicosurici** — **Indagini sulla mortalità ed assicurabilità dei ...** (COERT), 46.
- Glutatione* — *Il ... nella pratica medica*, 227.
- Gonoreazione* — *Il valore interpretativo dellá ...*, 464.
- Gotta* — *Contributo alla conoscenza del metabolismo dell'acido ossalico nella ...*, 318.
- Gotta** — **La ...; artrite urica** (SECHER), 263.
- Gozzismo* — ..., 228.
- Graefe* — *Il sintomo di ... nelle peritoniti acute*, 80.
- Granulazioni* — *Azione dell'irradiazione con raggi ultravioletti sulle ... ossidasiche dei leucociti*, 145.

- Gravidanza** — **Questioni medico legali in tema di ... nell'assicurazione vita**  
(MARSELLA), 375.  
— *Sull'utilità delle reazioni biologiche di ... nella pratica*, 385.  
**Guanidina** — *Azione della ... sul cuore di rana*, 400.

## I

- Igiene** — **Consigli d' ... sulla bocca e sui denti** (GRANDE), 67.  
**Immunoterapia** — *L' ...*, 146.  
**Indacanemia** — *Ricerche sulla ... nei diabetici*, 239.  
**Infettive** — **Relazione di carattere medico-assicurativo; le malattie ... acute**  
(SECHER), 16.  
**Insegnante** — *L'igiene dell' ...*, 319.  
**Insetti** — *L'autarchia e gli ... dannosi in agricoltura*, 239.  
**Insulina** — *Azione dell' ...*, 159.  
**Intossicazione** — *L'azione preventiva e terapia della lecitina e colesterina nella ... da anilina*, 227.  
**Intradermo-reazione di Dick** — *Contributo sperimentale sulla ...*, 78.  
**Invalidità** — **L' ... totale e permanente nelle malattie mentali** (STARNA), 455.  
— **L' ... totale e permanente nel distacco di retina** (VELE), 214.  
**Invecchiamo** — *Perchè ...*, 332.  
**Iperazotemie** — **Le ... extrarenali in medicina assicurativa** (PEGORARO), 348.  
**Iperensione** — *Disfunzione elastica dei vasi centrali ed ... arteriosa*, 79.  
— *Il fattore renale nella ... arteriosa*, 379.  
**Iperensione** — **L'ereditarietà dell' ... arteriosa** (FIANDACA), 25.  
**Isoagglutinazione** — *Glucosio, saccarosio e formaldeide come agenti inibitori dell' ...*, 80.

## L

- Latitante** — *Come alimentare il bambino ...*, 332.  
**Lattoreazione** — *La ... nel latte di capra di una località calabrese*, 400.  
**Lavoratori del commercio** — *La patologia dell'apparato digerente nelle diverse categorie dei ... dal punto di vista professionale*, 383.  
**Lavoro** — *Il ... sanatoriale e postsanatoriale*, 227.  
**Legge Infortuni** — *Il medico di fronte alla nuova ...*, 55.  
**Legislativi** — *Sviluppi ... della previdenza e della assistenza sociale nell'anno XV dell'Era Fascista*, 400.  
**Letto** — *La permanenza in ... per le persone anziane*, 398.  
**Leucemici** — *Le curve di glicemia da carico nei ...*, 239.  
**Levubasemia** — *La prova della ... provocata nell'insufficienza epatica*, 475.  
**Linfogranulomatosi** — *Contributo allo studio della ... maligna*, 145.  
**Lipoitrin** — *L'azione del « ..... » sui corpi chetonici del sangue circolante nella magrezza endogena*, 400.  
**Longevi** — *Indagini clinico-statistiche nei ...*, 236.

## M

- Malaria** — *La lotta contro la ... in Grecia* (BASILIADES), 233.
- Maltese** — *Osservazioni sulla febbre ... e sua cura intensiva e rapida*, 78.
- Mammella** — *Le operazioni plastiche sulla ... nei loro rapporti con la endocrinologia e la gravidanza*.
- Manganese** — *Sull'avvelenamento cronico da ...*, 307.
- Maschile** — *La sopramortalità del sesso ...*, 399.
- Medicina Legale** — *Indirizzi politici della ... da Francesco Puccinotti ai giorni nostri*, 399.
- *Introduzione alla relazione « Radiologia e ... » del XIII Congresso di Radiologia Medica*, 477.
- Medicina Sociale** — *Campo e caratteri della ...*, 146.
- Medico Legali** — *Problemi ... dello sport*, 399.
- *L'assistenza ... dei lavoratori in Italia*, 477.
- Melitense** — *Studi sulla immunità contro la ...*, 239.
- *Sulla azione della tossina ... azione sul sistema nervoso e sul sangue*, 307.
- Metabolismo** — *Il ... basale*, 397.
- Meteorologiche** — *Come le vicende ... possano influire sull'organismo anche in riguardo a certi stati tubercolari*, 228.
- Milza** — *Sulla fisiopatologia della ... con speciale riguardo alle sue correlazioni colle ghiandole a secrezione interna*, 385.
- Mortalità** — *La ... in Italia per alcune malattie*, 75.
- Mortalità in Grecia** — *... per tifo, tbc. e malaria* (BASILIADES), 74.
- Mortalità** — *Sulla ... per malattie dell'apparato circolatorio*, 55.
- *... per tubercolosi e cancro in Inghilterra*, 336.
- Mosche** — *La lotta contro le ...* (CLAUSI), 167.

## N

- Nani** — *... o ammalati?*, 331.
- Natalità** — *Il problema italiano della ...*, 400.
- Nefropatie** — *Le ... in Medicina delle Assicurazioni Vita dal punto di vista medico legale* (FIANDACA), 137.
- Nevrastenia** — *La ... è un segnale*, 331.
- Neurosi** — *... degli infortunati*, 238.

## O

- Occhio** — *L'esame dell' ... in Medicina delle Assicurazioni Vita* (VELE), 468.
- Occlusioni** — *Comportamento del glicogeno epatico nelle ... intestinali*, 240.
- Oleotorace** — *Modificazioni istologiche del polmone normale sotto l'azione collassante dell' ...*, 240.
- Ormoni** — *Gli ... sessuali con particolare riguardo ai maschili*, 239.

## P

- Pallestesia** — *Semiologia della sensibilità vibratoria o ... e suo valore diagnostico nella neurolue e nelle sindromi nervose delle emopatie*, 316.
- Paralisi** — *Le ... di origine cerebrale dal punto di vista prognostico*, 464.
- *infantile* — *La diagnosi e la terapia della ...*, 55.

- Periodiche** — L'importanza delle visite ... per l'attività medica (KAUFFMANN), 70.
- Pesi medi** — Tavole di ... in rapporto alle altezze (CLARK), 133.
- Peso fisiologico** — Qual'è il ... ?, 331.
- Petto** — Signora, osservate spesso il vostro ..., 332.
- Piretoterapia** — I risultati di una nuova ... nella neurosifilide, 316.
- Piuria** — La diagnosi de la ... (CIATTI), 119.
- Pleurite** — La prognosi della ... essudativa, 158.
- Pneumotorace spontaneo** — Contributo allo studio del ... idiopatico benigno, 320.
- Pneumoconiosi** — Le ... in Assicurazioni Vita con particolare riguardo alla loro diagnosi e prognosi (DI LILLO), 34.
- Pneumotoraci** — ... efficienti radiologicamente invisibili, 384.
- Policistico** — Patologia e clinica del rene ..., 228.
- Poliemielite** — Un importante episodio epidemico di ..., verificatosi nel Comune di Sezze, 80.
- Politica Sanitaria** — La ... dell'I. N. A. (GIORDANI), 156.
- Polmonite** — La ... : malattia stagionale (STARNA), 2.
- Precoloniale** — La visita medica ... (PAPETTI), 313.
- Preventiva** — Per la medicina ... in Inghilterra, 77.
- Professionale** — Il problema della tubercolosi ... alla luce delle attuali conoscenze in tema di tisiogenesi, 227.
- **Dermatosi** ... : Le stigmate dei mugnai, 227.
- Profilassi** — Esperienze di ... e terapia antimalarica con iodomercurato di manganese ed estratto di milza, 55.
- Prova della santonina** — Sul valore clinico della ..., 384.
- Pseudo agglutinazione** — La ... dei globuli rossi nelle sospensioni diluite.
- Pupilla** — L'esame della ... e dei suoi riflessi in medicina Assicurazioni Vita (VELE), 229.

## R

- Radiazioni** — L'influenza delle ... Roentgen sull'equilibrio glicemico e colesterinamico, 320.
- Radiologica** — L'esplorazione ... della pleura e del diaframma (RICCIOTTI), 147.
- L'indagine ... del polmone in medicina assicurativa (RICCIOTTI), 56.
- Radiologico** — Alcune considerazioni sull'esame ... del cuore in medicina Assicurazioni Vita (RICCIOTTI), 308.
- Radioscopia sistematica** — La ... per l'accertamento della tubercolosi in attività, 317.
- Raffreddore** — Il ..., 77.
- Radiosterina** — Ricerche sull'azione antirachitica della ..., 160.
- Razza** — Il problema della ..., 228.
- Renale** — Nuove ricerche sperimentali sulla funzione ..., 228.
- Rene mobile** — Il ..., 331.
- Rene** — Il ... policistico in Assicurazione Vita (CLAUSI), 357.
- Resistenza aspecifica** — Studio sperimentale della ... conferita dalla tbc. verso alcune infezioni, 55.
- Resistenza globulare** — Studi sulla ... osmotica, 238.
- La ... osmotica in periodo mestruale, nelle sospensioni cloruro-sodiche ed in quelle plasmatiche, 79.

- Resistenza osmotica* — *La determinazione della ... delle emazie nel proprio plasma*, 79.
- Respiratorio* — *La sclerosi giovanile dell'apparato ...*, 384.
- Retinica** — **La misurazione della pressione arteriosa ... (VELE)**, 391.
- Retiniche* — *Pressione dell'arteria centrale della retina e alterazioni ... nelle encefalopatie a focolaio da disturbi circolatori*, 307.
- Reumatismo* — *Contributo allo studio di un piano di lotta contro il ...*, 383.
- Rischio professionale** — **Il ... in Assicurazione Vita (DI LILLO)**, 198.
- Ritmo cardiaco* — *Sul ... a più tempi*, 240.
- Ronzio** — **Il ... di orecchio (STARNA)**, 411.
- Rotula* — *Il lavoro della ...*, 332.

## S

- Schizofrenia* — *La prognosi della ...*, 396.
- Sci* — *Le lesioni da ...*, 320.
- Sciatica* — *La ...*, 158.
- Sclerosi giovanili* — *Le ...*, 77.
- Scompenso* — *Il ricambio respiratorio, la portata circolatoria e la gittata sistolica nelle cardiopatie compensate e nello ... di circolo*, 79.
- Sedimento* — *Valore clinico del conteggio degli elementi figurati del ... urinario nelle nefropatie*, 465.
- Sedimentazione* — *L'importanza della velocità di ... dei g. r. nella medicina assicurativa*, 74.
- Sensibilizzazione* — *La ... delle cavie per la prova biologica dei prodotti tubercolari*, 399.
- Sfenoidali* — *Patologia e clinica dei seni ...*, 477.
- Sfigmiche* — *Le oscillazioni ... del tono vasale*, 79.
- Sierodiagnostiche* — *Valore pratico di alcune reazioni ... per la lues nella clinica*, 396.
- Sifilide* — *I danni demografici ed assicurativi della ...*, 74.  
— *Come si svela la ... negli occhi, nelle narici e nella gola*, 332.
- Silicosi* — *... e silico-tubercolosi*, 227.
- Sociale* — *Il recupero ... dei tubercolosi attraverso un'organizzazione sociale del lavoro fuori dei luoghi di cura*, 146.
- Sociali* — *Le malattie ... e la medicina dello Stato*, 146.
- Sociali** — **Le funzioni... dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni (BEVIONE)**, 475.
- Sogni* — *La interpretazione dei ...*, 331.
- Sole** — **Il ..., cura di tutti (STARNA)**, 162.
- Soluti* — *Proprietà cinetiche dei ... nell'andamento della dialisi compensata del siero*, 146.
- Sonno* — *Il ... del bambino*, 332.
- Spirituale* — *La formazione ... del bambino lattante*, 146.
- Splenectomizzati* — *Considerazioni clinico-ematologiche e medico-legali militari sugli ...*, 465.
- Stanchezza* — *I fenomeni della ...*, 384.
- Statistica* — *Relazione medico-... del R. Esercito*, 159.
- Stenosi-aortica* — *... congenita del tratto terminale dell'arco in uno sportivo*, 383.
- Stitichezza** — **La ... abituale (STARNA)**, 328.

## T

- Termali** — *Le indicazioni dei fanghi e dei bagni ...* (STARNA), 82.
- Tetano** — *... localizzato post-serico e profilassi antitetanica*, 54.
- Trasfusione** — *La ... eterogenea: azione combinata dell'aldeide formica e del glucosio per la fissazione del sangue*, 79.
- Traumatizzati** — *I ... del cranio in Assicurazioni Vita* (CLAUSI), 337.
- Tubercolare** — *L'eredità ...*, 157.
- *Indagini sulla infezione e morbilità ... in figli di tbc.*, 465.
- Tubercolina** — *Effetti della ... sottoposta all'azione del radio sugli animali tubercolizzati*, 160.
- Tubercolofilo** — *La morfologia del bacillo ... studiata col metodo di Rivalier e Seydal*, 320.
- Tubercolosi** — *La ... coniugale*, 158.
- *Statistica di morbosità nella ... del 1936*, 55.
- *La diffusione della ... nelle campagne*, 55.
- *Il bacillo della ... nel latte di vacca*, 336.
- Tubercolosi bovina** — *La ... nei riflessi economici e sociali*, 385.
- Tubercolosi polmonare** — **Il contagio coniugale della ...** (STARNA), 424.
- *La ...* (SECHER), 177.
- *Nota sulla patogenesi e sulla terapia della ...*, 237.
- *Della bilateralità della ...*, 77.
- *Indicazioni e risultati a distanza della cura chirurgica della ...*, 395.
- *La ... dopo i 40 anni*, 395.
- *L'alcolizzazione nel nervo frenico nella curva della ...*, 239.
- *Le alterazioni cardio-circolatorie nel decorso della ...*, 384.
- *Turbe mentali nel corso della ...*, 396.
- Tubercolosi renale** — *La diagnosi precoce della ... e le leggi sociali*, 80.
- Tubercolotici** — *La sorveglianza dei ... dimessi dagli Istituti di cura*, 307.
- Tumori maligni** — *Andamento della mortalità d'ambo i sessi per ... nel Regno*, 76.
- *I ... in assicurazione vita*, 317.
- **I ... in rapporto all'Assicurazione Vita** (MARSELLA), 95.
- **La distribuzione anatomotopografica e regionale dei ... in Italia** (STARNA), 265.
- *La Chemioterapia del cancro*, 75.
- *Attualità della lotta contro il cancro*, 146.
- *L'andamento della mortalità per cancro in Austria*, 80.
- *Cancro pleuropolmonare primitivo*, 336.
- *Morti in Italia per ... nel 1936 distinti per sesso e compartimenti*, 75.
- Tutela sanitaria** — *... e sociale del Lavoro e della Razza*, 399.

## U

- Ulcera gastro-duodenale** — *Sulla patogenesi dell' ...*, 54.
- Ulceri del colon** — *A proposito delle immagini radiologiche delle ...*, 306.
- Ultravirus** — *Le attuali conoscenze sull' ... tubercolare*, 319.
- Urine** — *La quantità delle ...* (GIORDANO), 5.

## V

*Vaccinazione* — *La ... antitetanica in Francia*, 227.

*Valutazione* — *I metodi di ... del rischio*, 234.

*Vegetarismo* — *... e carnivorismo* (CLAUSI), 402.

*Vescica* — *Su di un frequente errore diagnostico tra ulcera luetica e ulcera neoplastica della ...*, 383.

*Vitamina* — *Influenza della ... «E» sulla guarigione delle ferite*, 480.

*Vitamine* — *Novità sulle ...*, 332.

*Volo* — *Sul problema dell'influenza del ... sul circolo*, 236.

## W

*Wassermann* — *Ricerche sul valore comparativo della reazione di ... e di alcune reazioni di flocculazione e sulla loro importanza nella pratica assicurativa* (BIASIOTTI), 103.

---

---

## INDICE DEGLI AUTORI

*(Comprende i soli lavori originali)*

BASILIADES, 74, 233, 394.  
BEVIONE, 475.  
BIASIOTTI, 103.  
CIATTI, 119, 364, 434.  
CICU, 87.  
CLARK, 133.  
CLAUSI, 167, 242, 337, 357, 402.  
COERT, 46.  
CONFORTO, 325.  
DI LILLO, 34, 198, 219.  
FIANDACA, 25, 137.  
GIORDANI, 156.  
GIORDANO, 5, 49, 156.  
GRANDE, 67.  
KAUFFMANN, 70.  
MARSELLA, 95, 375.  
PAPETTI, 313.  
PEGORARO, 348.  
RICCIOTTI, 56, 147, 308, 386.  
ROMANELLI, 295.  
STARNA, 2, 7, 82, 162, 265, 297, 322,  
328, 411, 424, 455.  
SECHER, 16, 177, 259, 263, 418.  
VELE, 214, 229, 391, 468.

---







# 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:

**ASCOLI PICENO** - presso l'Agenzia Generale - Piazza del Popolo,  
angolo Via Archivio.

**MACERATA** - presso l'Agenzia Generale - Via Ricci, 2.

**PESARO** - presso l'Agenzia Generale - Via Rossini, 2.

**PAVIA** - presso l'Agenzia Generale - Corso Mazzini, 3.

#### ivi funzionano:

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

# 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 Consulteri 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 Consulteri di medicina preventiva dell'I.N.A. (vedi elenco che segue dei Centri e Consulteri).*

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

### C) **Ricerche cliniche ed esami di laboratorio gratuite** per tutti gli assicurati presso i Centri e Consulteri 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 ordinarie* e *collettive* la riduzione del 30 % sugli onorari individuali fissati dal Sindacato Provinciale Fascista dei Medici.

L) **Facilitazioni presso Ospedali e Case di cura**: vedi elenco che segue.

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

N) **Facilitazioni presso Stabilimenti Termali**: vedi elenco che segue.

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

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

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

3° *Sotto il platano di Coò*; Consigli d'Igiene e di medicina preventiva

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

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

### CENTRI E CONSULTORI

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

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

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

**Agrigento** (Consultorio), Via Roma, 291, 1° mercoledì del mese, ore 9-11.

**Ascoli Piceno** (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Piazza del Popolo, Angolo Via Archivio, 1° e 3° mercoledì del mese.

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

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

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

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

**Brescia** (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Piazza Vittoria, Pal. I. N. A., 1° e 3° martedì del mese ore 9-12 14-16.

**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.

**Macerata** (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Via Ricci, 2, ultimo mercoledì 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 Garibaldi, 81, 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.

**Pavia** (Consultori) presso l'Agenzia Generale, Corso Mazzini, 3, 2° e 4° sabato del mese, ore 9-13.

**Pesaro** (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Via Rossini, 2, 2° e 4° martedì del mese.

**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'Agen-

zia 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 Laboratori 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. CIAMPO Arnaldo.

Dr. SPIRITO Tito.

*Ivrea.*

Dr. MAUTINO Giuseppe.

Dr. PUGLIESE Giuseppe.

Oculisti

*Ivrea.*

Dr. GARZINO Mario Casimiro, Ospedale Civile.

Otorinolaringoiatri

*Ivrea.*

Dr. MAGGIOROTTI Ugo.

### AQUILA

Odontoiatri

*Aquila.*

Dr. DE ANGELIS Giovanni Battista.

Otorinolaringoiatri

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

### AREZZO

Odontoiatri

*Arezzo.*

Dr. MICHELINI Mario, Via Francesco Crispi, 2.

Oculisti

*Arezzo.*

Prof. Dr. ALIQUÒ MAZZEI Alessandro.

ASCOLI PICENO

Odontoiatri

*Ascoli Piceno.*

Dr. MONDOZZI Andrea, Via Benedetto Cairoli.

Dr. PENNESI Luigi, Via Trivio.

Dr. TASSONI Adolfo.

Otorinolaringoiatri

*Fermo.*

Dr. LODOVICI Amilcare, Via Sapienza, 4.

ASTI

Odontoiatri

Dott. DEGIAN Attilio.

Dott. IVALDI Candido.

Dott. MAIOLO Giacomo.

Dott. MALAGOLI Lelio.

Oculisti

Dott. LOVISOLO Carlo.

Otorinolaringoiatri

Dott. GENTILE Aldo.

BARI

Odontoiatri

*Andria.*

Dr. SARDANO Francesco.

BERGAMO

Odontoiatri

*Bergamo.*

Dr. AVETTA Enzo.

Dr. BRAUN Giorgio, Viale Roma, 12.

Dr. CALDEROLI Guido.

Cav. Dr. CASTELLI Carlo.

Prof. Dr. CAVAZZENI Giovanni.

Dr. DAL LAGO Vittorio.

Dr. GATTI Giovanni.

Oculisti

*Bergamo.*

Prof. Dr. BUSACCA Annibale, Via Tasso, 4.

Prof. Dr. SEGUINI Arminio.

Dr. ZONCA Giovanni.

Otorinolaringoiatri

*Bergamo.*

Dr. CALDEROLI Innocente.

Dr. PALVIS Giuseppe.

BOLOGNA

Odontoiatri

*Bologna.*

Dr. BIGNARDI Ferdinando, Via Saffi, 2.

Dr. CAPUZZI Giuseppe, Piazza dei Marchi, 6

Dr. CARAMITTI Aldo, Via Innerio, 17.

Dr. DI MENTO Spiro, Via Zamboli, 3.

Dr. FRANCESCONI Alberto, Via Saffi, 2,

Dr. GIANNOTTI Manfredo, Via Saffi, 2.

Dr. PIVA Giuseppe, Via Indipendenza, 22.

Oculisti

*Bologna.*

Dr. CAPRA Leonida, Via Indipendenza, 2.

Prof. Dr. MARIOTTI Cesare, Via Castiglioni, 5.

Dr. NARDI Giorgio, Via Frassinago, 21.

Dr. PALMIERI Domiziano, Via Righi, 34.

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

Prof. Dr. NAPOLEONE Xilo, Via Guerra.

Otorinolaringoiatri

*Bologna.*

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

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

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

BOLZANO

Odontoiatri

*Bolzano.*

Dr. GRONES Ernesto, Piazza Erbe, 12.

*Merano.*

Dr. DE BOSIO Giuseppe.

Dr. KONIG Alfredo, Corso Goethe, 6.

Dr. SINGER Federico, Via Dante, 38.

Oculisti

*Bolzano.*

Prof. Dr. MENESTRINA Gino, Ospedale Civile.

Dr. ROSSLER Federico, Via Regina Elena.

*Bressanone.*

Dr. NIEDEREGGER Enghelberto.

*Merano.*

Dr. BAR Carlo, Corso Principe Umberto, 32.

KEISER Giulio, Corso Principe Umberto, 34.

Otorinolaringoiatri

*Bolzano.*

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

Dr. SCHNABL Adolfo, Piazza Grano, 2.

*Merano.*

Dr. DIESBACHER Matteo, Corso Principe Umberto, 20.

Dr. NUSSBAUMER Giorgio, Corso Goethe, 11.

**BRESCIA**

**Odontoiatri**

*Brescia.*

- Dr. BERTOLI Oreste.  
 Dr. CASTELLI Ettore, Via Dante, 42.  
 Dr. JORI Mario, Corso Vittorio Emanuele, 58.  
 Dr. RIETTI Giov. Battista, Via Mazzini.  
 Dr. RIETTI Giulio, Via Mazzini.  
 Dr. SALVAGNI Dino, Viale Stazione.  
 Dr. SCACHERI Domenico, Corso Palestro.

*Gardone Riviera.*

- Dr. GOIO Giuseppe.

*Salò.*

- Dr. SIMONI Guido Giuseppe.

**CALTANISSETTA**

**Oculisti**

*Caltanissetta.*

- Prof. Dr. CAVALLARO Erminio.  
 Prof. Dr. NICOLETTI Gaspare.

**Otorinolaringoiatri**

- Dr. RESTIVO Pietro.

**CAMPOBASSO**

**Odontoiatri**

*Campobasso.*

- Dr. MARTINO Angelo.  
 Dr. SANTORO Manfredi.

**Oculisti**

*Campobasso.*

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

*Agnone.*

- Dr. SAVASTANO Silvio.

**CATANIA**

**Odontoiatri**

*Catania.*

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

**Oculisti**

*Catania.*

- Prof. Dr. DE CRISTOFARO Michelangelo, Via Plebiscito, 280.  
 Prof. Dr. FAVALORO Giuseppe, Via S. Madalena, 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.

**ENNA**

**Odontoiatri**

*Enna.*

Dr. COLOMBRITA Diodoro, Via Roma, 262.

**FERRARA**

**Odontoiatri**

*Ferrara.*

Dr. BARUFFALDI Tommaso, Via Terranova, 9.

Dr. CAVALLARI Augusto, Largo Castello.

Dr. FINI Giuseppe, Corso Giovacca, 3.

Dr. MORI Davide, Via Cortevecchia, 3.

Dr. TESI Alfredo, Via Palestro, 21.

Dr. TESI Gastone, Via Palestro, 21.

**Otorinolaringoiatri**

*Ferrara.*

Dr. MANFREDI Angelo, Via Borgoleoni, 122.

Dr. MURATORI Enzo, Via Palestro, 62.

**Oculisti**

*Ferrara.*

Dr. CECCOLI Stefano, Vicolo del Teatro, 2.

Dr. VERZELLA Mario, Corso Porta Mare, 11.

**FIRENZE**

**Odontoiatri**

*Firenze.*

Dr. ARNONE Vincenzo, Via Pandolfini, 26.

Dr. CITELLI Alessandro, Lung'Arno Acciaio-  
li, 22.

Dr. PUTTI Giorgio, Via dei Servi, 6.

Dr. RAMONINO Camillo, Via Vecchietti, 9.

Dr. CALAMARI Stefano, Via della Pergola,  
14-bis.

**FOGGIA**

**Odontoiatri**

*Foggia.*

Dr. ARBORE Giulio.

Dr. DI MAIO Enzo.

*Manfredonia.*

Dr. MELUCCO Pasquale.

*S. Severo.*

Dr. RECCA Pietro.

**Oculisti**

*Foggia.*

Dr. ALTAMURA Alfredo.

*Carlantino.*

Dr. DE SIMONE Nicola.

*S. Severo.*

Dr. COLIO Giovanni.

**Otorinolaringoiatri**

*Foggia.*

Dr. GALLO Antonio.

*S. Severo.*

Dr. GERVASIO Arnaldo.

**FORLÌ**

**Odontoiatri**

*Forlì.*

Dr. VESPIGNANI Guido, Corso Garibaldi.

Dr. MOLINAR Geza, Via M. Missirini.

Dr. BRIGANTI Antonio, Capitano 2° Fanteria.

Dr. CASALI Alvaro, Corso Garibaldi.

*Rimini.*

Dr. LAZZAROTTO Eugenio.

Dr. PEDRAZZI Luigi.

Dr. PELOSI Romano.

**Oculisti**

*Forlì.*

Dr. MARCHINI Paolo, Corso A. Diaz.

Dr. SANTONOCETO Ottavio, Via Giovanni dalle  
Bande Nere.

**Otorinolaringoiatri**

*Forlì.*

Dr. SEGANTI Filippo, Via Madenti.

**GENOVA**

**Odontoiatri**

*Genova.*

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

*Cornigliano.*

Dr. TRAVAGLINI Guido, Vai Garibaldi, 13.

*Genova.*

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

**GORIZIA**

**Odontoiatri**

*Gorizia.*

Dr. NETZBANDT Paolo Ugo.

Otorinolaringoiatri

*Gorizia.*

Dr. COMEL Giuseppe.  
Dr. RUZZATI Sandro.

GROSSETO

Odontoiatri

*Grosseto.*

Dr. ANGELINI Armando.

IMPERIA

Odontoiatri

*Imperia.*

Dr. AMORETTI Raffaele, Via Alfieri, 18.  
Dr. DE VECCHI Oscar, Via del Monte.  
Dr. LATRONICO Attilio, Via Berio, 5-bis.  
Dr. MURA Carmelo, Corso Dante, 2.  
Dr. NATTA Antonio, Via Gandolfo, 1.

*Bordighera.*

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

*Sanremo.*

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

*Ventimiglia.*

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

Oculisti

*Imperia.*

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

*Oneglia.*

Dr. GRIVA Giuseppe.

*Sanremo.*

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

Otorinolaringoiatri

*Imperia.*

Dr. DURAND Gaspare, Via Giardini.

*Bordighera.*

Dr. VERDUN Eugenio, Via Vittorio Emanuele, 8.

*Sanremo.*

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

*Ventimiglia.*

Dr. VERDUN Eugenio, Via Vittorio Emanuele, 18.

LIVORNO

*Livorno.*

Dr. CAPITANI Icilio, Scali Ugo Botti, 2.  
Dr. CASAGNI Odoardo, Via Magenta, 8.  
Dr. QUARANTORSI Cleomene, Via Enrico Mayer, 18.

*Portoferraio.*

Dr. LAGHI Augusto.

Oculisti

*Livorno.*

Prof. Dr. BAQUIS Elia, Via Marradi, 35.  
Dr. PARDUCCI Mario, Via del Fante, 3.

Otorinolaringoiatri

*Suvereto di Livorno.*

Dr. CHIERICI Luigi.

LUCCA

Odontoiatri

*Altopascio.*

Dr. PIEGAIA Giovanni Leo.

*Viareggio.*

Dr. GIUFFRIDA Giuseppe.

MANTOVA

Odontoiatri

*Mantova.*

Dr. CONSOLO Giuseppe.  
Dr. LASAGNA Romolo, Via Marangoni, 4.  
Dr. MAZZEI Carlo, Via Massari, 5.  
Dr. PONGILUPPI Ermondo, Via D. Ferneli, 3.  
Dr. PREDARI Maria.  
Dr. VENERI Loris, Via Oberdan, 19.  
Dr. ZAGNI Giuseppe, Via B. Grazioli, 32.

Oculisti

*Mantova.*

Prof. Dr. FERRI Dante, Via Grazioli, 5.  
Prof. Dr. PREVEDI Guido, Via Cesare Battisti, 14.

Otorinolaringoiatri

*Mantova.*

Dr. FINZI Giuseppe, Via Accademia, 4.  
Dr. FUCCI Francesco, Via Carlo Poma, 15.  
Dr. ZAPPAROLI Luigi, Corso Vittorio Emanuele, 103.

MASSA - CARRARA

Odontoiatri

*Carrara.*

Dr. LODOVICI G. Battista, Via Lunense.

**MATERA**

**Odontoiatri**

*Matera.*

Dr. MARINARO Domenico.

*Matera.*

Dr. LO RUSSO Stefano.

**MESSINA**

**Odontoiatri**

*Messina.*

Dr. TODARO Francesco, Via dei Verdi.

**Oculisti**

Dr. LA ROSA Vincenzo, Via Pavia.

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

**Otorinolaringoiatri**

Dr. CAMINITI Carmelo Alcide, Via Verdi, 57.

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

Dr. VALSECCHI Virginio, Via Ugo Bassi, 120.

**MILANO**

**Oculisti**

*Milano.*

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

**Odontoiatri**

*Milano.*

Dr. BIAGINI Giovanni, Via Aversa, 17.

*Monza.*

Dr. BONSAGLIO Elia, Via Vittorio Emanuele, 1.

Dr. CAMPANARI Antonio, Via Italia, 13.

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

**MODENA**

**Otorinolaringoiatri**

*Modena.*

Gr. Uff. Dr. SILLINGARDI Gino, Piazza Municipali, 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. CARMI Alberto, Via San Biagio, 1.

Otorinolaringoiatri

*Parma.*

Prof. Dr. LASAGNA Francesco, Piazzale Cervi, 17.  
 Prof. Dr. TASSI Umberto, Via 22 luglio, 15.

PERUGIA

Odontoiatri

*Perugia.*

Prof. Dr. BRAJO Fusco, Corso Vannucci.

Oculisti

*Perugia.*

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

Otorinolaringoiatri

*Perugia.*

Dr. BAROLA Angelo, Via Fani, 2.

PIACENZA

Odontoiatri

*Piacenza.*

Dr. CAVANNA GOBBI Ettore, Via San Marco, 5.  
 Dr. MISTRALETTI Umberto, Via Chiapponi.

*Castelsangiovanni.*

Dr. PATRIOLI Giuseppe.

PISA

Odontoiatri

*Pisa.*

Prof. Dr. CARRERAS Roberto, Via San Lorenzo, 19.  
 Dr. DELLE SEDIE Francesco, Piazza S. Frediano, 5.  
 Dr. PAOLI Gaetano, Borgo Stretto, 5.  
 Dr. SERRI Scipione, Via Vitt. Emanuele, 4.

*Bientina.*

Dr. MARCHIANI Pilade.

PISTOIA

Otorinolaringoiatri

*Pistoia.*

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

POLA

Odontoiatri

*Pola.*

Dr. STOCCO Francesco.

Oculisti

*Pola.*

Dr. DE PIERA Mauro.

Otorinolaringoiatri

*Pola.*

Dr. MAZZARO Elvino.

REGGIO CALABRIA

Odontoiatri

*Reggio Calabria.*

Dr. RETEZ Romeo Stefano, Corso Vittorio Emanuele.

Oculisti

*Reggio Calabria.*

Dr. DE LOGU Antonio.  
 Dr. Prof. LAGANÀ Domenico.  
 Prof. Dr. STILO Antonio Gallico.

Otorinolaringoiatri

*Reggio Calabria.*

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

**ROMA**

**Odontoiatri**

*Roma.*

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

**Oculisti**

*Roma.*

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

**Otorinolaringoiatri**

*Roma.*

- Prof. Dr. TURTUR Giuseppe, Via XX Settembre, 95.  
 Dr. CIPOLLONI Silvio, Via Cola di Rienzo, 297.

**ROVIGO**

**Odontoiatri**

*Rovigo.*

- Dr. BENATTI Boris.  
 Dr. BORELLINI Alberto.

*Adria.*

- Dr. FERRONI Giuseppe.  
 Dr. GIORDANI Nazzareno.

**SASSARI**

**Odontoiatri**

*Sassari.*

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

**SAVONA**

**Odontoiatri**

*Savona.*

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

**Otorinolaringoiatri**

*Savona.*

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

**SIENA**

**Odontoiatri**

*Siena.*

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

**Otorinolaringoiatri**

*Siena.*

- 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. FAVERO Emilio, Via Camerana, 10.

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 Vittoria, 21.

Dr. MORINI Egidio, Via Carlo Alberto, 18.

Prof. Dr. MOSSO Giacinto, Via Cibrario, 1.

Dr. ORSI Luigi, Via XX Settembre, 17.

Dr. PECCHIO Teobaldo, Corso Vittorio Emanuele, 19.

Prof. Dr. PICCALUGA Sirio, Via XX settembre, 60.

Prof. Dr. PISSARELLO Carlo, Corso Vinzaglio, 21.

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

Prof. TIRELLI Gaspere, R. Clinica Oftalmica.

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

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

Dr. VAUDETTI S., Via Cernaia, 18.

Prof. Dr. VERDERAME Filippo, Corso Oporto, 31-bis.

Otorinolaringoiatri

*Torino.*

Dr. BATTAGLIOTTI Enrico, Via Santa Chiara, 20.

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

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

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

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

Dr. FERRERO A., Via Goito, 6.

Dr. LEALE G., Corso Oporto, 5.

Prof. Dr. MALAN Arnaldo, Corso Oporto, 40.

Dr. MANCINI Pietro Teobaldo, Via Plana, 11.

Dr. MEANO Carlo, Via della Rocca, 6.

Prof. Dr. PALLESTRINI Ernesto, Corso Roe-ro di Cortanze, 2.

Prof. Dr. PINAROLI Guido, Corso Vittorio Emanuele, 82.

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

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

TRAPANI

Otorinolaringoiatri

*Trapani.*

Dr. SAMMARTANO Mario, Via Mercè.

TRENTO

Odontoiatri

*Trento.*

Dr. AGOSTINI Fortunato.

Dr. LACHMANN Carlo, Piazza Silvio Pellico, 2.

Dr. RIGHI Ferruccio, Via Belenzani, 27.

Dr. SEPI 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. CHIUMINATTO Luisa, Via S. Francesco, 20.

Dr. FERRAGUTI Alessandro, Via Coroneo, 10.

Dr. MINAS Alberto, Via A. Diaz, 10.  
 Dr. OTTOCHIAN Giuseppe, Via 30 Ottobre, 17.  
 Dr. REBEZ Bruno, Via G. Gallina, 2.  
 Dr. ROSANZ Giuseppe, Via S. Nicolò, 33.

Oculisti

*Trieste.*  
 Prof. Dott. KOCH Carlo, Viale XX Settembre, 24.  
 Dr. MANZUTTO Giuseppe, Via Roma, 22.

Otorinolaringoiatri

*Trieste.*  
 Dr. ROCCO Antonio, Via Mercato Vecchio, 3.  
 Dr. Cav. MONTINI Giovanni, Via Cesare Beccaria, 8.

UDINE

Odontoiatri

*Tolmezzo.*  
 Dr. CANDUSSIO Piero, P.zza XX Settembre.

*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. PETTERINO Patriarca, Via Oldoni.

VERONA

Odontoiatri

*Verona.*  
 Dr. BRIVIO Giano, Via Marsala.  
 Dr. CARAZZA Luigi, Piazza Dante, 8.  
 Dr. DELLA CHIARA Alfonso, Piazza Duomo.  
 Dr. FRANCHINI Egisto, Corso Vittorio Emanuele, 9.  
 Dr. SAGRAMOSO Alberto, Via Santa Chiara, 13.

*Bardolino.*  
 Dr. PEDUZZI P.

*Legnago.*  
 Dr. BONFANTE Ugo.

VICENZA

Odontoiatri

*Vicenza.*  
 Dr. CARLE Luciano, Corso Principe Umberto, 53.  
 Dr. FIORETTI Sebastiano, Via Morette.  
 Dr. MARTINELLI L., S. Corona.

*Arzignano.*  
 Dr. VERONESE Giuseppe.

Oculisti

*Vicenza.*  
 Dr. ANTUZZI C., Piazza Duomo, 4.

Otorinolaringoiatri

*Vicenza.*  
 Dr. BASSO E., Via Racchetta, 5.  
 Dr. BOER Antonio, Via Carpagnon, 13.

VITERBO

Odontoiatri

*Viterbo.*  
 Dr. BAGEDDA Baingio.

## OSPEDALI, CASE DI SALUTE ED AMBULATORI che accordano facilitazioni ai nostri assicurati (esclusi quelli dell'Istituto Nazionale Fascista Previdenza Sociale)

### *Case specializzate per malattie polmonari:*

#### MIAZZINA (NOVARA)

Casa di cura per malattie polmonari *Eremo*: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore, fino al 2 febbraio 1939.

#### 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.

#### 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, fino al 1° aprile 1938.

**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 gratuita una volta l'anno agli assicurati con polizza popolare, e beneficio gratuito in ogni tempo delle varie prestazioni del Policlinico.

— 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.

## 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 artritisimo cronico - tubercolosi ossea - eczemi - reumatismi cronici e secondari - malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc.

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

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

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

### ACQUA SANTA (ASCOLI PICENO)

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

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

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

### BOGNANCO (NOVARA)

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

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

### CALITEA (RODI EGEO)

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

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

### CARAMANICO (PESCARA)

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

*Riduzioni*: Agli assicurati in forma ordinaria e collettiva 25 % tariffe in vigore e 25 % sulla pensione completa. Agli assicurati in forma popolare 20 % tariffa in vigore e 20 % sulla pensione.

### CHIANCIANO (SIENA)

Acque bicarbonato - solfato - calcico - magnesiache ricche di acido carbonico da 29 a 38.5° per bibita e bagni.

Affezioni delle vie biliari, della disfunzione della cellula epatica e dei fenomeni morbosi ad esse collegati.

Trattamento balneoterapico delle manifestazioni ipertensive.

Fangoterapia delle affezioni dolorose del fegato.

*Riduzioni*: agli assicurati sia in forma ordinaria che collettiva riduzione del 10 % sulle normali tariffe di abbonamento al Parco delle Fonti (bibita) ed ai bagni di 1° e 2° classe.

Per gli assicurati in forma popolare la riduzione di cui sopra comprenderà anche i bagni di 3° classe.

### CASTROCARO (FORLÌ)

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

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

### FIUGGI (FROSINONE)

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

*Riduzioni*: A tutti gli assicurati riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

A Fiuggi è stato istituito un ufficio di rappresentanza e propaganda che ha la sua sede

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

#### PORRETTA (BOLOGNA)

Acque salsobromoioniche a clorurate 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 praticeranno 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 1ª classe, e 50 % 2ª classe.

#### S. PELLEGRINO (BERGAMO)

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

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

#### S. CESAREA (LECCE)

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

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

#### SARDARA (CAGLIARI)

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

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

#### SCRAJO EQUENSE (NAPOLI)

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

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

**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, Sondrio, 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. per dimostrare 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 CONSULTORI DI IGIENE E DI MEDICINA PREVENTIVA DELL' I. N. A.

### 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.

**Pavia** - Consultorio, Corso Mazzini, 3.

### 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.

**Ascoli Piceno** - Consultorio - Piazza del Popolo, Ang. Via Archivio.

**Macerata** - Consultorio - Via Ricci, 2.

**Pesaro** - Consultorio - Via Rossini, 2.

**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 Torrearsa.

### SARDEGNA

**Cagliari** - Centro e Consultorio, Via Roma, 73.

**Nuoro** - Consultorio, Via Garibaldi, 81.

Riproduzione vietata degli scritti contenuti in questa Rivista, anche se parziale o sunteggiata, senza citarne la fonte

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

(50) Società Tipografica Castaldi - Roma, Via Casilina, 49 - Tel. 70 409

# L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'I. N. A.

BIMESTRALE DI MEDICINA PREVENTIVA E DELLE ASSICURAZIONI

*Direttore: Prof. Dott. ILARIO ROMANELLI*

*Redattore-Capo: Dott. ALBERTO STARNA*

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

## SOMMARIO

- |  |   |
|--|---|
| 1. Provvidenze Sanitarie a favore degli assicurati . . . . . 1-XX  | 5. Alcuni dati di Statistica medica . . . . . 48  |
| 2. Consigli agli assicurati:   | 6. Medicina legale delle Assicurazioni Vita:  |
| a) Dott. A. STARNA, La polmonite . . . . . 2   | Dott. B. GIORDANO, Questioni medico-legali in Assicurazione Popolare . . . . . 49                     |
| b) Dott. B. GIORDANO, La quantità delle urine . . . . . 5  | 7. Dalle riviste che riceviamo in cambio . . . . . 54   |
| c) Dott. A. STARNA, Il dolor di testa . . . . . 7  | 8. Semeiotica di Medicina delle Assicurazioni Vita:   |
| d) Rassegna di articoli di igiene . . . . . 12   | Dott. T. RICCIOTTI, L'indagine radiologica del polmone in medicina A. V. . . . . 56                   |
| 3. Notiziario . . . . . 14   | 9. Varie:   |
| 4. Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita:  | a) Dott. M. GRANDE, Consigli d'igiene sulla bocca e sui denti . . . . . 67                            |
| a) Prof. K. SECHER, Relazioni di carattere medico-assicurativo . . . . . 16                                    | b) Dott. F. KAUFFMANN, L'importanza delle visite periodiche per l'attività medica . . . . . 70        |
| b) Dott. S. FIANDACA, L'ereditarietà dell'ipertensione arteriosa . . . . . 25                                  | c) Prof. BASILIADES, Mortalità in Grecia per tifo, tbc. e malaria nel 1935 (II semestre) . . . . . 74 |
| c) Dott. A. DI LILLO, Le pneumoconiosi in A. V. con particolare riguardo alle diagnosi e prognosi . . . . . 34 | 10. Dai Libri e dai Periodici . . . . . 74  |
| d) Dott. J. COERT, Indagini sulle mortalità ed assicurabilità dei glicosurici . . . . . 46                     | 11. Pubblicazioni ricevute . . . . . 80   |
|  | 12. Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari . . . . . 80   |

**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**LA POLMONITE: MALATTIA STAGIONALE**

Ormai Orione in questo ultimo scorcio d'inverno scende basso all'orizzonte nelle lunghe notti stellate. La sua Cintura, che già splendeva fin quasi allo Zenit, passa ora inosservata al di sopra delle colline che verso occidente ammiriamo dalla nostra finestra. Ma il freddo si fa ancora sentire ed in certe notti limpide la tramontana passa sibilando per ogni dove, portando con sè la sensazione del gelo e dei campi di neve dalle montagne appenniniche che, in questi mesi, sonnecchiano tranquille sotto il morbido mantello di ermellino.

Eolo deve avere aperto gli ultimi otri messi in serbo per la stagione e Borea soffia a più non posso. Uscire di casa la mattina per tempo diventa un vero problema con una tramontanina che taglia la faccia ed un noioso raffreddore che da due mesi non vuole andarsene. Quest'ultimo, partito dalla gola è poi passato al naso per tornare successivamente alle fauci. Il collutorio, usato senza costanza, ha attenuato per un po' le spine della gola; ma dopo una settimana queste si son fatte sentire più forti di prima.

Si vede proprio che i bacilli nella nostra bocca vi si sono abituati e ci si trovano a loro agio, come a casa loro, nascosti tra le anfrattuosità delle tonsille e quelle delle gengive o meglio ancora in un recesso del tartaro dentario nell'intestizio tra un dente e l'altro. Un vecchio maniero abbandonato presenta, dalla nicchia per la vedetta sulla torre ai sotterranei delle prigioni, meno nascosigli per un uccellaccio rapace di quanti non ne possieda la nostra bocca trasandata per tanti bacilli di natura sospetta.

La cosa poi diviene più pericolosa in alcuni mesi invernali, quali febbraio e marzo, allorchè i continui sbalzi di temperatura possono facilitare la virulentazione e la propagazione di bacilli apparentemente innocui.

Proprio così; perchè molti non sanno come i germi di alcune malattie respiratorie abbastanza innocue, quali ad esempio l'influenza, possano trasformarsi in un agente causale della polmonite, oppure l'agente specifico della malattia permanere a lungo latente nelle prime vie respiratorie. Infatti questa malattia riconosce, per fattore determinante, non uno solo, ma parecchi germi che possono essere entrati con l'aria più pacifica nella nostra bocca e vi si sono moltiplicati tranquillamente.

Ma, come il leone del circo ricorda all'improvviso di essere figlio del re del deserto, così il *diplococco di Fraenkel*, divenuto saprofita boccale, un brutto giorno si ricorda dei suoi sinistri poteri atavici e si fa in quattro (cioè si moltiplica generosamente) per aggredire il suo ospite. Se poi il diplococco segua per l'invasione del polmone la via aerea, oppure, giunto alla fine dei bronchioli, provochi un'inflammazione interstiziale perivascolare od anche non preferisca meglio la via emolinfatica è cosa dubbia; quello che certo però è che in poche ore riesce a diffondersi ad un intero lobo polmonare cioè ad un buon terzo od alla metà di un polmone.

A complicare la faccenda è da tener presente il fatto che lo stesso diplococco lanceolato di Fraenkel soprari cordato è un'idra da molte teste perchè, come preconizzarono gli studi di Foà in Ita-

lia e le ricerche eseguite negli anni scorsi in America hanno dimostrato, esistono non meno di quattro varietà di tali diplococchi differenziabili con l'agglutinazione. I tipi I e II sarebbero i più frequenti tanto che costituirebbero circa il 60 % di tutte le polmoniti. Il tipo III è più virulento ma fortunatamente abbastanza raro. Infatti può dare una mortalità molto alta fino a raggiungere il 40 % nei colpiti da questa varietà; da alcuni studiosi esso è stato identificato con il *diplo-streptococco mucoso*. Sebbene abitualmente raro, in alcune speciali epidemie questo pericoloso germe ha colpito il 35 % dei polmonitici. Infine il IV tipo detto anche tipo « X » sarebbe un insieme eterogeneo di numerosi stipiti anch'essi ospiti, abitualmente innocui, della bocca.

Più rare, ma non eccezionali, sono le polmoniti provocate dal bacillo di *Friedlander*, dal *micrococco cuturrale* o dai comuni piogeni quali lo *streptococco* o lo *stafilococco* oppure associazioni di uno dei tipi riferiti come il *bacillo dell'influenza*, lo *streptococco emolitico*, ecc.

Per nostra fortuna, però, perchè si sviluppi la polmonite, non è sufficiente la presenza nelle alte vie respiratorie di un diplococco; questo costituisce un pericolo; ma altri fattori predisponenti individuali o familiari o cause perfrigeranti costituiscono un ottimo contributo allo sviluppo della malattia.

Poichè nessuno di noi può avere la presunzione di essere immune da queste predisposizioni, da quanto abbiamo detto ne conseguirà la seguente norma pratica: Dobbiamo curare attentamente nei mesi invernali e nella primavera l'igiene della bocca e delle alte vie respiratorie per evitare che i germi portativi da un raffreddore di naso o da una tonsillite vi si annidino insidiosamente. Inoltre, per il fatto che la polmonite non dà immunità, le precauzioni dovranno

essere maggiori in coloro che hanno sofferto in passato di una polmonite.

Già abbiamo accennato alle correnti d'aria come fattore provocante lo sviluppo della malattia; questi mesi di trapasso stagionale con brusche oscillazioni di temperatura, causa di cicloni meteorologici, sono specialmente propizi a bruschi raffreddamenti.

Altro elemento predisponente alla polmonite è l'età; sappiamo che nei giovani al di sotto dei venti anni e verso i 50-60 anni il pericolo è nettamente maggiore; e perciò in tale epoca di vita i riguardi devono essere maggiori. Indagini meteorologiche recenti hanno dimostrato che è nocivo specialmente, oltre al vento, l'alto valore igrometrico dell'aria, quando cioè soffia Austro e nebbia e piogge si alternano nella stessa giornata.

Sono i giorni stanchi di fine inverno, quando in città anche il marmo delle gradinate trasuda umido, le ringhiere sono bagnate; e per la campagna poi tutto stilla acqua, dai rami scheletrici delle piante ai fili d'erba, dalle siepi alle lunghe campate dei conduttori elettrici che tagliano sul cielo la bassa cortina delle nuvole sfrangiate. In questa stagione tutte le strade, specie quelle secondarie, sono coperte di melma; i ragazzi uscendo di scuola giuocano nelle pozzanghere, i piedi s'impattumano nella mota e l'umidità entra da tutti i pori nel corpo.

Probabilmente in tali condizioni, ad aria quasi satura di vapor d'acqua, essendo ostacolata la normale perspirazione cutanea, le mucose si congestionano provocando una virulentazione dei germi i quali in tal modo trovano più facilmente le vie aeree profonde. Ricordo in proposito alcune esperienze praticate negli animali le quali hanno dimostrato come l'attecchimento dei germi patogeni inalati sia possibile solo con atmosfera saturata di vapore acqueo.

Ciò conferma la statistica che ci indica i mesi di febbraio e marzo come i più pericolosi per la polmonite; si dovrà perciò evitare di camminare a lungo per le strade bagnate in queste giornate, specie da parte di coloro che sono predisposti alle malattie respiratorie o raffreddati, usando sempre calzature impermeabili.

Un'altra causa predisponente, a torto dimenticata, è l'affollamento eccessivo in locali chiusi; quali i caffè ed i cinematografi, mentre sono di fatto quelli preferiti in queste lunghe serate; le nostre mucose soffrono di quel caldo umido, che alla prima impressione fa quasi piacere; ma vengono maggiormente irritate dal fumo, immancabile compagno dei passatempi notturni.

La vicinanza di un malato o di un convalescente di polmonite dovrà essere evitata, specialmente da quanti soffrono di tonsillite o di rinofaringite, perchè durante tali infiammazioni la barriera protettiva delle tonsille viene molto diminuita. Naturalmente tutti gli oggetti ed i rifiuti organici provenienti dai polmonitici dovranno essere tenuti a parte e disinfettati accuratamente.

Riassumendo, per la profilassi della polmonite dovranno essere combattuti con scrupolo tutti i processi infiammatori delle alte vie respiratorie, sarà curata l'igiene della bocca e del vestito, evitata la vicinanza di malati; una giusta aereazione delle camere da letto e di soggiorno è poi indispensabile per le ragioni sopradette. Infine utile complemento profilattico sarà quello di evitare lunghe passeggiate nelle giornate e nelle ore ventose ed eccessivamente fredde.

Nel chiudere queste brevi note non posso non ricordare che la polmonite è un fattore di notevole danno sociale e sarebbe utile intraprendere una campa-

gna presso il pubblico per la prevenzione di questa malattia. Poche cifre lo dimostrano.

I decessi verificatisi fra gli assicurati dell'I.N.A. nel quinquennio 1932-36, come risulta in una tavola statistica pubblicata l'anno scorso su questa Rivista, ci dicono che le malattie respiratorie non tubercolari, e cioè soprattutto le polmoniti e le broncopolmoniti, hanno dato 955 decessi cioè il 13 % della mortalità totale. Sono cifre le quali dimostrano la diffusione della malattia che non ha finora trovato nell'igiene moderna mezzi sufficienti di lotta.

Se passiamo alla più grande famiglia, la nostra Patria, vediamo che in Italia muoiono ogni anno 30.000 persone di polmonite, e spesso si tratta di soggetti adolescenti o della piena maturità lavorativa. Le nere guglie dei grafici ci dicono che in Italia, come negli altri paesi, durante il 1° trimestre di ogni anno la mortalità è doppia, rispetto a quella dei restanti mesi, e ciò è dovuto soprattutto alle malattie respiratorie.

Purtroppo non abbiamo statistiche precise sulla morbosità ma si può presumere che vi siano nella nostra Nazione oltre 100 mila persone che si ammaliano di polmonite ogni anno; la perdita delle giornate lavorative e la spesa per l'assistenza medica costituiscono un danno nazionale non inferiore a 50 milioni di lire. Anche questo semplice numero, espressione del danno minore, rispetto all'altra di tante vite umane spezzate il cui valore economico è notevolissimo, lascia intravedere quanto maggiore sarà il danno sociale complessivo che questo flagello stagionale reca ogni anno alla compagine nazionale.

E' perciò sacrosanto dovere di ognuno combatterlo nei limiti e colle possibilità che ha nel proprio ambiente di vita.

Dott. A. STARNA

## LA QUANTITÀ DELLE URINE

In genere l'uomo che è affetto da qualche disturbo è indotto ad osservare minuziosamente le sue orine. Egli più che ad altro guarda al colorito di esse, trandone dal colore chiaro lieti auspici e rammaricandosi ove questa chiarezza venga meno. Non è mia intenzione togliere valore al colore delle urine, ma devo far osservare che quando le urine assumono un colorito molto diverso da quello normale, sì da giustificare il sospetto di una lesione renale, la malattia già si è rivelata per altri segni. Maggiore importanza ha invece la quantità delle urine emesse nelle ventiquattro ore ma purtroppo a questo elemento semplice ma utile difficilmente vi si fa attenzione. La quantità giornaliera delle urine ha invece un valore grandissimo, soprattutto perchè in base ad essa il più delle volte si riescono a scoprire gli inizi di un male anche grave che, curato a tempo, può avere un decorso ben diverso. E' su questo argomento che ho intenzione ogig di trattenerne il lettore.

Non è certamente il caso di entrare nel difficile campo della fisiopatologia renale. Ma al profano di scienze mediche basterà dire che la quantità delle urine dipende da una specifica funzione del rene, il quale con l'emissione di una maggiore o minore quantità di acqua, provvede a mantenere in equilibrio stabile la composizione chimico-fisica del sangue e quindi dei tessuti. Questa funzione che in condizioni normali si svolge silenziosamente, in condizioni patologiche acquista la massima importanza, ed è bene quindi che ognuno sappia, sia pure brevemente, quando è il caso di ricorrere al medico per le opportune cure.

L'uomo adulto urina tra i 1200 e i

1400 centimetri cubici nelle ventiquattro ore; la quantità delle urine nella donna oscilla invece tra i 1000 e 1200 cc. con una media di 1100 cc.; il bambino urina molto di più.

Questa è la norma: le variazioni possono avvenire sia nel senso di una diminuzione della quantità delle urine (oliguria), sia nel senso di un aumento (poliuria).

Non tutte le oligurie, nè tutte le poliurie hanno un significato patologico, avverandosi esse anche in condizioni nettamente fisiologiche. Così per esempio una alimentazione a base di idrati di carbonio, o vegetariano, la traspirazione, la privazione di bevande fanno sensibilmente diminuire la quantità delle urine. Al contrario l'ingestione abbondante di bevande o di alimenti azotati, quali la carne, il freddo, le forti emozioni fanno aumentare considerevolmente la secrezione urinaria. Un'altra variazione fisiologica si avvera tra la quantità di urina emessa durante il giorno e quella emessa durante la notte: l'individuo sano elimina una maggiore quantità di urina durante il giorno, minore nella notte: l'inversione di questa regola è segno di malattia, che ha colpito in genere reni e cuore.

Passiamo ora ad esaminare le condizioni patologiche, cominciando dall'oliguria, che, come sopra è stato detto, indica una diminuzione della quantità delle urine.

L'oliguria si osserva innanzi tutto nelle malattie febbrili. Qualunque malattia infettiva febbrile si accompagna sistematicamente ad una diminuzione della quantità delle urine. Ed è questa una regola tanto assiomatica, che la ricompensa di un aumento della secrezione uri-

naria, insieme con la caduta della febbre e il rallentamento del polso, è l'indice più sicuro dell'inizio della convalescenza, e quindi della guarigione. Intendiamoci però, ciò non garantisce da eventuali complicazioni ancora in periodo d'incubazione, poichè tra la crisi della malattia infettiva e la comparsa di una epatite, di una nefrite ecc. possono passare dei giorni ed anche delle settimane, come normalmente avviene nella nefrite scarlattinosa. E' buona regola perciò, per chi abbia superato una malattia infettiva, fare esaminare le proprie urine una volta la settimana, almeno per un mese. Tale regola diventa un dovere qualora la quantità delle urine persista ad essere scarsa. Infatti una delle prime manifestazioni di una nefrite acuta, è l'oliguria, di grado più o meno elevato secondo la gravità della forma. Se si considera che la nefrite tanto meglio guarisce, quanto e più presto viene curata, sarà facile dedurre la importanza di certe osservazioni sulle proprie attività fisiologiche.

L'oliguria si osserva ancora nelle diarree profuse da qualunque causa esse provengano e nelle emorragie acute; ma la sua importanza in questo caso è relativa, perchè essa scomparirà col cessare della condizione patologica. Per analogia, l'oliguria si presenterà anche quando una certa quantità di liquido viene trattenuto e si riversa nelle sierose, come nelle pleuriti, negli idrotoraci, nelle asciti, qualunque ne sia la causa, oppure se questo liquido si riversa nel sotto cutaneo, dando luogo ad edemi.

L'edema passa per due fasi: la prima è quella dell'edema occulto, non facilmente constatabile neanche ad un esame clinico; la seconda è rappresentata da un gonfiore visibile e constatabile anche da occhio profano.

Orbene la fase dell'edema occulto nei nefritici e nei cardiopazienti acquista

una particolare importanza: il riconoscerla significa fare a tempo debito la diagnosi di scompenso renale, o cardiaco, o cardiorenale, e quindi prendere a tempo debito gli opportuni provvedimenti.

Quando l'oliguria è spinta ai limiti estremi si ha l'anuria, che consiste nella completa cessazione della secrezione urinaria. Cosa quindi ben diversa dalla ritenzione, in cui l'urina viene secreta, ma per un impedimento d'indole meccanica non viene eliminata all'esterno. Di fronte ad una simile circostanza solo lo intervento del medico può risolvere la situazione. Varie possono essere le cause che producono l'anuria. Ricorderò qui solo quella che si può stabilire durante la colica da calcolosi renale e quella da avvelenamento (sublimato corrosivo).

Esaminate così le oligurie passiamo a dare un rapido sguardo alle poliurie.

Ho già accennato alla poliuria che segue alla guarigione di una malattia infettiva; lo stesso significato ha la poliuria che segue alle crisi di isterismo, di epilessia, ai parossismi basedowiani. Una forma funzionale nervosa è la poliuria emotiva già accennata all'inizio e nota anche al pubblico profano.

Ma in genere l'aumentata secrezione urinaria è il sintomo più importante di una malattia, da tutti bene conosciuta per averne sentito parlare, e cioè il diabete. Con questo nome si designano due entità morbose diverse, perchè mentre l'una è in rapporto con modificazioni endocrine del pancreas, l'altra è in stretto rapporto con una alterazione di un'altra glandola, l'ipofisi. Tutte e due hanno in comune l'emissione di grandi quantità di urina, accompagnata da una sete intensissima. Mentre però le urine della prima malattia sono ricche di zucchero, onde il nome di diabete zuccherino, nell'altra lo zucchero manca, onde il nome di diabete insipido. Di qui la necessità

di fronte ad una poliuria intensa di far esaminare le urine dal medico.

Ho detto precedentemente che uno dei primi segni della nefrite acuta è l'oliguria. Non si meraviglierà ora il lettore se gli dirò che la poliuria può essere un segno di nefrite cronica. Lungo e difficile sarebbe spiegare questo contrasto, l'interessante è sapere che ciò può av-

venire, solo l'esame accurato delle urine e la visita medica diranno quale è il regime dietetico da tenere in simili casi.

Da quanto sopra il lettore deve imparare ad osservare sè stesso affinché, per opera del medico, a tempo opportuno possa disporre di quei mezzi che la scienza insegna essere efficaci contro tali malattie.

Dott. B. GIORDANO

## IL DOLOR DI TESTA (LA CEFALEA)

Questo sì, l'ho avuto anch'io!, esclamerà anche il più sano dei miei lettori. E certamente non è esagerato dire che tutti, più o meno, andiamo soggetti ad un simile doloroso fastidio. Anzi, esso è tanto diffuso che non solo colpisce noi miseri mortali; ma gli stessi dei dell'Olimpo non ne erano immuni.

Giove in persona, un brutto giorno, venne colpito da un così feroce dolor di capo che ricorse all'opera di Prometeo per averne una cura, non già palliativa, ma assolutamente radicale. Il medico improvvisato con un colpo d'ascia ben agguistato fece saltar fuori dal cranio del Re degli Dei Minerva armata di tutto punto. A giustificazione di un caso tanto straordinario, Esiodo, che doveva essere a parte delle marachelle di famiglia, ci narra come quel benedetto dolor di testa insorse dopo che Zeus si era divorata Metis, sua legittima consorte.

Non vorrei giurare che le cose siano andate proprio così, perchè, di solito, almeno per noi, la causa di un mal di testa è molto più modesta, ed essa se ne va senza lasciare Minerva in cerca di avventure e di città da proteggere. Perchè, come sapete, la Dea, corazzata del-

l'egida e dello scudo, non si peritò di gareggiare con Nettuno, forte... del suo sesso debole, e coll'olivo si ebbe aggiudicata la vittoria degli Dei e potè dare il suo nome ad Atene. Evidentemente gli Dei volevano vivere tranquilli e il cavallo alato, rivale sfortunato, rimase ad attendere la riabilitazione qualche millennio per opera di Messer Ludovico Ariosto.

Comunque, per noi uomini di questa bassa terra, il dolor di testa è un fastidio che riduce le nostre capacità lavorative e talvolta anzi ci costringe ad un completo riposo. I grandi uomini, dai quali dipende talvolta l'avvenire dei popoli o degli eserciti, sotto l'incubo della responsabilità, ne soffrono talvolta in modo speciale. Cesare, Napoleone nella notte precedente la fatale Waterloo, ne costituiscono, a dire degli storici, tipici esempi.

Anche scendendo dal piano della storia, troppo alto per noi, se riandiamo colla mente alle preoccupazioni ed alle ansie della nostra prima giovinezza, quando si affastellava una settimana di studio insonne per l'approssimarsi degli esami, non raramente un malaugurato

dolor di testa ci toglieva la possibilità di completare la nostra preparazione. Maledetto mal di testa! esclamavamo allora nel timore di perdere l'esame; benedetto invece avremmo dovuto dirlo, perchè ci evitava un sovraffaticamento mentale eccessivo che può essere nocivo e causa di lunghi stati di esaurimento nervoso.

Ma non sempre il rapporto tra causa ed effetto è così semplice nè sempre il riposo al quale esso ci costringe ci riesce utile. La frequenza del dolor di testa è grandissima; esso manca in pochissime malattie; noi qui ci contenteremo di ricordare le forme più importanti nelle quali costituisce il sintoma predominante. In tal modo spero che a più d'uno passerà la mania di curare la propria cefalea con qualche compressa antinevralgica che, troppo spesso, il compiacente farmacista consiglia come panacea di sicuro effetto per ogni sorta di mal di testa.

\* \* \*

Ad essere pessimisti si potrebbe paragonare la testa ad un vaso di Pandora; credo più giusto rassomigliarlo ad un centralino telefonico cui fanno capo una infinità di fili provenienti da tante parti diverse del corpo. Naturalmente tutte quelle benedette spine di contatto, nel diuturno lavoro, possono presentare degli inceppamenti o dei guasti. Il dolor di testa è la valvola rivelatrice che indica come qualche cosa « non vada ».

Per comodità d'esposizione ricorderemo prima le *cause locali* del dolor di testa, contentandoci di enumerarle senza dettagli patogenetici cioè di meccanismo, e poi accenneremo alle *cause generali*.

Tralascieremo naturalmente le cefalee (è questo il termine medico del dolor di testa) che si verificano nelle malattie infettive acute.

Iniziando dal rivestimento esterno della testa notiamo come un cuoio capelluto possa essere punto d'origine del mal di testa per la presenza di insospettati parassiti, per l'uso di tinture irritanti o da parrucche. Importanti sono le forme localizzate nelle masse muscolari della nuca o nelle aponeurosi; specialmente notevole è la *miosite reumatica occipito-frontale* che provoca una dolorosa sensibilità allorchè si spazzolano o si pettinano i capelli. Molto spesso il dolore di questa forma è tale da provocare un vero spasmo dei muscoli nicali.

E' stato anche descritto negli intellettuali un processo infiammatorio che occupa contemporaneamente il sottocutaneo e la massa muscolare donde il nome di *miocellulite cervicale*.

Una delle cause più frequenti del dolor di testa è la *nevralgia* di uno dei due nervi deputati a percepire la sensibilità del capo; il grande occipitale per la nuca e per il cuoio capelluto, il nervo trigemino per la faccia propriamente detta. La compressione del punto di emergenza di uno di questi rami è particolarmente dolorosa ma così caratteristica da permettere di fare la diagnosi con sicurezza.

In special modo il *nervo trigemino* ha una sensibilità grandissima che è stata da alcuni messa in rapporto con la più alta civilizzazione moderna e sebbene la nevralgia, a rigor di termini, non sia un vero dolore del capo, è stato tale nervo chiamato centro della cefalea. Esso innerva la cute con tre rami emergenti nei punti *infraorbitale*, *zigomatico* e *mentoniero*; colla pressione su di essi si determina un dolore tipico inconfondibile. Però tutt'altro che facile è stabilire quale sia la causa di una nevralgia del trigemino; spesso essa è in rapporto ad una lesione dentaria o ad un altro fattore locale; però non bisogna dimenticare che non sono affatto rari i casi nei

quali non è reperibile nessuna alterazione patologica sicura.

Esistono poi delle *nevralgie riflesse* di questo nervo da lesioni a distanza; il più delle volte le cause risiedono nel torace. La cosa può parere strana a chi non è medico; ma questi fenomeni rappresentano l'ultimo reliquato di rapporti embrionali e filogenetici sui quali Head ha stabilito la divisione in zone dolorose della superficie del corpo umano.

Procedendo più profondamente nell'esame del capo troviamo, in alcuni punti della faccia, delle cavità ossee chiuse comunicanti con un piccolo canale con le alte vie nasali. Orbene, tali formazioni, dette seni, in occasione di un raffreddore nasale possono infettarsi e con il ristagno del catarro dar luogo a *sinusiti*. Non ci dilunghiamo sopra questa malattia tanto frequente causa ignorata di cefalea e già esposta qualche anno fa in un'altra nota. Ci limiteremo a ricordare come, allorchè dopo un'affezione febbrile nasofaringea compare un dolore localizzato verso la testa del sopracciglio, il medico sospetterà una *sinusite frontale*; se il dolore è limitato al disotto dello zigoma, sarà invece probabile una *sinusite mascellare* ed infine quando il dolore è occipitale o viene avvertito profondamente verso la radice del naso potrà trattarsi di una *sinusite sfenoidale* o *etmoidale*. Naturalmente solo la visita di uno specialista può accertare queste diagnosi od escluderne il sospetto.

Un tipo di cefalea riflessa è anche quella dovuta a *carie dentaria* la quale può provocare una nevralgia di una branca del trigemino; ma la semplice ispezione alla bocca accerta facilmente questa causa.

Le *otiti acute* come pure le forme *croniche* possono a loro volta dare un dolor di testa non solo localizzato alla zona temporale, ma anche diffuso; in

presenza di tale disturbo è sempre indispensabile il sollecito esame di un otiatra.

Nei bambini la presenza di *vegetazioni adenoidi*, ostacolando la libera circolazione aerea nelle alte vie respiratorie, può ugualmente essere causa di dolor di testa.

D'interesse notevole sono poi le cefalee in rapporto a malattie oculari nelle quali il dolore è quasi sempre localizzato alle tempie od alle sopracciglia. Sforzando a lungo la vista gli *astigmatici* vengono colpiti da un simile disturbo al quale possono andare incontro anche gli *ipermetropi* ed i *miopi*. Il *glaucoma acuto* infine non raramente viene confuso con una nevralgia sopraorbitaria; il disconoscerlo può essere errore gravissimo e determinare, se non curato subito, anche la perdita della vista.

Ultima delle cefalee riflesse è quella dovuta a difettosa posizione *dei genitali interni*, cioè dell'utero o delle ovaie, pertanto nelle donne è bene investigare anche questo apparato in presenza di una cefalea persistente.

Come abbiamo visto in questa rapidissima rassegna, le cause del dolor di testa provocate da un fattore pericranico, o riflesso non sono poche; ciononostante molti di noi hanno sofferto di un tale fenomeno senza essere stati colpiti da nessuna delle malattie sopracitate. Purtroppo la cefalea è legata alla civilizzazione e noi l'abbiamo ereditata insieme a tutte le cose buone e belle che costituiscono i nostri agi e le nostre raffinatezze. L'uomo che si tiene le tempie non sembra sia stato mai trovato nelle foreste vergini o per lo meno Colombo, attraverso le impressioni..... del popolano di Pascarella, non ne parla.

Ma, oggi, nei grattaceli di New York, l'uomo del xx secolo, tra il trillare del telefono ed il frastuono della radio ne è frequentemente colpito. La febbre del

vivere moderno provoca una tensione nervosa continua per cui i casi di *esaurimento nervoso* e di *nevrastenia* sono molto frequenti. In queste forme è appunto caratteristico un dolore di testa costrittivo alle tempie a somiglianza di un casco o di oppressione al vertice della nuca; spesso tale stato nevropatico che impedisce qualsiasi lavoro proficuo si accompagna anche a disturbi cardiaci, quali la palpitazione ed un senso di angoscia retrosternale. Vicino a queste forme funzionali non si deve dimenticare l'*isterismo* nel quale l'irritabilità nervosa presenta fasi di esaltazione e di depressione.

Qualche decennio fa, allorchè le eroine dei romanzi erano quasi sempre sofferenti di mal sottile, ogni signora e signorina, per rendersi interessante, aveva pronto ad ogni occasione un dolor di testa che guadagnava loro la simpatia di tanti giovani cavalieri. Per fortuna, oggi la salute è tornata di moda ed il mal di capo da salotto è stato dimenticato colle borsette a fronzoli e le boccettine dei sali aromatici.

Non v'è dubbio però che, al di là della moda, queste cefalee da nevrastenia e da sovraffaticamento siano oggi molto frequenti; forse le più frequenti.

Di tali forme senza cause anatomiche ne sono state descritte anche negli adolescenti i quali durante il giorno, specie dopo lo studio, ne vengono colpiti sistematicamente; tale forma è stata detta *cefalea abituale degli scolari*. Marfan ha sostenuto che in questi ragazzi sia molto frequente una tubercolosi latente od una eredità sifilitica; ma nessuna prova sierologica o radiologica convalida questa ipotesi; Pende l'ha attribuita ad un disturbo dell'ipofisi, ghiandola che funziona specialmente nella pubertà. Qualunque sia la causa ed il meccanismo di una simile cefalea, per fortuna di chi ne è stato colpito dopo i 18 anni

d'età essa s'attenua e gradualmente scompare.

Ultima forma di cefalea, senza una lesione anatomica, è quella che insorge negli *epilettici* sia dopo l'attacco convulsivo che quale equivalente. Alcuni storici hanno voluto riconoscere in questa forma la cefalea di cui soffrì Giulio Cesare cui abbiamo già accennato; ma la perfezione di quel grande Genio, poi mantenuta per tanti anni, fa escludere l'esistenza d'una simile tara.

A questo punto la elencazione delle cause del mal di capo è ben lontana dall'essere esaurita; ma vedo che sta invece per esaurirsi la pazienza di chi mi ha seguito fino a questo punto. Infatti non abbiamo ancora ricordato tutto il vasto gruppo delle malattie endocraniche che provocano per compressione una cefalea senza tregua.

A questo gruppo dobbiamo ascrivere gli *accessi cerebrali*, i *tumori*, le *meningiti sierose*, le *pachimeningiti* e le *cisti*; ma la complessità del loro quadro e la delicatezza delle ricerche che esse richiedono rendono impossibile e noioso esporle anche in linea generale per il vasto pubblico. Voglio soltanto richiamare l'attenzione sulla *cefalea sifilitica* che può manifestarsi sia nel 2°-3° mese dell'infezione (periodo secondario), sia a distanza di tempo molto maggiore. Quest'ultima cefalea sifilitica terziaria è limitata ad alcune zone della volta cranica, continua; ma presenta esacerbazioni notturne che non permettono il sonno e spesso sono dovute a formazioni gommose endocraniche.

Una frequenza maggiore hanno i *disturbi circolatori* del cervello; il quale, mentre di per sè risulta insensibile, è circondato dalle meningi che hanno una grande sensibilità; così pure le arterie che lo irrorano sono ricche di rami simpatici. Spesso la cefalea trova la sua spiegazione in una *ipertensione vasale*

tanto di origine renale quanto da arteriosclerosi. Così pure una deficiente irrorazione da sclerosi vasale o da scompenso di cuore porta ugualmente vertigini e mal di capo non meno intenso; in complesso i disturbi vascolari sono causa frequente di questo sintomo, soprattutto ad una certa età.

Esiste infine un altro gruppo di cefalee che sono dovute a malattie *generali*, soprattutto ad uno *stato tossico*. Le cause di questo sono multiple; talvolta si tratta di ingestione eccessiva di sostanze medicamentose quali l'*oppio*, gli *ioduri*, i *bromuri*, oppure nei fumatori o nei bevitori ad eccesso di alcool o nicotina assorbiti.

Talaltra è la ritenzione dell'*azoto ureico* nelle nefriti o l'*acidosi* nei diabetici che con un forte dolor di capo preannunciano l'avvicinarsi di un coma. Altra forma d'autointossicazione è data dalla *stitichezza cronica* che talvolta provoca questo sintoma, come pure lo possono provocare le *coliche biliari*.

La deficiente aereazione della camera da letto può, con l'accumulo delle *antropotossine* determinare vere cefalee; ugualmente l'*ossido di carbonio* che emana dai braceri può condurre a conseguenze ancora più gravi, se l'allarme dato dal dolor di testa non viene avvertito nel suo vero significato.

\* \* \*

Colui che è stato così volenteroso da seguirmi fin qui, potrà giudicare eccessivamente numerose le cause del mal di testa, ma dovrà riconoscere come i sensi e gli apparati che vi hanno posto siano molti, tutti di grandissima importanza e sottoposti a lavoro continuo nella moderna attività febbrile. Ecco perchè un piccolo disturbo anche delle parti esterne del capo intralcia le funzioni nervose più nobili e ci avverte per nostro

bene, di sospendere l'attività ed indagare sulle spine dolorose che l'hanno provocato.

Lo stesso pensiero creativo, soddisfazione e tormento dell'artista e dell'inventore, viene spesso disturbato da un dolor di capo che tormenta colui che insegue, nella visione delle notti insonni, la perfezione inafferrabile. Ma, se è destino dei mortali che ogni loro creazione nasca dal dolore, santo sarà quel dolore perchè, con il loro sforzo, una nuova pietra viene levata nel tempio della civiltà. Dante, Leonardo, Michelangelo, Colombo devono aver molto sofferto nel loro pensiero dominante quando non erano riusciti ad esprimerlo o completarlo nella forma da loro desiderata.

Noi, poveri pigmei, troppo spesso ci preoccupiamo per fini molto più modesti, direi quasi egoistici; ed allora val meglio distendere l'arco della volontà troppo teso e troppo tormentato. E' molto più saggio riposare, qualche volta, sull'ardua strada del lavoro e non disperdere con le nostre mani il solo vero bene che possediamo tutto per noi stessi: la salute.

Ciò vale per le cefalee da sovraffaticamento e da nevrastenia. Quanto a quelle la cui causa determinante è dovuta ad una delle tante cause riflesse o locali sopra ricordate è molto miglior partito, anzichè trascinarsi da un antinevralgico all'altro preso a caso, rivolgersi sollecitamente al medico perchè egli possa individuare la causa e curarla secondo le regole dell'arte.

Specialmente, un dolor di testa che supera il periodo di una settimana o sia così tormentoso da non permettere neanche il riposo notturno, richiede senz'altro l'esame di un sanitario. Si guadagnerà del tempo prezioso e si eviteranno rincrescimenti che potrebbero essere tardivi.

Dott. A. STARNA

## RASSEGNA DI ARTICOLI D' IGIENE

Gesundheit und lauges leben - Dresda - Gennaio 1938.

Dott. HOSKE, *Preparazione allo sport invernale.*

Perchè lo sport sui monti coperti di neve possa riuscire salutare e piacevole occorrono buona preparazione ed allenamento.

BLANKHORN, *Il Dovere di mantenersi sani.*

Aiutando a conservare la salute, i bagni d'aria, d'acqua e di sole e la temperanza nell'alimentazione.

Dott. NEUBERT, *Nessuna ansia per l'inverno.*

La cura della pelle con giudiziosa esposizione all'aria, e con massaggi è in grado di prevenire i raffreddori. Anche l'alimentazione appropriata, ricca di vitamine, fornisce ai succhi del corpo sostanze difensive contro le infezioni.

Dr. KAUFMANN, *Malattie dei giorni festivi.*

L'intemperanza nell'ingestione dei dolci durante i giorni festivi è causa, specie ai bambini, di disturbi gastrici.

ROSCHER, *L'irrobustimento fisico della donna.*

La donna deve rinforzare il suo corpo con il necessario moto, e con il concedersi anche lei un riposo festivo.

Vita Ratgeber, Gennaio 1938 - Zurigo.

*La banana.*

E' un frutto molto nutriente per la sua ricchezza di idrati di carbonio ed è da consigliarsi per le sue vitamine.

*Ringiovanimento?*

I vari espedienti d'innesti di testicoli di scimmia all'uomo come pure la cura con estratti di ghiandole sessuali non hanno apportato quei risultati vagheggiati di ridare la vigoria giovanile.

A conservare la salute e con essa la vigoria giovano la temperanza, l'assennato esercizio fisico e l'educazione intellettuale.

Gesundheitsdienst, Nov. 1937 - Braunschweig.

Dott. BICKEL, *La nutrizione invernale conforme alle leggi di natura.*

L'A. riferendosi alla nutrizione dei nostri progenitori che certamente saranno stati degli onnivori, poichè erano portati a mangiare quello che il creato loro offriva, consiglia di attenersi anche nell'inverno ad una alimentazione mista di carne, grassi e vegetali. Siccome durante l'inverno scarseggiano i legumi e le frutta fresche, sarà bene ricorrere a quelle che è possibile procurarsi dall'estero, ma che siano di poco costo.

Viva Cien Años, 17 Novembre 1937, N. 4 - Buenos Aires.

Dott. R. CALVO, *Che cos'è l'urina?*

L'A. si propone di spiegare, con parole semplici ed alla portata dei profani, che cos'è l'urina e le sue più importanti alterazioni in rapporto a condizioni patologiche dell'organismo.

Dott. M. CASTILLO, *Le vacanze del reumatico.*

Gli ammalati di reumatismo possono ottenere benefici durante la loro villeggiatura, bisogna però che non si espongano al riacutizzarsi ed all'aggravarsi dei mali; consigli pratici di cura corredano l'articolo.

Dr. A. R. MARTINEZ, *La giornata di lavoro del cuore.*

Su 24 ore il cuore lavora 9 e si riposa per le restanti 15; la sua forza di riserva gli permette uno sforzo 13 volte maggiore. Non bisogna sciupare tale forza inutilmente.

Dr. P. KÖNIG, *Morsi di serpenti velenosi.*

I serpenti velenosi costituiscono nei paesi caldi una vera piaga. Come se ne può evitare il pericolo? Che fare in caso di morsi? L'A. che è un'autorità in materia illumina i lettori su tale argomento.

Prof. Dott. A. AUSTREGESILO, *La noia.*

L'A. consiglia di sfuggire la noia i cui effetti dannosi si riflettono anche sul fisico con danno per la salute.

Dott. M. J. BARILLARI, *Applicazione della suggestione.*

La suggestione intelligentemente impiegata, costituisce un mezzo di inestimabile utilità sul trattamento di alcune infermità.

Dott. A. RIVES, *Il Knatsu.*

L'A. descrive un procedimento giapponese per rianimare gli accidentati. Il suo fondamento si basa sul « jujitsu ». Un forte colpo sul plesso solare può paralizzare un individuo mediante il knatsu, piccoli colpi nello stesso posto si può salvare la vita.

Dott. C. L. ETELOVARNE, *La leucoplasia.*

La leucoplasia può trasformarsi qualche volta in cancro. Bisogna sapere che è perfettamente possibile evitare tali eventualità; l'A. riferisce appunto le precauzioni da adottare.

Dott. E. R. CASOL, *Il cervello: capolavoro della macchina umana.*

Viene descritta l'anatomia e la fisiologia del cervello.

Dott. L. C. PERRUSI, *Come si curano le alterazioni del ciclo femminile.*

Riassunte le funzioni genitali femminili, l'A. ricorda i metodi di cura quali i raggi X, gli estratti di organi, la diatermia ed i bagni caldi.

Viva Cien Años, 1° Dicembre 1937, N. 5.

Dott. M. ALZUA, *Il tremore.*

L'A. passa in rassegna le varie specie di tremori, rapidi e lenti, dominabili e ribelli, della statica e del movimento, e dei vari organi e ne espone i significati.

Dott. A. R. MARTINEZ, *Fattori ignorati che fanno ammalare il cuore.*

Alcune malattie dell'infanzia, diverse affezioni croniche e acute dell'età adulta e le infezioni focali, sono capaci di danneggiare il nostro cuore senza che noi ce ne accorgessimo.

Dott. A. AUSTREGESILO, *Un gran medico: il sole.*

In tale articolo l'A. fa l'apologia del sole e descrive tutti i benefici effetti che si possono ottenere da una razionale elioterapia.

Dott. A. RIVAS, *La scienza al servizio dello sport.*

Lo sport praticato da individui non sani o irrazionalmente praticato può portare gravi danni, anche fra i professionisti, che pur di ottenere il massimo risultato in uno sport trascurano l'armonico sviluppo di tutti gli organi.

Dott. R. CALVO, *I componenti dell'urina.*

L'A. descrive i componenti normali ed anormali dell'urina e ne descrive il loro significato fisiologico o, a seconda dei casi, patologico.

Dott. A. LOPEZ, *Meteorismo.*

La flatulenza ed il meteorismo sono molestie transitorie che sogliono apparire quando si adotta un regime a base di vegetali ricchi di scorie.

Viva Cien Años, 15 dicembre 1937, N. 6.

Dott. L. C. PERRUSI, *Infermità del climaterio.*

Sono espone con chiarezza le malattie proprie di questa epoca della vita della donna specialmente l'ipertensione, le lesioni aortiche, l'obesità e le malattie di fegato.

## 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, e voi saprete in breve ciò che diversamente non conoscereste mai.

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

Notiziario**Capitali dei contratti sinistrati per morte esaminati dal servizio sanitario nell'anno 1937**

Portafoglio diretto e preconstituito (assicurazioni ordinarie e collettive con visita medica all'ingresso) . . . . .	L.	58.930.427 —
Portafoglio diretto senza visita medica . . . . .	„	7.563.952 —
Portafoglio assicurazioni popolari . . . . .	„	7.159.616 —
Cessioni legali e riassicurazioni (quote a carico dell'Istituto) . . . . .	„	12.857.325 —
<b>TOTALE . . . . .</b>	<b>L.</b>	<b>86.511.320 —</b>

**Somme concesse per prestiti senza interessi agli assicurati dell' I. N. A. per operazioni chirurgiche.**

	Quinquennio 1931-1935	Anno 1936	Anno 1937	TOTALE 1931-1936
Interventi per:				
1) Cancro ed altri tumori . . . . .	42.787	24.422	31.332,50	98.541,50
2) Malattie delle ghiandole endocrine . . . . .	12.000	—	—	12.000
3) Malattie apparato circolatorio . . . . .	21.648	895	—	22.453
4) Malattie del sistema nervoso ed organi dei sensi . . . . .	66.861	—	16.766,70	83.627,70
5) Malattie apparato respiratorio . . . . .	11.500	5.527	3.728,40	20.755,40
6) Malattie apparato digerente . . . . .	327.486	122.269,20	121.401,60	571.153,80
7) Malattie apparato urinario e genitale . . . . .	165.908	38.791,50	37.782,50	242.482,00
8) Malattie della gravidanza e del parto . . . . .	10.200	—	11.978,40	22.178,40
9) Malattie della pelle e tessuto cellulare . . . . .	13.304	3.075	3.750	20.129
10) Malattie delle ossa ed organi della locomozione . . . . .	16.881	—	—	19.131
<b>TOTALE LIRE . . . . .</b>	<b>688.575</b>	<b>197.226,70</b>	<b>226.740,10</b>	<b>1.112.541,80</b>

**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 del Comitato Medico Consultivo

Il 17 corr. si riunirà il Comitato Medico Consultivo per svolgere il seguente ordine del giorno:

1) Discussione sulla relazione del dr. Cavalie: « Accettazione in assicurazione vita degli albuminurici;

2) Disamina medico-legale delle questioni d'ordine morale connesse con la stipulazione dei contratti di assicurazione vita. (Seguito alla precedente discussione). Relatore dr. Marsella;

3) Organizzazione sanitaria;

4) Varie.

## Assemblea dei Medici di Direzione degli Enti di Assicurazione Vita.

Secondo quanto disposto dalla Federazione Italiana Assicuratori di accordo con l'I.N.A. è stata indetta per il giorno 19 febbraio corrente, l'assemblea dei Medici di Direzione con il seguente

Ordine del giorno:

1. Comunicazioni della Presidenza;

2. Relazione sui lavori compiuti durante il 1937;

3. Comunicazioni di medicina dell'assicurazione vita.

## Il V Congresso internazionale di radiologia

Leggiamo nel Bollettino della Lega Italiana per la lotta contro i tumori, n. 5, 1937, la relazione del prof. V. Palumbo sul V Congresso Internazionale di Radiologia. Questo si è svolto a Chicago dal 13 al 17 settembre u. s. con la partecipazione di 2500 congressisti. La Radiologia italiana era rappresentata dai proff. Busi, Palmieri, Perussia ecc. Sono stati trattati importanti problemi di diagnostica, terapia e fisica dei raggi X.

Particolare interesse hanno suscitato gli studi sulla stratigrafia e sulla cinematografia Roentgen utili per svelare la presenza dei tumori nonché la loro sede e i rapporti cogli organi vicini.

Importantissime sono state le comunicazioni sulla terapia ad altissima tensione: per quanto si ottenga una riduzione del tempo di irradiazione e si abbia la possibilità di sfruttare contemporaneamente diversi fasci di raggi, pure

questi vantaggi non sono compensati dal costo del materiale e della sua manutenzione. D'altra parte le esperienze fino allora attuate non dimostrano che l'irradiazione Roentgen ad alto voltaggio abbia una superiorità su quella ottenuta con le comuni tensioni. Molto interessante la comunicazione del Lawrence sulla efficacia dei neutroni nella cura del cancro della mammella.

E' emerso ancora che la terapia a dosi frazionate è da preferirsi alla terapia a dosi massive.

Vari problemi inerenti alla biologia dei tumori e alla loro terapia con radiazioni ultrapenetranti formeranno oggetto di discussione al prossimo Congresso internazionale delle leghe per la lotta contro il cancro che avrà luogo a New York nel 1939.

Ric.

## VI Congresso Nazionale contro la tubercolosi.

Si è tenuto a Tripoli dal 17 al 20 dicembre 1937 con la partecipazione di circa 700 medici, di cui parecchi stranieri, specialmente tedeschi.

Sono stati trattati i seguenti temi di relazione: *la bacillemia tubercolare*, relatore il Prof. Giuseppe DADDI; *profilassi prenatale e post-natale della tubercolosi*, relatore Prof. Carlo VERCESI; *storia e sviluppo della tubercolosi in Tripolitania*, relatori i professori Paolo DE PAOLI e Alberto CIOTOLA; *la collaborazione dei vari enti nell'assistenza profilassi antitubercolare*.

Specialmente quest'ultimo tema ha dato luogo ad ampia ed animata discussione in rapporto ai nuovi orientamenti della lotta antitubercolare verso la diagnosi precoce e cura della malattia allo studio iniziale.

Molto interessate sono stati anche le comunicazioni fatte da vari congressisti su argomenti diversi e le conferenze tenute dal Prof. MARAGLIANO sulla *Terapia specifica delle malattie da infezione tubercolare* e del Prof. SALATTI sul *Quadro radiografico del torace normale*. Di grande interesse sono stati anche i vari film proiettati sullo schermo cinematografico ed in modo particolare quelli riguardanti casi operati di toracoplastica da S. E. il Prof. PAOLUCCI.

MAR.



**Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita****RELAZIONI DI CARATTERE MEDICO-ASSICURATIVO**

Dott. Prof. KNUD SECHER

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

(Continuazione del numero precedente: « Assistenza Sanitaria », 1937, n. 6).

**MALATTIE INFETTIVE ACUTE.**

Il carattere delle malattie infettive acute fa sì che esse non abbiano nessun interesse assicurativo diretto, dato che le persone affette da queste malattie non si presentano come candidati nell'assicurazione. L'importanza di queste malattie nell'assicurazione vita riguarda i seguenti due campi: 1) la loro importanza per la mortalità in seguito ad epidemie e 2) l'importanza delle successioni morbose.

Grazie all'igiene moderna, in modo particolare per ciò che riguarda l'alimentazione col latte e con l'acqua, e grazie all'uso della vaccinazione contro il vaiolo, la difterite e molte altre malattie, le epidemie avranno soltanto una importanza molto modesta. Quale esempio voglio ricordare un esperimento di vaccinazione contro la difterite di 36000 scolari fatto a Toronto (Kimon, Ross e Defries), il cui risultato fu che la morbilità relativa alla difterite fu ridotta del 75%. Ciò viene anche confermato da-

gli esperimenti raccolti dalla Società delle Nazioni. In Ungheria si sono notati per es., fra 150.000 bambini vaccinati, dei casi di difterite da 5 a 10 volte in meno che nei bambini non vaccinati. A Cork, in Inghilterra, la morbilità fu di 2,1 % fra 3000 soggetti vaccinati contro 19,2 % fra i soggetti non vaccinati. Bie ha comunicato i risultati della vaccinazione fra le suore infermiere in un ospedale per malattie epidemiche; il risultato fu che la difterite, praticamente, sparì fra le suore. A titolo di esempio voglio ricordare che nel 1887 si sono verificati a Copenhagen dei casi di vaiuolo quale malattia che si verificava ogni anno. Nel 1873 si è verificato l'ultimo caso di colera, nel 1886 l'ultimo caso di tifo esantematico. Anche se, localmente, le epidemie possono avere una certa importanza, queste epidemie locali non potranno influire notevolmente sulla mortalità in genere oppure sulla mortalità nei limiti delle società. Inoltre si deve aggiungere il fatto che la mortalità

TABELLA I.

	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923
Danimarca . . . . .	0,2	0,2	32,5	13,6	9,7	0,5	4,6	2,1
Norvegia . . . . .	0,7	0,4	27,9	6,7	1,4	0,2	2,0	1,3
Svezia . . . . .	0,5	0,4	47,1	2,6	4,9	0,2	3,7	0,4
Inghilterra. . . . .	2,5	2,2	33,6	12,2	2,8	2,4	5,6	2,2
Germania . . . . .	1,0	1,1	29,3	6,8	9,6	2,7	6,4	3,9
Francia . . . . .	1,5	1,5	27,9	10,9	2,7	1,8	—	—
Italia . . . . .	1,6	1,1	77,4	8,8	6,7	1,1	3,5	2,3
U. S. A. . . . .	2,7	1,7	30,2	9,9	20,8	10,0	8,8	4,5

nelle varie malattie è diminuita, grazie all'applicazione della terapia moderna; ciò si intende in modo particolare per la difterite.

Per gli Stati Uniti d'America si applicano le cifre soltanto per una piccola parte del Paese, per gli anni 1920-22 le cifre comprendono l'influenza più la polmonite.

Una eccezione è formata dalla grande epidemia influenzale del 1918 come dimostra la Tabella I che indica la mortalità di questa malattia su 10.000 abitanti negli anni 1916-23. Da ciò si apprende che la mortalità raggiunge dei limiti notevoli. Anche se la epidemia principale è stata di durata breve, essa però si è ripresentata quà e là negli anni successivi, in modo particolare nell'anno 1927, nel quale anno la mortalità su 10.000 abitanti salì sino a 5,6 e 5,7 e nell'anno 1929 nel quale anno le cifre salirono sino a 7,3. Per le società di assicurazione l'epidemia ebbe un'importanza grande in seguito al forte aumento di mortalità fra gli assicurati e ciò maggiormente perchè la mortalità fu notevole fra i soggetti giovani.

Bardt ha comunicato i risultati della Alte Leipziger Lebensversicherung. Nel 1918 morì l'1,96 %, nella Svizzera però la percentuale raggiunse il 6,73 % degli assicurati.

Nella Gotha Bank la mortalità per il 1918, secondo Florschütz, è la seguente, secondo i gruppi d'età:

Anni	15-30	. . . . .	4,87 %
"	31-40	. . . . .	3,59 %
"	41-50	. . . . .	2,09 %
"	51-60	. . . . .	1,82 %
"	61-70	. . . . .	2,86 %
"	71-80	. . . . .	4,82 %
"	81-90	. . . . .	7 - %

Da quanto sopra esposto si comprende che il maggiore contingente è dato in modo particolare dai soggetti giovani e quindi dai soggetti più anziani.

Circa il numero dei casi di morte per influenza in una società danese si veda quanto sarà esposto in seguito.

Per giudicare i candidati si deve tener conto in modo particolare delle successioni morbose dopo le malattie infettive, le quali acquistano importanza quando, le indagini degli anni successivi abbiano dimostrato, che queste affezioni hanno una influenza notevole su diversi organi e quindi possono costituire una base per lo sviluppo di affezioni che possono influire sulla longevità oppure eventualmente soltanto sull'efficienza di lavoro del candidato.

Ciò si deve intendere per es. per la poliomielite (paralisi dei bambini) la quale — appena superata — non presenta nessun pericolo per la vitalità, al contrario però essa può lasciare delle paralisi di varia forma e di diffusione molto vasta. Questi casi dovranno essere giudicati a seconda delle condizioni del singolo caso e saranno accettati senza il caso di invalidità oppure soltanto con certe clausole.

Le affezioni renali si presentano spesso nelle malattie infettive di albuminurie leggerissime, di nessuna importanza e vanno aumentando sino a presentarsi dei gravi casi di nefrite. Circa questi casi si accenna in un capitolo particolare che tratta delle malattie renali.

La maggiore importanza pratica si attribuisce frattanto alle cardiopatie ed in modo particolare alle malattie del miocardio. Grazie alla elettrocardiografia si sono potute avere delle cognizioni molto vaste sulla importanza delle malattie infettive in relazione a queste affezioni e la scoperta di questa affezione concomitante del miocardio ha spiegato molti casi di morte, che altrimenti si sarebbero dovuti ritenere incomprensibili. Il rapporto è tale che, giudicando dal punto di vista assicurativo, si deve richiamare l'attenzione sulla possibilità

che vi possano esistere anche delle anomalie in persone che apparentemente sembrano sanissime, quando dal rapporto informativo risulta che il soggetto una volta era affetto da debolezza cardiaca accompagnata da infezione.

Esaminando gli esperimenti fatti in questo campo si vede che nelle malattie infettive sono frequenti i disturbi cardiaci.

Anche se la tecnica moderna ha offerto la possibilità di studiare più esattamente queste alterazioni, bisogna riconoscere che gli esperimenti relativi all'importanza delle malattie infettive nel passato dei cardiopatici sono ancora troppo evidenti. Henschen per es. nel 1898 ha pubblicato un prospetto su questa materia dal titolo: « Circa la dilatazione acuta del cuore in seguito a malattie infettive acute ». Egli ricorda in quest'opera l'osservazione fatta dai vecchi autori e cita dei casi in relazione alla polmonite, al tifo, all'influenza, alla difterite ecc.

L'affezione concomitante del miocardio oggi viene scoperta a mezzo dell'elettrocardiogramma, il quale permette di seguire lo sviluppo dello scompenso e la sua guarigione oppure il suo ulteriore sviluppo verso un'altra affezione cardiaca permanentemente organica. Gli elettrocardiogrammi sono molto vari e non danno tipi determinati per nessuna di queste affezioni.

Senza dubbio sono questi stadi che in un secondo momento provocheranno degenerazioni cardiache di origine sconosciuta; Stahelin parla di questa evenienza nelle polmoniti. Liebmann potè trovare su 11 casi 3 casi con alterazioni della muscolatura cardiaca sia per l'esistenza di « foci » limitati sia per la degenerazione delle fibre muscolari. Graff, Travell e Gager dispongono di un materiale di 975 pazienti affetti di polmonite lobare; in 1/4 di questi casi, con l'elet-

trocardiografia, furono notate alterazioni di carattere transitorio.

Anche Lukowski parla di vibrazioni nel vestibolo ecc.

Nell'influenza si notano inoltre spesso delle affezioni al miocardio, che durano alcuni mesi oppure possono degenerare in altre affezioni permanenti. Hubert, in seguito a ciò, fa rilevare quale serietà può avere l'influenza. Le alterazioni possono essere molto gravi; per es. Dresler e Kiss riferiscono un caso nel quale si sviluppò un indurimento totale del cuore con attacchi di svenimento. Hamburger ha comunicato dei casi nei quali l'auricola ed il sistema di conduzione erano affetti da alterazioni leggere e transitorie che subivano delle variazioni sino a provocare in seguito a gravi lesioni, anche la morte. Taylor ha notato la pericardite in casi di influenza; Heymann fa risaltare che non vi è nessun rapporto diretto fra l'apparente gravità dell'infezione e l'entità delle complicazioni e raccomanda di praticare in tutti i casi l'elettrocardiogramma.

Edey nota, su 100 affetti di influenza, nel 21 % delle alterazioni cardiache elettrocardiografiche; nel 50 % di questi casi si notarono delle alterazioni lungo le vie di conduzione e nel 25 % a carico del miocardio e dei vasi. Al contrario il pericardio e l'endocardio vengono colpiti di rado. I vizi cardiaci si verificarono (in 2/3 dei casi) con frequenza dopo l'influenza.

Di Roulet riferisce una serie di indagini anatomo-patologiche con studi dettagliati circa le varie forme degenerative ed evidenti segni di cicatrici; il cuore sinistro era quello maggiormente colpito.

Fra le altre malattie infettive che devono essere ricordate per tali complicanze, ricorderemo la tosse convulsiva, il morbillo, la malaria e la febbre gialla. Anche la febris undulans può causare

delle affezioni cardiache (Hambert). La malattia di Weil può causare delle affezioni cardiache; Hegler, su 23 casi, ha notato 2 casi di endocardite, accompagnata da un caso di alterazioni per miocardite.

Tanto nel tifo, quanto nel paratifo sono state segnalate delle alterazioni cardiache; già dal 1910 da Magnus Alslebens e più tardi da diversi altri che si servirono dell'elettrocardiogramma.

Nella meningite cerebro spinale e nella erisipela vi sono ugualmente diversi casi di complicazioni tanto relative al miocardio quanto all'endocardio. Lo stesso si intende per le vere affezioni settiche nelle quali le alterazioni del miocardio possono aumentare molto notevolmente sino all'ascesso. Queste infezioni guariscono spesso lasciando un vizio notevole e riducendo notevolmente l'efficienza funzionale del miocardio.

La scarlattina si avvicina molto alle affezioni settiche e può ugualmente provocare delle alterazioni del miocardio. Schmorl ha segnalato dei nodi i quali potrebbero ricordare le alterazioni della febbre reumatica. Delle alterazioni elettrocardiografiche sono state espone in modo particolare da Buchen e Daniels; questi notarono su 211 pazienti di reumatismo acuto 164 alterazioni, in gran parte una T. negativa isoelettrica oppure difasica; meno frequenti furono le alterazioni nella II derivazione e rari nella I, comunemente queste alterazioni possono nuovamente modificarsi.

Wickström ha fatto una relazione su oltre 100 affetti di scarlattina con 2669 elettrocardiogrammi, in 67 casi rinvenne alterazioni; soltanto 26 pazienti presentarono, al momento in cui abbandonarono la clinica, valori normali. In 14 casi si verificarono delle alterazioni del complesso ventricolare, in parte assolutamente transitoria. I singoli sintomi

vengono interpretati come espressione di una alterazione del miocardio.

Faulkner, Place e Ohler hanno esaminato 171 casi, nei quali si constatarono 22 casi di alterazioni dell'elettrocardiogramma. Essi controllarono 600 casi sino all'età di anni 13 dopo la malattia e trovarono in 7 casi delle affezioni cardiache.

Le malattie infettive, sinora ricordate, stanno però in rapporto alla frequenza di un morbus cordis sviluppato e permanente, con precedenti di difterite e febbre reumatica.

Il reumatismo articolare acuto è stato, già dai tempi remoti, la malattia infettiva che ebbe una importanza in modo particolare, per lo sviluppo di affezioni cardiache e specialmente dell'endocardite con tutte le sue conseguenze. A ciò si deve aggiungere il fatto, molto importante per l'assicurazione, che questa malattia tende a ripetersi.

Grazie alla diagnostica molto meno difficile in relazione ai vizi valvolari, che furono una conseguenza delle endocarditi, queste malattie hanno dominato l'immagine clinica delle affezioni cardiache nella febris rheumatica; però si comprese ben presto che anche il miocardio era sofferente. Stein espone nel 1902 delle alterazioni, oggi conosciute sotto il nome di nodi di Aschoff. Più tardi abbiamo imparato a conoscere delle affezioni più diffuse e, come aveva notato prima Holst, noi dobbiamo tener presente nella febbre reumatica, il fatto che tanto l'endocardio quanto il miocardio possono essere sofferenti contemporaneamente.

Quivi ed in altre malattie infettive troviamo delle alterazioni di tipo vario, di carattere transitorio oppure permanente. Tra le alterazioni passeggero più benigne vogliamo ricordare « l'allungamento del tratto P. R. ». Ibersen nel 1928 ha citato un tale caso ed afferma

che Cohn e Swift notarono questa malattia in 31 su 37 casi. Marzahn ha citato un caso di disturbi del sistema della conduzione che si alternava con un blocco atrio-ventricolare, con un aumento di conduzione atrio-ventricolare; caso terminato con guarigione e restituito.

Dalla vastissima letteratura che tratta questa materia vogliamo citare alcune indagini. Lukowki ha esaminato attentamente 100 casi; 56 uomini di cui 29 recidivi, 44 donne di cui 19 recidive. Citiamo le seguenti alterazioni: dissociazione atrio-ventricolare in 7 casi, allungamento dell'intervallo P. R. nel 58 % dei casi, blocco parziale in 7 pazienti, flutter auricolare.

Lian e Calcena hanno citato analoghe alterazioni, però essi affermano che vi furono dei casi abbastanza gravi; in uno con esito letale, si notò un blocco auricolo-ventricolare, scomparso prima della morte. Degli esami di controllo hanno dimostrato che poteva esistere una conduzione rallentata quale sintomo di un'afezione permanente del miocardio.

Kohn ha esaminato 12 bambini affetti da reumatismo articolare acuto e ricorda in modo particolare le guglie T. Queste sono spesso rotonde, piane, isoelettriche, difasiche oppure negative come avviene nelle afezioni coronariche. Nel periodo successivo esse diventano più alte.

I vasi cardiaci stessi possano risentire di un reumatismo articolare. Slater ha citato di tali casi con alterazioni caratteristiche dell'elettrocardiogramma, corrispondenti ad una stasi dei rami maggiori delle arterie coronarie, accompagnati da forti dolori; sembra però che la prognosi sia buona.

Che in questo caso ci si trovi innanzi ad una realtà, è dimostrato da Perry, il quale in 9 casi di pericardite con decorso letale reumatico, si notarono delle alterazioni dei tronchi principali dell'arteria coronaria di destra e di sini-

stra con lesione dell'intima e alterazioni degenerative nella tonaca media e nella tonaca avventizia.

Karsula e Bayless, i quali dispongono di un materiale di 56 cuori con nodi di Aschoff oppure di alterazioni tipicamente reumatiche, arrivarono al risultato che nel reumatismo febbrile si deve temere una afezione dei vasi coronari.

Come risulta da quanto sopra esposto, nella febbre reumatica possiamo avere una complicanza del miocardio quale conseguenza di un'influenza che viene a colpire il cuore e, nel giudicare il rischio di un dato candidato è necessario richiamare l'attenzione su questo fatto se cioè l'endocardite domina il quadro nosologico. La prognosi delle miocarditi e dei risultati delle endocarditi acute, particolarmente dei vizi valvolari, è stata trattata nel capitolo relativo alle cardiopatie.

La prognosi circa le cardiopatie è assolutamente legata al reumatismo articolare. Migoski, per es., ebbe, in un materiale di 2839 pazienti, soltanto 16 casi di morte i quali poterono essere attribuiti direttamente ad una malattia.

Nella letteratura tedesca si parla di una mortalità di 1,3 - 1,6 %; negli altri sono decisive le complicazioni cardiache.

La probabilità di una complicazione endocarditica e successiva afezione cardiaca è molto maggiore nei bambini che negli adulti. Mackie parla di una percentuale del 78 % nei bambini, contro una percentuale del 50 % negli adulti oltre l'età di 25 anni. Pribram afferma che il 34,3 % viene colpito da complicazioni cardiache. Il 60-80 % dei bambini vengono colpiti dall'endocardite ed in più della metà resterebbe una cardiopatia.

Ciò corrisponde al rapporto, già altrove ricordato, circa l'importanza della febbre reumatica per i vizi valvolari. Secondo una statistica di Adlmüller del-

la clinica di Romberg di 462 vizi valvolari il 50 % era dovuto a febbre reumatica, il 18 % sulla sifilide ed il 3,7 % sull'arteriosclerosi.

Nel giudicare i candidati che furono affetti di febbre reumatica, si deve sempre tener conto della possibilità di una complicanza cardiopatica. Essi perciò possono essere accettati in assicurazione soltanto sulla base di un parere medico ed in tutti i casi dubbi si dovrà chiedere un parere particolare che comprenda l'elettrocardiogramma.

Ancora un fatto ha importanza assicurativa nella febbre reumatica, cioè la tendenza alla recidiva. I dati relativi alla frequenza delle recidive sono molti vari e sino ad alcuni anni or sono essi erano in relazione all'effetto specifico del salicilato nei riguardi di questa malattia. Pye Smith segnala per es. 93 recidivi su 355 casi; O. Hood 182 recidivi su 1250 casi. Hegler ricorda un materiale dell'ospedale di Rudolf Virchow di 142 casi, 80 di questi erano ammalati per la prima volta mentre 60 ne erano recidivi.

Mackie conta sul fatto di poter trovare su tutti i casi il 71 % di recidivi e di questi il 57 % prima del 4° anno.

Edstrom segnala, in un materiale di 694 casi, recidivi per il 50 % e precisamente ripartiti nel modo seguente:

Periodo della recidiva negli anni:							
0-1	1-2	2-3	3-5	5-7	7-10	10-20	20
%, della recidiva:							
27	11	10	12	14	14	10	2

Di questi recidivi 303 appartenevano ai gruppi di età 4-30 anni quale espressione dell'importanza delle età più giovani circa questa questione.

Queste cifre dimostrano che è assolutamente necessario assegnare per i primi anni dei sovrappremi e, per i casi non complicati, di assegnare dei sovrappremi per i primi 5 anni dopo l'attacco. Ciò

si può fare, ad onta degli esperimenti succitati, perchè un materiale comprendente degli assicurati può essere ritenuto migliore di un materiale proveniente da ospedali. Se si sono verificati diversi attacchi, anche il sovrappremio dovrà durare diversi anni ed eventualmente esso si applicherà permanentemente. Nei casi dubbi sarà importante misurare la reazione di sedimentazione dei globuli sanguigni; come giustamente affermano Hässler e Möller, essa avrà per questa malattia la stessa grande importanza della reazione Wassermann nella sifilide. I casi con complicazioni cardiache vengono giudicati secondo il loro tipo e perciò ci riferiamo al capitolo relativo alle cardiopatie.

Fra le malattie infettive che sono ritenute causa delle affezioni miocardiche la difterite occupa il posto più importante. Le osservazioni quivi fatte ci dicono che si è notata la miocardite, bradicardie e aritmie. Sul fascio di His-Tavara, furono segnalate delle alterazioni e si ebbe subito l'impressione che ci si trovava innanzi ad alterazioni che potrebbero essere di carattere permanente. Steffens per es. trovò nel 1898 dei sintomi di una miocardite cronica così distribuita:

In 50 pazienti - 1 anno dopo l'abbandono della clinica: 50 %.

In 41 pazienti - 2 anni dopo l'abbandono della clinica: 41,5 %.

In 19 pazienti - 3 anni dopo l'abbandono della clinica: 42,1 %.

Anche in questo caso la elettrocardiografia ha offerto delle informazioni dettagliate.

Nel 1921 Schwensen poté raccogliere in un vasto lavoro degli esperimenti fatti su 568 pazienti. Furono notati sintomi clinici di miocardite acuta nel 17,25 % dei casi, nel 75,4 % dei casi gravi. Degli esami di controllo fatti almeno 2 anni

dopo l'abbandono dell'ospedale risultò che in più dei 2/3 dei pazienti esaminati esisteva una evidente cardiopatia.

Gli anni successivi hanno confermato queste osservazioni, anzi le hanno allargate. Per es. vogliamo citare i risultati di diversi esaminatori.

Parate e Petersen hanno notato delle alterazioni elettrocardiografiche in 60 su 150 bambini, in modo particolare comprendente il fascio della conduzione. Si presentavano dei sintomi di arresto psicomotorio ed affezioni del miocardio. Ordinariamente queste alterazioni spariscono e lasciano dietro a sè soltanto piccole tracce nell'elettrocardiogramma.

Shockoff e Taran hanno esaminato 50 casi di difterite leggera in bambini dai 5 ai 10 anni ed hanno notato in 11 casi dei sintomi maggiori o minori di miocardite. Stecher ha messo in evidenza dei disturbi molto profondi. In 12 casi blocco (arresto psicomotorio) totale con decorso letale. In un altro lavoro furono ricordati dei casi con alterazioni permanenti nell'elettrocardiogramma. Le stesse alterazioni, che si conoscono attraverso la clinica, si possono dimostrare in via di esperimento (Tsuchiga).

Come risulta dagli esempi su esposti, la difterite può causare delle alterazioni gravi nel miocardio e queste alterazioni, come rileva Frank in un lavoro del 1935, sono la causa di morte in molti casi di difterite e questo principio è stato propugnato nel 1921 anche da Schwensen.

Queste alterazioni però, anche nelle loro forme gravi, hanno una tendenza a guarire e furono pubblicate delle indagini fatte su di una serie di pazienti precedentemente affetti di difterite, nei quali non si trovò nulla di anormale nel cuore; Alstead per es. nel 1933 ha esaminato una serie di 150 bambini.

Per noi però è di particolare impor-

tanza il fatto che l'intossicazione per difterite può causare un'affezione cardiaca permanente. Dai lavori, di cui sopra, di Steffens e Schwensen risulta tutto ciò chiaramente ed anzi questi esperimenti furono più tardi confermati da altri esaminatori come Mantner e Thoenes.

Thoenes ha notato in 95 bambini, i quali 9 — 33 mesi prima erano stati affetti di difterite, ancora nel 18 % sintomi di un'affezione cardiaca. Ed anche se a ragione si deve ammettere che molti di questi casi possono definitivamente guarire nel corso degli anni, pure si deve contare sul fatto che molti di questi casi possono restare tali e quindi influire sulla vitalità del candidato.

Tutte le circostanze, su citate, relative all'influsso che possono esercitare le malattie infettive sulle diverse parti del cuore, significano che nel giudicare l'assicurazione vita si deve procedere con molta cautela quando risulti che il candidato è stato precedentemente affetto da una malattia infettiva combinata con disturbi cardiaci. Anche se sinora l'esame clinico non presenta nulla di allarmante, pure si deve chiedere che si provveda ad un esame elettrocardiografico. Circa le condizioni particolari relativamente alla febbre reumatica ci riferiamo a quanto sopra esposto.

Oltre all'influsso diretto sui vari organi con conseguenti affezioni organiche di carattere cronico, le malattie infettive hanno inoltre una importanza particolare nell'assicurazione vita cioè in seguito al peggioramento di malattie già esistenti oppure mettendo in movimento delle malattie in stato di riposo.

Ciò si intende per es. per la tubercolosi. Si è verificato spesso durante le epidemie di influenze oppure subito dopo di segnalare un peggioramento di casi tubercolari oppure di notare che casi, i quali per molti anni sono stati in stato di

riposò, si riaffacciarono dopochè il candidato ebbe a superare un'influenza tipica. Con ciò non bisogna credere che una tubercolosi acuta possa iniziare con sintomi che ricordino l'influenza. (Bihler).

Quanto è stato detto per la tubercolosi, si deve intendere anche per l'asma bronchiale. Come è stato dimostrato da Gram, si noterà in molti casi che un'affezione polmonare presenta la prima causa dello scoppio di una malattia ed

allora in molti casi si tratta di infezioni polmonari verificatesi dopo un'influenza.

In altra occasione abbiamo discusso sull'encefalite e sulla sua importanza per il nostro ramo. Essendo trascorsi diversi anni anche dal giorno in cui avemmo la possibilità di assistere a grandi epidemie influenzali, possiamo ora dire che questa malattia ha mantenuto il suo posto fisso quale causa di morte fra gli assicurati. Dato il suo carattere cronico, questa malattia ha anche un'importanza particolare per le società per periodi molto lunghi di incapacità al lavoro relativamente ad assicurazioni a premio di favore.

Dal materiale dell'Istituto governativo risulta che negli anni 1918, 1919 e 1920 ebbe luogo un numero notevole di morti per influenza, nel 1929 si è verificato vamente un piccolo aumento. Il materiale però ci dimostra che la diagnosi « encefalite » si presenta molto di rado oppure manca del tutto per ricomparire dopo il 1920 con un numero relativamente grande quale espressione di una ripercussione dell'influenza.

Fra le malattie infettive che possono avere un'importanza assicurativa vogliamo citare l'actinomicosi. Questa malattia aveva una volta una prognosi molto cattiva e comunemente doveva essere curata con atti chirurgici i quali presentavano in sè nella regione infetta un pericolo notevole. Gli anni successivi hanno dimostrato che questa malattia è relativamente diffusa. Mentre una volta, precedenti esaminatori, come Herbitz e Grondahl, dovettero esaminare del materiale raccolto per 20 anni, Eicen ha dimostrato che numerose infiammazioni, ascessi nella cavità boccale sono in realtà delle actinomicosi e che si può coltivare di questi un tronco anaerobico il quale comunemente vive nella bocca come microorganismo della putrefazione. Eiken, nel corso di pochi anni, ne ha

TABELLA II.

Anni	Totalità dei morti	Morti per influenza	%	Morti per encefalite	%
1910	365	4	1,1	—	—
1911	411	6	1,5	—	—
1912	463	4	0,9	—	—
1913	406	3	0,7	1	0,2
1914	398	2	0,5	—	—
1915	469	8	1,7	1	0,2
1916	492	9	1,8	1	0,2
1917	500	12	2,4	2	0,4
1918	650	212	32,6	1	0,2
1919	550	90	16,4	4	0,7
1920	556	68	12,22	7	1,3
1921	508	7	1,4	3	1,3
1922	562	19	3,4	4	0,6
1923	598	13	2,2	—	—
1924	548	12	2,2	8	1,5
1925	564	13	2,3	6	1,1
1926	599	7	1,2	7	1,2
1927	599	12	2,0	3	0,5
1928	655	6	0,9	9	1,4
1929	650	32	4,9	6	0,9
1930	679	3	0,4	5	0,7
1931	721	18	2,5	6	0,8
1932	714	11	1,5	7	1,0
1933	686	9	1,3	9	1,3
1934	726	2	0,3	4	0,6
14.064	582	4,1	94	0,7	

raccolti circa 60 casi. Le osservazioni di Eiken sono state confermate da altri (Hansen, Bjerring). Mentre la prognosi per questa affezione una volta era molto cattiva, oggi quasi in tutti i casi, come ha dimostrato Eiken, si riesce salvare questi pazienti a mezzo di una cura combinata: col joduro di potassio, con un atto chirurgico, con la radioterapia, ecc. La prognosi sarà tanto peggiore quanto maggiormente un'actinomicosi si allontana dal suo focus. Per l'actinomicosi polmonare la prognosi è cattiva.

Assicurativamente ci si deve comportare negativamente circa l'accettazione di pazienti una volta affetti di actinomicosi polmonare e ciò sino al momento che non si abbia in possesso un documento relativo alla cura fatta e la sua accettazione senza termine di carenza ed il premio normale dovrebbe aver luogo solo dopo 3-5 anni durante i quali non si sia verificata nessuna recidiva della malattia.

(Traduz. Dott. LAMBERTI-BOCCONI).

## BIBLIOGRAFIA.

- ALSTEAD S., « Lancet » 1933, I, 413.  
 BAHRDT, R., « Blätt. f. Vertrauensärzte v. Lebensv. », 1919, 48.  
 BARNETT, C. T. a. G. PILTZ, « Jour. Amer. med. Ass. », 93, 1120, 1929.  
 BIE V., « Ugeskrift for Laeger », 1930, S. 635, 1931, S. 983.  
 BIHLER, B.: « Zeit. f. Tuberk. », 59, 334, 1931.  
 DRESSLER W. u. A. KISS, « Klin. W. », 1929, II, 1864.  
 EDSTRÖM G., « Febris rheumatica », Lund 1935.  
 EGEDY E., « Zeit. Klin. Med. », 125, 547, 1933.  
 EIKEN TH., « Ugeskrift for Laeger », 1929, 581.  
 » » « Tandlaegebladet », 1932, 547.  
 FAULKNER J., E. PLACE, a. W. OHLER. « Amer. J. med. Sc. » 189, 352, 1935.  
 FORSCHÜTZ, « Blätt. f. Vertrauensärzte d. Lebensv. ». 1919, 71, 1920, 18.  
 FRANK H., « Deutsche med. Woche », 1935, I, 1025.  
 GRAFF A., H. G. TRAVELL, a. J. A. Y JAGER, « J. clin. Invest. » 1931, 633.  
 GRAM H. C., « Nord. med. T. » 1931, 616.  
 HAMBURGER W. W., « Amer. Jour. med. Sc. », 160, 479, 1920.  
 HEGLER C., « II Oeynhausens Arztevereinskursus », 1933, S. 56.  
 HENSCHEN S. E., « Upsala Läkareförenings Förhandl », 4, 1898, H. 1-2.  
 HOLST P. F., « Norsk Mag. f. Laeger », 1921, 833.  
 HÜBERT G., « Münch. med. W. » 1928, S. 1202.  
 HYMANN A. S., « Med. Journ a Record », 1926, 124, 698.  
 HÄSSLER E. u. L. MÖLLER, « Jahrb. Kinderh. » 136, 257, 1932.  
 IVERSEN P., « Ugeskrift f. Laeger », 1928, S. 959.  
 KARSNER H. C. a. F. BAYLESS, « Amer. Heart J. », 9, 557, 1934.  
 MC. KINNON, A. ROSS a. R. D. DEFRIES, « Sanad. publ. Health », 22, 217, 1931.  
 KOHN L., « Proc. Soc. exper. Biol. a. Med. », 31, 184, 1933.  
 LIAN C. et B. CALCENA, « Presse medic. », 1932, S. 1.  
 LUEBMANN, « Deut. Archiv. Klin. Med. », 118, 1916.  
 LUKOWSKI P., « Deut. Archiv. Klin. Med. », 174, 268, 1932.  
 MACKIE TH., « Amere. Heart. Journ. », 3, 31, 1927.  
 MANTNER H., « Med. Klinik », 1934, I, 669.  
 MARZAHN H., « Deut. Archiv. f. klin. Med. » 178, 50, 1935.  
 MIYOSKI T., « Zeit. f. die gesam. Versich. Mediz » 9, 78, 1909.  
 PARADE G. W. u. U. PETERSEN, « Jahrb. d. Kinderh. » 145, 22, 1935.  
 PERRY C. P., « Quart. Journ. Med » 23, 241, 1930.  
 ROULET F., « Virchows Archiv » 295, 438, 1935.  
 SCHWENSEN C., « Klin. Jagttagelser vug. Hjertelid. v. Difteri » 1921.  
 SCHWENSEN O., « Journ. of Invect. Dis. » 30, 279, 1922.  
 SIGGAARD ANDERSEN M., « Act. med. Scand. » 84, 1-4, 253, 1934.  
 SHOOKHOFF C. a. L. M. TARAN, « Amer. j. Fis. Chil. » 42, 811, 1931.  
 STATER S., « Amer. Journ. med. Sc. » 181, 203, 1931.  
 STECHER R. M., « Amer. Heart J. » 4, 545, 715, 1929.  
 TAYLOR R. E., « Journ. Amer. med. Ass » 89, 347, 1927.  
 THOENES F., « Mschr. Kinderh. » 53, 381, 1932.  
 TSUCHIGA S., « Orient J. Dis. Infants » 13, 57, 1933.  
 WICKTRÖM J., « Acta prediatr. » 14, 1933.

# L' ereditarietà dell' ipertensione arteriosa

DOTT. SALVATORE FIANDACA.

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

Problemi di vivo interesse pratico possono essere considerati in medicina delle assicurazioni vita quelli che riguardano l' ereditarietà delle malattie. E' noto infatti come questa branca della medicina abbia per fine precipuo il giudizio pronostico e come pertanto debba avvalersi di tutti gli elementi atti a contribuire in maniera valida all'elaborazione di tale giudizio nei limiti quanto più possibilmente esatti.

E' questo lo scopo principale che mi ha spinto a condurre delle osservazioni sul valore che in medicina delle assicurazioni vita può essere attribuito al fattore ereditario nei rapporti di una delle più frequenti malattie, di particolare interesse assicurativo, quale è l' ipertensione arteriosa.

Superfluo sarebbe il ricordare l' importanza di questa malattia nelle assicurazioni vita in quanto sono ormai ben noti la frequenza, il decorso insidioso, gli accidenti terminali, il più delle volte improvvisi, la sintomatologia iniziale quasi sempre scarsa: caratteristiche tutte che alla malattia in questione fanno assumere, dal punto di vista assicurativo, aspetti che richiamano la più viva attenzione. Di ciò infatti fanno fede i numerosi lavori e le vaste statistiche, eseguite da medici di assicurazione, che contributi di non scarso valore hanno apportato alla conoscenza di alcuni lati del problema. Basterà che ricordi tra l'altro la statistica di Fischer sulla mortalità dei soggetti affetti da ipertensione non ammessi in assicurazione, statistica eseguita su ben 1970 casi.

Presso il nostro Istituto l'importanza

dell' ipertensione arteriosa in medicina assicurativa vita è stata già posta sul tappeto dal Marsella nel 1931 in una vasta nota pubblicata al n. 7 della Rassegna della Previdenza Sociale. Già in questa nota il Marsella avvertiva che nella valutazione e nella classifica dei rischi assicurativi non debbono essere trascurati i dati riferentisi al gentilizio « essendo notevole l'importanza del fattore ereditario nel decorso prognostico degli stati morbosi e nella determinazione della longevità ».

Col nuovo compito dell'assistenza sanitaria preventiva recentemente impostosi in medicina delle assicurazioni vita, mercè l'opera e l'azione dell'I.N.A., il problema dell' ereditarietà dell' ipertensione arteriosa e delle malattie in genere viene ancora ad acquistare maggiore significato. E' evidente infatti quanto valore possa avere nel prevenire la malattia, la conoscenza dell' influenza dei fattori ereditari nel determinismo di tale malattia, specie quando essa non ha ancora dato segni clinici tali da sospettarne l' esistenza. Pertanto anche da questo punto di vista, lo studio dei fattori ereditari dell' ipertensione si inquadra in medicina delle assicurazioni vita come problema di non scarso interesse.

\* \* \*

L'argomento dell' ereditarietà dell' ipertensione è stato già oggetto di numerose ricerche in massima parte statistiche, e malgrado le opinioni dei vari autori non siano del tutto concordi nello stabilirne la portata, si può affermare che in linea generica il fattore ereditario e costituzionale sia conformemente

riconosciuto come uno dei più importanti nella genesi delle malattie vascolari ed in particolare dell'ipertensione arteriosa.

Vaquez fin dal 1920 avvertiva che l'influenza dell'eredità nell'ipertensione deve essere posta in prima linea e che « vi sono famiglie in cui, checchè si faccia, qualunque precauzione si prenda e qualunque sia il regime osservato, l'ipertensione non manca di manifestarsi ad una certa età per evolvere inesorabilmente verso la morte » ed a tale proposito egli ricorda due osservazioni. Nella prima cita il caso di tre fratelli, di cui due morirono per ipertensione grave a 55 anni di età ed il terzo, pur essendosi sottoposto fin dal 42° anno ad un regime severissimo, all'età di 52 anni aveva già 220 mm. di pressione e presentava crisi di aortite toracica con albuminuria. Nella seconda cita un altro caso riguardante anch'esso tre fratelli dell'età di 50, 52, 57 anni, che rispettivamente presentavano valori pressori di 200, 220 e 240 mm.

Broadbent — citato dallo stesso Vaquez — aveva osservato un caso analogo di tre fratelli affetti da grave ipertensione arteriosa morti improvvisamente all'età di 55 anni.

Interessanti sono gli studi del Weitz. Una parte di essi è stata condotta su gemelli mono e bicoriali allo scopo di osservarne il comportamento nei riguardi dell'apparecchio circolatorio. Egli ha potuto notare che in tali soggetti le dimensioni del cuore si corrispondevano perfettamente, tranne lievi differenze in rapporto col genere di vita di uno dei due gemelli completamente opposto a quello dell'altro; il numero delle pulsazioni non mostrava differenze superiori ai 7,5 polsi al m.' per i monocoriali e di 12 nei bicoriali; i dati della pressione infine mostravano una concordanza maggiore in quanto nei 35 casi osservati la differenza media era di 5,8 mm.

di Hg. nei monocoriali e di 10 mm. nei bicoriali. In due gemelle di 63 anni di cui una aveva condotto vita tranquilla e l'altra era stata costretta a condurre fin dalla giovinezza una vita faticosa di lavoro, entrambe presentavano valori della pressione arteriosa elevatissima (178-182 rispettivamente di mm. di Hg.).

Una seconda parte degli studi del Weitz si riferisce alla ricerca dei dati anamnetici degli ipertesi. Egli in 87 casi di ipertensione esaminati poté constatare che in 63 dei casi (cioè nel 76,8 %) almeno uno dei genitori degli infermi era morto per ictus o cardiopatia; viceversa in ricerche contemporanee eseguite in soggetti con valori pressori normali egli riscontrò che solo nel 30,3 % l'anamnesi rilevava la presenza di ictus o cardiopatia. La cifra percentuale riguardante gli ipertesi va però maggiorata dal fatto che l'A. estese le sue ricerche anche alle sorelle ed ai fratelli degli infermi e poté constatare che in altri 12 casi era dimostrabile la presenza della malattia in uno o più dei collaterali; pertanto solo in 7 casi l'anamnesi risultò veramente negativa.

L'A. inoltre rilevò che nei genitori dei soggetti ipertesi morti per ictus o cardiopatia l'esito si era verificato in età meno anziana in confronto ai genitori dei soggetti normali morti per le stesse malattie, e precisamente la morte prima dei 60 anni si era verificata nel 36,7 % dei primi e nel 26,9 % dei secondi; che nei soggetti, nei quali più precocemente si era manifestata la sindrome ipertensiva, la morte per ictus o cardiopatia dei genitori era avvenuta in età più giovane, che esisteva cioè un rapporto chiaro tra precocità della insorgenza dell'ipertensione nei figli e l'epoca della morte per malattia cardiovascolare nei genitori.

Importante infine è l'osservazione dello stesso Weitz, secondo la quale il 50 %

dei collaterali degli ipertesi che avevano raggiunto il 55° anno di età mostrava dei valori della pressione al di sopra della norma.

Tanto la prima che la seconda parte delle ricerche ricordate appaiono abbastanza dimostrative per avvalorare l'importanza del fattore ereditario nell'ipertensione arteriosa. Il Weitz a conclusione delle sue ricerche ritiene che l'ipertensione sia una malattia ereditaria a carattere dominante secondo il concetto mendeliano.

Successive ricerche di numerosi altri AA. hanno in gran parte confermato le osservazioni del Weitz. Così O' Hare, Walker e Vickers hanno riscontrato una tara vascolare nel 68 % dei casi osservati. Ricerche e statistiche di Volhard, Wisemann, Bauer, Richter, Brandia, Mortensen, ecc. mostrano anche esse come il fattore ereditario abbia grande importanza nelle genesi dell'ipertensione arteriosa.

In Italia l'Antognetti su 57 soggetti affetti di ipertensione ha notato la presenza di una tara cardiovascolare a carico di almeno un genitore in 36 casi e cioè nel 68 % dei soggetti.

Greppi e Deleonardi in un vasto studio statistico e clinico riferentesi a 561 ipertesi comuni e 69 ipertesi diabetici ed a 100 soggetti normali presi come controllo hanno potuto rilevare che la tara cardiovascolare, sotto forma di ictus o cardiopatia in almeno uno dei genitori, è presente nel 63,4 % degli ipertesi comuni e nel 76 % degli ipertesi diabetici in confronto del 34 % dei normali; che tali cifre raggiungono rispettivamente i valori del 72 e 84 % nei primi e nei secondi soggetti se si aggiungono quei casi nei quali la tara, pur essendo negativa negli ascendenti, è positiva nei collaterali; che il 50 % dei fratelli degli ipertesi sono essi pure ipertesi. Gli AA. concludono che l'ipertensione è eredita-

ria, secondo le classiche leggi di Mendel, sotto forma di ereditarietà dominante ed è più grave nei discedenti di genitori entrambi tarati; che il fattore ereditario è rappresentato negli ipertesi dalla costituzione neuro-endocrina propria di questi soggetti.

Greppi, con l'autorità che gli conferisce la lunga esperienza in tema di ipertensione, così si esprime a proposito dell'ereditarietà di tale malattia: « L'eredità pesa duramente sull'iperteso arterioso in misura forse più chiara e diretta che non per altre discrasie a classica impronta familiare quali il diabete e la gotta ».

Non mancano osservazioni clinico-statistiche nelle quali le cifre percentuali rappresentanti i soggetti ipertesi con tare dimostrabili sono inferiori a quelle finora ricordate. Così Stieglitz su 110 casi trovò la tara ipertensiva nel 47 % dei casi, mentre nel 46 % non rintracciò alcuna notizia precisa e nel 9 % riscontrò anamnesi negativa.

Akatsuka e Hashimoto osservarono solo nel 26,6 % dei casi una tara vascolare dimostrabile negli ascendenti.

\* \* \*

Le osservazioni su cui riferisco sono state condotte su 149 casi di ipertensione arteriosa. I dati riguardanti 22 di essi sono stati raccolti direttamente da soggetti ipertesi che ho avuto occasione di visitare presso il consultorio per il collaudo della salute del Centro Sanitario dell'I.N.A. di Torino; i dati riguardanti gli altri 127 sono stati ricavati dall'esame delle cartelle cliniche dei ricoverati presso la R. Clinica Medica di Torino dal 1912 al 1937 (1).

(1) Il mio devoto pensiero e la mia gratitudine vadano al grande Maestro scomparso senatore prof. Micheli, allora Direttore della Clinica, che con la generosità e cordialità che gli erano proprie, mi permise di effettuare tali ricerche.

In tutti i casi sono stati rilevati con cura i dati anamnestici inerenti ai genitori e possibilmente ai collaterali, le cause e l'età della morte di questi, l'epoca dell'inizio apparente della sindrome ipertensiva dei soggetti affetti da tale malattia, il sesso e la professione di questi ultimi.

Per quelle osservazioni condotte personalmente la indagine anamnestica sui collaterali ha potuto essere eseguita in tutti i casi e qualche volta col rilievo diretto dei dati della pressione nei fratelli e nelle sorelle.

I soggetti esaminati sono stati divisi in due gruppi: nel primo sono stati compresi tutti i soggetti affetti da ipertensione senza lesioni renali in atto, nel secondo gli ipertesi con lesioni renali. Una suddivisione più precisa non è apparsa possibile in considerazione delle difficoltà pratiche per poter stabilire, con esattezza, quale è stato il processo patogenetico che ha determinato l'installarsi della sindrome clinica ipertensiva.

Con la suddivisione indicata sono stati nettamente staccati gli ipertesi, la cui sindrome era secondaria a lesioni renali e quelli il cui rilievo clinico di alterazioni renali in atto avrebbe potuto fare sospettare dei rapporti di diretta dipendenza tra queste e l'alterazione vascolare.

Nel primo gruppo sono stati compresi tutti gli altri casi di ipertensione arteriosa con o senza arteriosclerosi manifesta, ad eccezione dei luetici clinicamente accertati, i quali sono stati completamente esclusi.

Per quanto riguarda il gentilizio le cause di morte dei genitori sono state divise in due gruppi fondamentali: cause extracircolatorie e cause cardiovascolari, queste ultime suddivise in ictus e cardiopatie.

Sono stati scartati tutti quei casi nei

quali la causa di morte dei genitori era sconosciuta o non specificata.

Contemporaneamente sono state esaminate 100 cartelle cliniche riferentisi a soggetti non ipertesi, affetti da qualsiasi altra malattia non cardiovascolare e su di essi sono stati eseguiti gli stessi rilievi che per gli ipertesi. Sono stati scelti soggetti di età superiore ai 45, in quanto nella maggior parte dei casi l'ipertensione si manifesta nella seconda metà della vita.

Dal punto di vista assicurativo, è da porre in rilievo che le osservazioni qui riportate si riferiscono in maggior copia a soggetti ricoverati in clinica, a soggetti cioè sulla cui anamnesi si può fare sicuro affidamento, mentre altrettanto in genere non si può dire per le anamnesi degli assicurandi. Anche i casi osservati personalmente si riferiscono a soggetti vecchi assicurati che hanno chiesto spontaneamente di essere visitati a scopo preventivo e sui quali pertanto si può ugualmente fare affidamento.

Tale rilievo ha il vantaggio di poter garantire in certo senso l'obiettività dei risultati; dal lato puramente assicurativo però si potrebbe osservare che i fenomeni constatati su un materiale di clinica non sono interamente paragonabili a quelli che si verificano nelle assicurazioni vita, in quanto di queste ultime fanno parte quasi esclusivamente certe categorie di persone (impiegati, industriali, ecc.), mentre solo in piccola parte sono rappresentate le classi più povere, quelle cioè che viceversa rappresentano la massima parte del materiale di clinica.

Per tale ragione, per cercare cioè di rilevare se esistono rapporti tra ereditarietà e genere di vita del soggetto nell'ipertensione, si è voluto in ogni caso tener conto della professione.

La tabella 1<sup>a</sup> ragguaglia sui dati numerici complessivamente rilevati:

TABELLA I.

	Numero totale dei casi	Numero dei casi con genitori morti per malattie extracircolatorie	Numero dei casi con genitori morti per ictus o cardiopatia		
			con un solo genitore	con entrambi i genitori	Totale
<i>Soggetti ipertesi</i> . . . . .	149	46	67	36	103
senza lesioni renali. . . . .	118	32	62	24	86
con lesioni renali . . . . .	31	14	13	4	17
<i>Soggetti non ipertesi.</i> . . . . .	100	68	27	5	32

Da essa si rileva che su 149 casi di ipertensione arteriosa 103, e cioè il 69,1 per cento, mostrano una tara cardiovascolare in almeno uno dei genitori; mentre su 100 casi di soggetti non ipertesi solo il 32 % mostra tale tara.

La tara cardiovascolare dei soggetti ipertesi è rappresentata in un genitore nel 45,6 % dei casi, in entrambi i genitori nel 23,4 %, mentre nei non ipertesi essa si presenta in un genitore nel 27 % ed in entrambi nel 5 %.

Se si pone uguale a 100 il numero totale dei casi con tara cardiovascolare degli ipertesi e dei non ipertesi, si nota come nei primi si è constatata la morte di un genitore per ictus o cardiopatia nel 65 % dei casi e di entrambi nel 34,9 %, nei secondi di un genitore nel-

l'84,3 %, di entrambi solo nel 15,6 %.

Queste ultime cifre indicano chiaramente come tra i soggetti con tara cardiovascolare i non ipertesi presentano raramente tale tara in entrambi i genitori, mentre gli ipertesi la presentano in 1/3 circa dei casi.

Negli ipertesi senza lesioni renali la tara cardiovascolare in almeno uno dei genitori è presente nel 72,8 % dei casi, negli ipertesi con lesioni renali nel 54,1 per cento. Sono morti per ictus o cardiopatia entrambi i genitori nel 20,3 % dei casi senza lesioni renali, nel 12,2 % dei casi con lesioni renali; uno solo dei genitori nel 52,5 % dei primi, nel 41,9 % dei secondi.

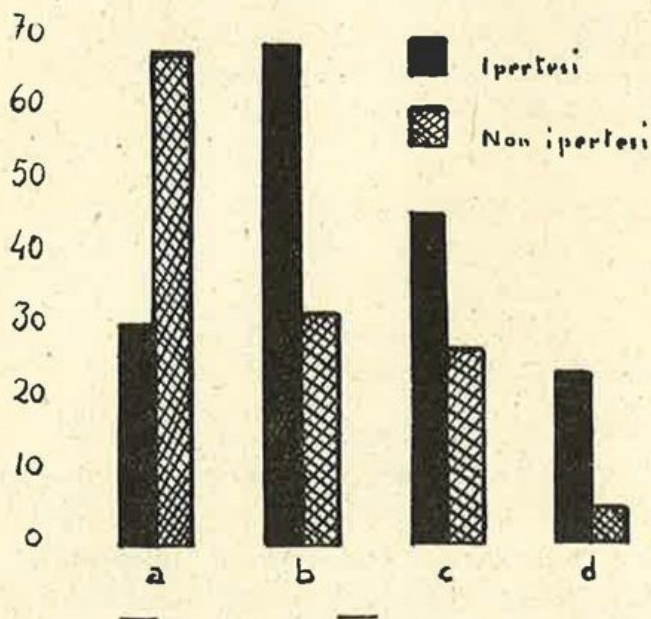
Nella tabella 2<sup>a</sup> riportiamo per maggior chiarezza le cifre percentuali:

TABELLA II.

Numero dei casi %.

	Con genitori morti per malattie extra circolatorie	Con genitori morti per ictus o cardiopatia		
		con genitore	con entrambi i genitori	Totale
<i>Soggetti ipertesi</i> . . . . .	30,8	45,6	23,4	69,1
senza lesioni renali . . . . .	27,1	52,5	20,3	72,8
con lesioni renali . . . . .	45,1	41,9	12,2	54,1
<i>Soggetti non ipertesi</i> . . . . .	68,0	27,0	5,0	32,0

La figura 1<sup>a</sup> mostra graficamente i risultati percentuali rilevati.



a) Casi con i genitori morti per malattie extra circolatorie.

b) Casi con almeno uno dei genitori morti per ictus o cardiopatia.

c) Casi con un genitore morto per ictus o cardiopatia.

d) Casi con entrambi i genitori morti per ictus o cardiopatia.

Non fu infrequente il riscontro di una affezione cardiovascolare anche nei collaterali.

Nelle cartelle cliniche esaminate, grazie alla accurata redazione di esse, ricorse spesso il rilievo della presenza di alterazioni vascolari nei collaterali di quei soggetti che contemporaneamente presentavano la tara cardiovascolare nei genitori. Di contro tale rilievo fu scarso nei casi senza tara vascolare dei genitori; solo in due di essi su 46 (nel 4,3 %) fu possibile infatti rintracciare una affezione vascolare in qualcuno dei collaterali. Tale cifra, si intende, non può avere che un valore relativo in quanto non sempre dalle storie fu possibile ricavare notizie precise dei collaterali.

Nei soggetti esaminati personalmente la presenza di alterazioni vascolari arte-

riose in qualcuno dei collaterali fu riscontrata in 12 casi su 27 (cioè nel 44,4 %). Dei 9 casi nei quali fu possibile il rilievo diretto dei valori pressori dei collaterali, in 5 furono trovati valori più alti della norma, in almeno 1 dei fratelli (55,5 %).

Dimostrative in proposito appaiono le tre storie familiari che riferisco:

F. L. a. 52, commerciante. Pressione arteriosa Mx. 210 Mn. 140 (Erkameter). Padre morto per ictus a 50 anni; madre morta per carcinoma dell'utero a 61 anni; 1 fratello morto per ictus a 58 anni; 1 sorella vivente di anni 55 con pressione Mx. 190 Mn. 120; 1 fratello vivente di anni 49 con pressione Mx. 170 Mn. 110; 1 sorella morta in giovane età per polmonite.

D. P. a. 46, industriale. Pressione arteriosa Mx. 185 Mn. 110. Genitori entrambi morti per ictus, la madre a 52 anni, il padre a 57 anni. Una sorella morta per cardiopatia a 35 anni; un fratello di anni 49 con pressione Mx. 170 Mn. 100; un altro fratello di anni 44 con pressione Mx. 155 Mn. 95.

T. C. a. 57, avvocato. Pressione arteriosa Mx. 195 Mn. 120. Madre morta a 40 anni per cardiopatia; padre morto a 61 per ictus; una sorella di anni 60 con pressione Mx. 220 Mn. 130; un fratello di anni 55 con pressione Mx. 168 Mn. 105; una sorella di anni 53 è affetta da cardiopatia.

Per quanto riguarda le cause di morte dei genitori degli ipertesi ragguaglia la tabella 3<sup>a</sup>:

TABELLA III.

	Non ipertesi	Ipertesi
	(100)	(149)
	%	%
Un genitore morto per ictus.	15	31,6
Un genitore morto per cardiopatia . . . . .	12	13,5
Entrambi i genitori morti per ictus . . . . .	2	10,0
Entrambi i genitori morti per cardiopatia . . . . .	2	8 -
Un genitore morto per ictus; uno morto per cardiopatia	1	6 -
TOTALE . . . . .	32	69,1

Da essa appare come la tara cardiovascolare negli ipertesi è per la maggior parte dei casi rappresentata dalla morte dei genitori per ictus; la cardiopatia segue a distanza sensibile. Di contro nei soggetti non ipertesi l'ictus e la cardiopatia dei genitori presso a poco si equivalgono.

E' da porre in rilievo che nei soggetti ipertesi, tra le cause di morte dei genitori per malattie extra circolatorie, il primo posto spetta alle affezioni dell'apparato respiratorio ed in ispecie alla polmonite (21 su 46).

La relativa frequenza della morte dei genitori degli ipertesi per polmonite, come fa rilevare Deleonardi, è da mettersi in rapporto col fatto che tale malattia insorge ed assume in genere un decorso più grave negli individui pletorici, in quei soggetti cioè che costituzionalmente sono disposti alla ipertensione. Non è escluso pertanto che una buona parte delle cause di morte per polmonite celino una ipertensione dei genitori già in atto o da costituirsi.

Nei riguardi dell'epoca della morte dei genitori esiste una differenza evidente tra gli ipertesi ed i non ipertesi, nel senso che i genitori dei primi muoiono con più frequenza in età meno avanzata che quelli dei secondi.

Dalla tabella 4<sup>a</sup> appare infatti come la mortalità maggiore dei genitori degli ipertesi è avvenuta tra i 55 e i 65 anni,

TABELLA IV.

Età del I° genitore morto per ictus o cardiopatia	Ipertesi	Non ipertesi
	(103)	(30)
	%	%
Prima di 35 anni . . . . .	4,8	—
tra 35-45 » . . . . .	10,6	6,2
» 45-55 » . . . . .	22,3	12,5
» 55-65 » . . . . .	35,9	25,0
Oltre i 65 » . . . . .	26,2	56,2

mentre nei non ipertesi essa si verifica oltre il 65° anno.

Inoltre la mortalità dei genitori degli ipertesi nei tre gruppi di età, prima dei 35 anni, tra 35-45, e tra 45-55, è in confronto a quella dei genitori degli ipertesi molto più spiccata e precisamente mentre nei primi è complessivamente del 37,7 %, nei secondi è solo del 18,7 %. Ciò in altri termini significa che i genitori degli ipertesi muoiono più precocemente che quelli dei non ipertesi.

Che poi esista un vero e proprio rapporto tra l'epoca (presunta dalle notizie riferite dagli infermi) d'insorgenza della ipertensione e l'età della morte dei genitori, nel senso che la sindrome ipertensiva suole insorgere più precocemente nei soggetti i cui genitori sono morti per ictus o cardiopatia in età relativamente più giovane, lo mostrano chiaramente i dati riportati nella tabella 5<sup>a</sup>.

TABELLA V.

Epoca dell'insorgenza dell' ipertensione	Num. dei casi	Età media del primo genitore morto per ictus o cardiopatia
Prima di 35 anni .	3	50,3
Tra i 35-45 » .	12	54,5
» 45-55 » .	39	55,4
» 55-65 » .	32	57,9
Oltre i 65 » .	17	59,4

Un'altra considerazione degna di rilievo è quella riguardante i rapporti tra il fattore ereditario nell'ipertensione ed il sesso degli ipertesi. Dai dati raccolti si rileva come nel sesso femminile la tara cardiovascolare dei genitori sia meno frequente che nel maschile.

Infatti dei soggetti ipertesi di sesso maschile il 72,7 % appartiene al gruppo degli ipertesi con almeno un genitore morto per ictus o cardiopatia ed il 27,2 per cento al gruppo con genitori morti per malattie extracircolatorie; mentre dei soggetti di sesso femminile appartiene al primo gruppo il 62 %, ed al secondo gruppo il 38 %. Inoltre nel sesso femminile è meno frequente in rapporto a quello maschile il riscontro di entrambi i genitori morti per ictus o cardiopatia (Vedi tabella VI).

TABELLA VI.

Cause di morte dei genitori	Ipertesi	
	Uomini (99) %	Donne (60) %
<i>Almeno un genitore morto per ictus o cardiopatia .</i>	72,7	62
un solo genitore morto per ictus o cardiopatia	46,4	42
entrambi i genitori morti per ictus o cardiopatia . . . . .	26,2	20
<i>Genitori morti per malattie extracircolatorie . . . . .</i>	27,2	38

In via di ipotesi tale fenomeno potrebbe essere messo in rapporto con l'influenza non trascurabile che nelle donne esercitano le turbe endocrine del clima-terio sulla pressione arteriosa.

Si è infine cercato di indagare se e quali rapporti esistono tra tara cardiovascolare dei genitori e professione degli ipertesi. A tale scopo i soggetti ipertesi sono stati divisi in due gruppi professionali; soggetti esplicanti attività lavorativa prevalentemente manuale e soggetti con attività prevalentemente intellettuale. Nel primo gruppo sono stati compresi i contadini, tutti gli operai, gli autisti, ecc., nel secondo gruppo i professionisti, gli industriali e gli impiegati.

TABELLA VII.

Cause di morte dei genitori	Professioni prevalentemente manuali (112) %	Professioni prevalentemente intellettuali (37) %
	<i>Almeno un genitore morto per ictus o cardiopatia</i>	68,7
un solo genitore morto per ictus o cardiopatia . . . . .	47,3	43,2
entrambi i genitori morti per ictus o cardiopatia . . . . .	21,4	27,0
<i>Genitori morti per malattie extracircolatorie .</i>	31,2	29,7

Nessuna differenza sostanziale è stata osservata tra i due gruppi professionali nei riguardi dell'ereditarietà dell'ipertensione (vedi tabella VII). Nei soggetti ipertesi con professioni prevalentemente manuali il riscontro di almeno un genitore morto per ictus o cardiopatia si è constatato nel 68,7 % dei casi, nei soggetti con professioni prevalentemente intellettuali nel 70,2 %; rispettivamente il riscontro dei genitori morti per malattie extracircolatorie si è rilevato nel

31,2 % dei primi e nel 29,7 % dei secondi.

I dati riferiti starebbero pertanto ad indicare, come la professione esercitata dall'iperteso non influenza il fattore ereditario.

Nessuna deduzione, s'intende, può essere ricavata dai dati indicati circa i rapporti intercorrenti tra professione ed insorgenza dell'ipertensione: argomento questo che esula dal tema impostomi e che merita, specie nel campo assicurativo, ben più ampia illustrazione.

Riferendomi però a quanto fu detto al principio di questa nota, il rilievo della scarsa influenza della professione sull'ereditarietà dell'ipertensione depone in favore della diretta paragonabilità dei dati osservati nei ricoverati in clinica con quelli che si possono verificare nelle assicurazioni vita.

\* \* \*

Da quanto si è riferito si può concludere che la tara cardiovascolare rappresentata dalla morte di almeno un genitore per ictus o cardiopatia è presente nel 69,1 % degli ipertesi; nei soggetti non ipertesi è presente solo nel 32 % dei casi. La presenza della tara cardiovascolare in entrambi i genitori si riscontra in 1/3 circa degli ipertesi, mentre nei non ipertesi è molto rara.

I collaterali dei soggetti ipertesi nel 44,4 % dei casi presentano anche essi alterazioni vascolari.

Tali dati concordano con i risultati ottenuti dal Weitz, da Greppi e Deleonardi e convalidano l'opinione di questi autori, secondo la quale l'ipertensione è ereditaria sotto forma di eredità dominante secondo le leggi di Mendel e si trasmette da padre in figlio aggravandosi nei discendenti quando la tara è presente in entrambi i genitori.

La tara cardiovascolare è rappresen-

tata con maggiore frequenza dalla morte del genitore per ictus, in secondo luogo da quella per cardiopatia; rispettivamente il 45 % ed il 25 % circa.

La morte dei genitori per ictus o cardiopatia avviene in età meno avanzata negli ipertesi che nei non ipertesi.

La sindrome ipertensiva si manifesta in genere già precocemente quando i genitori sono morti in età relativamente meno anziana. Sembra al riguardo che esista un rapporto diretto tra precocità di insorgenza dell'ipertensione ed età della morte dei genitori.

La tara cardiovascolare è più frequente negli ipertesi di sesso maschile che in quelli di sesso femminile, nel 72,7 % dei primi, nel 62 % dei secondi.

Nessun rapporto evidente esiste tra fattore ereditario e professione degli ipertesi.

Nel campo della medicina delle assicurazioni vita appare evidente come i dati rilevati trovano la più ampia applicazione pratica, sia ai fini preventivi che assicurativi. Nell'uno e nell'altro caso, per l'elaborazione del giudizio prognostico e per la valutazione del rischio, alla tara cardiovascolare deve essere dato il giusto valore, non solo in rapporto alla presenza o meno di essa, ma anche sulla base di tutti gli altri elementi che l'accompagnano. Così, come si è visto, la tara ha differente peso sui discendenti se è presente in uno od in entrambi i genitori, se questi sono morti in età meno o più anziana, se si tratta di uomini o donne. In particolare considerazione inoltre deve essere tenuta la presenza di alterazioni vasali nei collaterali, specie quando la causa di morte dei genitori è imprecisata.

S'intende che nel giudizio prognostico e nella valutazione dei soggetti già ipertesi, maggiore valore acquista il rilievo di una eventuale tara cardiovascolare.

\* \* \*

*Autoriassunto.* — L'A. in uno studio condotto su 149 soggetti affetti da ipertensione arteriosa, rileva che nel 69,1% dei casi si riscontra una tara cardiovascolare in almeno uno dei genitori nel senso che questi sono morti per ictus o cardiopatia e che nel 44,4% dei casi sono osservabili lesioni vascolari nei collaterali. Rileva inoltre che esiste un rapporto tra l'epoca di insorgenza della sindrome arteriosa e l'età della morte dei genitori per ictus o cardiopatia; che la tara ereditaria è più frequente negli ipertesi di sesso maschile, che nessun rapporto evidente esiste tra essa e la professione degli ipertesi. Mette in evidenza infine l'importanza che tali rilievi hanno nel campo della medicina delle assicurazioni vita.

## BIBLIOGRAFIA.

ANTOGNETTI, *Le ipertensioni arteriose*. Ed. Valardi, Milano 1936.

BRANDIA, *Rev. Med. de Barcelona*, 1930, 13, 3.  
DELEONARDI, *Endocr. e Pat. Costitut.*, 1934, 9, 66.

FISCHER, *Journ. of the Americ. Med. Ass.*, 1914.

GREPPI, *Riv. San. Siciliana*, 1934, 22, n. 2.

— *Studi sull'ipertensione arteriosa*. Ed. Grafica Moderna, Catania, 1935.

MARSELLA, *Rass. Previd. Sociale*, 1931, n. 7.

MORTENSEN, *Journ. of the Americ. Med. Ass.*, 1925, 85, 1696.

O' HARE, WALKER e VICKERS, *Journ. of the Americ. Med. Ass.*, 1924, 83, 27.

STIEGLITZ, *Arterial hypertension*. Humphrey Milford. Oxford Un. Press, London, 1933.

VAQUEZ, *Malattie del cuore*. 2<sup>a</sup> Ediz. U. T. E. T. Torino, 1929.

VOLHARD, *Aertzych Fortbildungskurs Bad Nauheim*, 1926.

WEITZ, *Aertzych Fortbildungskurs Bad Nauheim*, 1926.

WEITZ e SIEBENS, *Münch. Med. Woch.*, 1926, n. 52.

WISEMANN, *Journ. of the Americ. Med. Ass.*, 1922, 78, 409.

## Le pneumoconiosi in Assicurazione Vita con particolare riguardo alla loro diagnosi e prognosi

Dott. ALBERTO DI LILLO

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

Si designano con questo nome (dal greco πνεύμων = polmone e κόνις = polvere) particolari alterazioni bronco-polmonari, provocate da speciali sostanze che, sotto forma di piccolissime particelle o minutissimi granuli, di varia natura, si depositano in quantità abnormemente grande in seno al tessuto polmonare, con esito in sclerosi, vale a dire nella « pneumonite interstiziale descritta da Zenker (1886) e più di rado nella pneumonite o bronco-pneumonite ».

La malattia è essenzialmente legata a

condizioni professionali (mestieri polverosi); si riscontra, infatti, nei minatori, negli scalpellini, nei lavoratori del vetro, della porcellana, dei metalli, ecc. che siano rimasti esposti, per un periodo di tempo sufficientemente lungo, ad inalazione di aria satura di polveri.

Queste, in rapporto all'origine, si distinguono in polveri animali (lana, seta, crine, corna, peli, avorio, cuoio, piume, ecc.), vegetali (tabacco, farina, lino, juta, polveri di legno, carbone vegetale, prodotti della molitura e battitura del

grano, della cardatura del cotone, della battitura della canape, ecc.), minerali (polveri terrose: silice, quarzo, calce, gesso, vetro, cemento, ecc., metalliche: ferro, rame, zinco, ecc., saline).

Per una migliore comprensione della varia influenza morbosa che le polveri esplicano a carico dell'apparato respiratorio, oltre alla distinzione in rapporto all'origine, importa ricordare quella basata sul loro modo di agire: polveri cioè ad azione meccanica e polveri ad azione chimica.

L'azione meccanica è in apporto alla forma, al volume, al grado di durezza delle polveri; quelle a forma irregolare, acuminata, seghettate, pungenti, taglienti, specie se dure (come le scorie di Thomas, residui della fabbricazione dell'acciaio, che polverizzate vengono impiegate come concimi; le polveri di cemento, smeriglio, madreperla, ecc.) determinano, a causa della loro forte azione traumatizzante, lesioni a carico delle vie respiratorie che vanno da semplici fatti irritativi a vere e proprie lacerazioni della mucosa e, a volte, a gravi polmoniti acute.

Azione meccanica meno grave ma sempre più o meno dannosa all'app. respiratorio e tale da non giustificare l'appellativo di « indifferenti » ad esse dato da qualche A., esplicano altre polveri piccole, lisce, quasi impalpabili (farina, talco, gesso, amido, ecc.) che, se a lungo inalate ed in quantità notevole, possono determinare bronco-polmoniti, bronchiti croniche ecc.

Il Cesa Bianchi riferisce il caso (riportato dal Ranelletti nel suo Trattato: « Le Malattie da Lavoro ») di una guantaia che, deceduta per una nefrite intercorrente, presentava al tavolo anatomico noduli di bronco-polmonite infarciti di polvere di talco che aveva per lungo tempo inalato durante l'esercizio del suo mestiere.

Alterazioni polmonari croniche possono pure essere determinate dall'inalazione di polveri di gesso secondo Pesenti, di amido secondo Moscati, di farina secondo Ferrannini e Sorrentini. Da recenti ricerche, anzi, eseguite presso l'Istituto di Ig. Sper. della R. Università di Napoli, dal Mauro su le « agglutinine batteriotropine, potere antitossico in animali sottoposti ad inalazioni di farine » (Rassegna di Medicina Applicata al Lavoro Industriale - agosto 1935, n. 4), è risultato che i danni derivanti dalle inalazioni di polveri di farine non restano limitate alle lesioni anatomo-patologiche locali, circoscritte dell'apparato respiratorio, ma hanno una ripercussione generale, consistente in un abbassamento dei poteri organici di difesa (notevole diminuzione delle agglutinine, del potere fagocitario, abbassamento dell'indice opsonico, ecc.), per cui si è concluso che le ripetute inalazioni di farine, conformemente a quanto avviene per molte altre polveri industriali, predispongono anche alla infezione tubercolare. Sin dal 1911, Devoto e Cesa Bianchi hanno sostenuto che tutte le polveri professionali introdotte nei polmoni sono dannose, concetto confermato poi da Ferrannini, Koelsch, Oliver, Collis, Schuffelbotham.

Le polveri ad azione chimica, a loro volta, possono esplicare azione irritante locale (polveri di cromo) o tossica generale (polveri arsenifere, di pb, di manganese) a seconda che siano solubili od insolubili, che siano cioè o no trattenuate e disciolte dall'umidità e viscosità delle mucose con le quali vengono a contatto.

Dovremo inoltre tenere conto del fatto che anche polveri meccanicamente e chimicamente poco lesive possono divenire molto pericolose come agenti vettori di germi o spore (carbonchio polmonare

dei conciatori di pelli, dei cenciaiuoli, dei cardatori di lana, ecc.).

\* \* \*

Per mantenerci fedeli al titolo premesso alla presente nota, accenneremo appena alla patogenesi ed all'anatomia patologica delle pneumoconiosi.

Le polveri, una volta superati i mezzi fisiologici di difesa delle prime vie aeree che costituiscono valide barriere naturali (vibrisse, anfrattuosità delle fosse nasali che hanno il compito di rallentare la corrente d'aria inspirata, riscaldarla, inumidirla, filtrarla, determinando così la precipitazione delle polveri; secrezione mucosa con la sua azione meccanica e battericida; epitelio vibratile che con il suo continuo movimento dall'interno verso l'esterno favorisce l'espulsione delle polveri; reazione a stimoli abnormi delle terminazioni sottoepiteliali del I e V paio che provocano una violenta espirazione « starnuto » e con essa la espulsione delle polveri, ecc.); e tanto più facilmente se favorite da condizioni predisponenti locali (malformazioni ed affezioni delle cavità nasali: stenosi per vegetazioni adenoidi, deviazioni del setto, ipertrofia dei turbinati, rinite ipertrofica, polipi, ecc.) che, ostacolando la respirazione nasale, costringono a respirare per la bocca; o da condizioni predisponenti generali (polisarcia, uricemia, arteriosclerosi, alcoolismo cronico che, oltre a debilitare l'organismo, diminuisce od annulla l'azione difensiva — contro le polveri — dell'epitelio vibratile paralizzandone il movimento); le polveri, dicevo, giungono negli alveoli polmonari ed ivi determinano un processo reattivo da parte delle cellule di quell'endotelio che, nella lotta diretta ad inglobare le polveri, finiscono col morire e cadere in desquamazione. Attraverso gli spazi creatisi in conseguenza della disepitelizzazione alveolare, le polveri libere od incluse in elementi

cellulari (coniociti) invadono il connettivo interstiziale ove determinano analoghi fenomeni reattivi con intensa diapedesi di leucociti che fagocitano le particelle polverose convogliandole, attraverso la rete linfatica, in parte alla superficie polmonare ove determinano il caratteristico aspetto reticolare che segna i confini dei lobuli, evidente specialmente nell'antracosi, ed in parte alle ghiandole linfatiche regionali ove determinano processi di iperplasia connettivale con esito in fibrosi. In massima parte, però, a causa dell'infarcimento ed indurimento dello stroma ghiandolare e della parziale o totale obliterazione dei linfatici con conseguente ostacolo nel deflusso della circolazione linfatica del polmone, le particelle polverose permangono negli interstizi del tessuto polmonare ove provocano le caratteristiche lesioni (tracci fibrosi, ispessimenti, sclerosi, noduli fibrosi che negli stadi ulteriori aumentano di numero, di diametro e di densità e possono anche andare incontro alla fusione, bronco-polmoniti sclerotiche che danno resistenza e stridore al taglio in conseguenza dell'infarcimento di polveri nel tessuto polmonare sclerosato, enfisema nelle porzioni di polmone ancora aereate, bronchiectasie e persino caverne più o meno ampie. Non mancano, in genere, aderenze pleuriche più o meno diffuse e tenaci.

Altri AA., invece, ritengono che il definitivo deposito delle polveri nel polmone avvenga dopo che quest'è siano penetrate nell'organismo attraverso l'intestino e le vie sanguigne. Detta opinione è solo da pochi seguita.

\* \* \*

Più che dai fenomeni clinici che, in un periodo affatto iniziale della malattia, sono quelli di un catarro apicale — il più delle volte erroneamente diagnosticato per un'incipiente bronco-alveolite

tuberculare — e che nei casi un po' più avanzati non presentano nulla di caratteristico essendo, in genere, quelli stessi della bronchite cronica cui si associano, in modo più o meno manifesto e solo più o meno tardivamente, i segni dell'emfisema, della cirrosi, delle caverne, ecc., saremo indotti al sospetto ed orientati verso la giusta diagnosi dalla conoscenza della professione del soggetto (al vecchio e famoso precetto di Ippocrate il quale insegnava: « quando sarai presso l'infermo domanderai che cosa si sente, quale ne è la causa, da quanti giorni è ammalato, se ha il ventre libero, quali sono gli alimenti di cui fa uso », B. Ramazzini (1700), creatore della medicina del lavoro, aggiunge di chiedere quale mestiere esercita); elemento questo che ha grande peso nel differenziare le pneumoconiosi da altre affezioni quali tumori, actinomicosi, ecc., tenendo presente però che, perchè le polveri riescano a provocare alterazioni a carico dell'app. respiratorio, è necessario, come sopra si è detto, che « siano inalate a lungo, per varie ore del giorno e per vari anni di seguito. Cosicché si dovrà essere molto cauti nell'addebitare a cause di lavoro affezioni dell'app. respiratorio in operai i quali solo da poco tempo abbiano lavorato in ambienti polverosi ». (Ranelletti).

A malattia conclamata la sintomatologia, dal lato subiettivo, si compendia nella tosse, nell'espettorato, nella dispnea e nei dolori toracici; sintomi tutti la cui intensità, sia detto subito, può non essere proporzionata all'entità delle lesioni anatomiche.

La tosse, a volte permanentemente presente a volte transitoria, non è in genere eccessivamente molesta; in altri casi può anche essere assente.

L'escreato, più o meno abbondante a seconda della durata e dell'entità della malattia, si presenta variamente colo-

rato in rapporto alla qualità delle polveri inalate: nero-grigio o nero-verdognolo, a causa del pulviscolo di carbone, nell'antracosi; di colore giallastro, rossastro nelle siderosi, oppure grigio-nerastro come nell'antracosi; rosso più o meno acceso in caso di polvere proveniente dalla macinazione della corteccia di quercia, olmo, sommacco, ecc. (negli operai addetti alla preparazione del tannino); senza particolari caratteri o appena tendente al grigiastro nella calicosi, ove si eccettui il caso del verde-oltremare in cui l'escreato è di colore verdastro o verde-bluastrò: giallo-grigiastro o grigio-azzurrognolo, senza caratteri ottici che possano far riconoscere con sicurezza la polvere di zolfo, nella theapneumoconiosi; viscoso, denso e mucoide, da rassomigliare ad albumina di uovo semi-coagulata, nell'asbestosi. Non di rado, infine, specie quando le polveri inalate abbiano forte azione traumatizzante (scorie del Thomas, polveri di smeriglio) l'escreato si presenta striato di sangue o nettamente emorragico. Altre forme più rare di espettorato come quello osservato da Eulemberg, in Boemia, in operai addetti alla calcinazione della farina fossile per la preparazione dell'acido silicico e consistenti in durissime concrezioni simili a piselli avvolte da muco-pus non sono state mai osservate in Italia, neanche in analoghe lavorazioni come quella svolta sul nostro Monte Amiata.

In seguito ad allontanamento dell'operaio dall'ambiente di lavoro l'espettorato colorato può cessare, per ricomparsa in caso di riacutizzazione dell'affezione polmonare oppure dietro somministrazione di preparati di jodio.

La dispnea appena accennata o del tutto mancante nelle fasi iniziali del male o durante lo stato di riposo, si accentua durante il lavoro, nella fatica e dopo sforzi anche lievi. Essa si rende particolarmente manifesta in alcune forme di

pneumoconosi, e precisamente in quelle che presentano note di enfisema specie se diffuso.

Si possono anche avere occasionalmente rialzi termici; di solito essi non presentano nulla di caratteristico.

Lo stesso dicasi dei dolori toracici, non raramente denunziati dai malati, di solito non intensi, qualche volta insistenti, ribelli alle cure, a varia sede, indipendenti dall'entità della lesione, di genesi complessa.

Detta fenomenologia che nella quasi totalità dei casi procede lentamente si da consentire all'operaio, in un primo tempo, di continuare il lavoro, ad un certo momento, per la grave compromissione dello stato generale a causa della tosse sempre più intensa e penosa, seguita da espettorato striato di sangue o nettamente emorragico, della dispnea divenuta pressochè continua, della febbre che pur non raggiungendo gradi elevati diviene persistente, della sudorazione più o meno intensa, costringe l'operaio ad allontanarsi dall'ambiente di lavoro.

Le condizioni di nutrizione e sanguificazione procedono in genere di pari passo con l'andamento della malattia; non è raro però il caso di imbattersi in soggetti in cui lo stato generale è discreto, se non del tutto soddisfacente, in netto contrasto con l'esame fisico e radiologico che mettono in evidenza lesioni polmonari in fase alquanto avanzata.

Nel periodo ultimo della malattia, le condizioni generali vanno rapidamente declinando (nelle forme protratte si giunge fino alla cachessia), i sintomi dell'enfisema e delle bronchiettasie divengono sempre più imponenti con tosse ed escreato abbondante, con dispnea intensa e minacciosa sino a giungersi alla insufficienza cardio-respiratoria con la

dilatazione e lo scompenso cardiaco che porta a morte l'ammalato.

Gli elementi del giudizio diagnostico, che sarà dedotto con ponderata critica, saranno costituiti da un'indagine anamnestica diligentemente ed intelligentemente raccolta, da un completo ed accurato esame clinico, da una esatta valutazione critica della sintomatologia rilevata, non disgiunti da eventuali, ripetuti esami macroscopici e microscopici dell'espettorato che possono assumere valore patognomonico (nell'antracosi il pulviscolo di carbone appare al microscopio, di solito, sotto forma di granuli liberi oppure inclusi nelle cellule mononucleari; nelle siderosi è soltanto con la ricerca chimica che viene messa in evidenza la presenza di ferro; nella theapneumoconiosi l'espettorato è ricco di una sostanza polverulenta di aspetto e colorito variabile nella quale, secondo Giuffrè, Barba ed altri, si sarebbero riconosciuti cristalli di zolfo, gesso, calcite spesso con margini acuti e taglienti).

La diagnosi, in tutti i casi, non si potrà ritenere esauriente se non confermata o completata da un esame radiologico (radiogramma incluso) tecnicamente irreprensibile e correttamente interpretato che figura fra i migliori mezzi che siano in grado di darci un preciso ragguaglio sulla natura, entità ed estensione del processo.

L'esame radiologico dimostra all'inizio (1° stadio) il quadro della bronchite cronica e della stasi polmonare in cui domina un ingrandimento delle ombre ilari con accentuazione delle strie vascolari a causa di un processo flogistico reattivo del tessuto perivascolare, con esito in tessuto fibroso; successivamente (2° stadio) i campi polmonari (gli apici sono meno colpiti) appaiono disseminati di numerosi piccoli noduli che vanno aumentando di volume a misura che la malattia progredisce, dovuti a formazio-

ne di tessuto a carattere infiammatorio intorno ai depositi di granuli di polvere.

Il quadro radiologico, in questo secondo stadio, ricorda molto da vicino quello della tbc. miliare, a volte sino alla loro perfetta sovrapponibilità, talchè una netta distinzione fra i due processi talvolta è tutt'altro che facile. Si tenga, tuttavia, presente per la diagnosi differenziale che i noduli nella pneumoconiosi sono alquanto più grandi, meno numerosi, più opachi (ove si eccettui l'antracosi), a limiti meno netti, e sono meno uguali e meno uniformemente e diffusamente disseminati essendo più addensati alle regioni ilari e nei lobi superiori, quasi mancanti nelle regioni apicali; sono inoltre accompagnati da una più marcata visibilità della trama che parte dall'ilo del polmone. Questo secondo stadio è designato, nella immaginosa terminologia degli AA. tedeschi, come « polmone a fiocchi di neve ».

Altre cause di errore nell'interpretazione dell'esame radiologico preso a sè possono essere: la forma miliare del tumore (cancro, sarcoide di Böck) la linfogranulomatosi, alcune forme di stasi polmonare, gli ascessi miliari della settico-pioemia, le bronchioliti obliteranti. Senza intrattenerci su queste varie entità morbose diremo che, a differenziare i relativi quadri radiologici che facilmente vanno confusi, varranno i sintomi clinici delle rispettive malattie, che costituiscono sempre i migliori segni di orientamento e che ci consentono, in unione a tutti gli altri dati, di decidere in molti casi dubbi.

Finalmente, nel 3° stadio, alle ombre nodulari sopra descritte si aggiungono immagini radio-opache più grandi, diffuse, a tipo tumorale in rapporto agli addensamenti, processi di sclerosi, atelectasie, ecc.

In definitiva è l'analisi dei singoli fe-

nomeni clinici con la visione del quadro radiologico che detterà la diagnosi.

Quanto alla diagnostica differenziale clinica, per le moltissime malattie che dovremmo prendere in discussione, in quanto si fanno cause di errore per il reperto polmonare equivoco: tbc. polmonare, micosi, bronchiectasie, stati asmatici ed enfisematici, echinococco, lues del polmone, tumori; e qui ci arrestiamo per non elencare tutte o quasi le malattie del polmone ad andamento cronico, senza contare le evenienze più rare, rimandiamo il lettore ai rispettivi capitoli dei trattati di Clinica, onde possa convincersi come e quando l'errore diagnostico sia possibile o facile.

Concluderemo col dire che mentre la possibilità di un pneumoconiosi è di rigore evocarla ogni qualvolta ci si trovi di fronte ad un soggetto che sia rimasto esposto per lungo tempo alla inalazione di polveri, è parimenti di rigore dubitare di essa ogni qualvolta un elemento del quadro clinico (anamnestico, obiettivo, funzionale, radiologico) sollevi dei dubbi o delle difficoltà di interpretazione, ed in particolare in assenza di espettorato caratteristico, in caso di decorso fortemente piretico, con sindrome radiologica atipica, ecc.

Il più nella diagnosi differenziale, qui come altrove, è il mantenere una prudente diffidenza, dinanzi ad ogni incongruenza clinica; tenere presenti alla mente tutte le possibilità diagnostiche e vagliarle con sana critica è già un gran passo verso la verità poichè di solito non mancano mezzi e criteri atti a scartare le ipotesi erranee ed a documentare quella esatta.

\* \* \*

La prognosi in caso di pneumoconiosi pura ed in periodo non avanzato di malattia è relativamente favorevole. Se l'ammalato abbandona l'ambiente di la-

voro può anche guarire. Clinicamente si tratta di processi a decorso piuttosto lento e benigno che possono durare anni e decenni (non è raro diagnosticare la malattia in persone anziane), che consentono condizioni generali discrete o buone e, per la mitezza dei disturbi, una capacità lavorativa pressochè normale. La morte interviene in genere o per insufficienza cardiaca o per eventuali complicazioni fra cui speciale menzione meritano la bronchite putrida e la bronco-polmonite, l'ascesso e la cangrena polmonare, evenienze queste due ultime spesso in rapporto con la rottura di una raccolta pneumoconiotica in un bronco (Ceconi); o per eventuali associazioni morbose fra cui la più frequente è la tbc. polmonare.

E' così che, in un certo numero di casi, l'evoluzione fino ad un certo momento lenta da sembrare, almeno funzionalmente, stazionaria, assume decorso più o meno rapido con che si passa ad un quadro di significato nosologico molto diverso.

Ciò avviene o col progredire dell'età dei soggetti o per particolari condizioni generali (denutrizione, ecc.) ossia per circostanze che deprimendo le resistenze dell'organismo peggiorano lo stato generale, ovvero — come da recenti ricerche cliniche, epidemiologiche e sperimentali eseguite da Mauro e Mazzeo — a causa di una lesione dei gruppi cellulari preposti alla elaborazione degli anticorpi con conseguente abbassamento dei poteri difensivi organici (diminuzione del tasso della agglutinine, del potere fagocitario, abbassamento dell'indice opsonico, ecc.); lesione derivante dalle ripetute inalazioni di polveri in genere i cui danni non si limiterebbero a quelli dell'app. respiratorio ma avrebbero una ripercussione generale donde una maggiore predisposizione alle infezioni e prima fra tutte alla tbc.

Entriamo così nel delicato argomento dell'associazione della tbc. polmonare con le pneumoconiosi, argomento che, in questi ultimi anni, ha suscitato vivissimo interesse, gran fervore di studi e vivaci discussioni che, secondo alcuni AA., hanno però condotto a conclusioni erronee.

Senza la pretesa di affrontare qui il complesso problema dell'associazione di queste due entità morbose, problema difficile, dibattuto e ben lontano dal trovare unanime consenso fra gli studiosi su ciò che riguarda la interpretazione di alcuni criteri patogenetici e clinici ad esso inerenti, dovremo tuttavia occuparci, sia pure brevemente, dell'argomento, data la decisa importanza che la conoscenza di queste forme associate assume in assicurazione vita per un esatto giudizio valutativo del rischio.

E' oggi ammesso dalla maggior parte degli AA. che con grande frequenza le due malattie, almeno nelle fasi avanzate di pneumoconiosi, si trovano associate; discordi sono i pareri circa la precedenza dell'una o dell'altra affezione, circa il ruolo che ognuna di esse potrebbe avere come causa favorente l'insorgenza dell'altra ed in ultimo circa l'influenza che l'una esercita sull'evoluzione dell'altra.

Mentre la possibilità che la tbc. possa favorire l'insorgenza della pneumoconiosi è oggi solo da pochi sostenuta e con essa la precedenza dell'affezione tubercolare, le opinioni sono quasi universalmente concordi nel riconoscere che le pneumoconiosi, prime ad insorgere, creino un terreno più facile all'attecchimento dei germi della tbc. penetrati con le polveri o successivamente.

A documentare questa maggiore predisposizione alla tbc. polmonare determinata dalle pneumoconiosi in genere, riporterò i dati di alcune statistiche straniere ed italiane ed i risultati di ricerche

sperimentali tratti, in parte, da « Le Malattie da Lavoro » del Ranalletti.

Sommerfeld, in Germania, rilevando la mortalità per tbc., in 38 categorie di operai di Berlino, osservò che questa mentre nei mestieri in cui non si sviluppano polveri era del 2,39 ‰, nei mestieri con sviluppo di polveri era del 5,42 ‰.

Una statistica inglese di Tathan dimostrava anch'essa che gli operai addetti ad industrie polverose hanno una morbimortalità per tbc. polmonare maggiore che negli altri operai e negli addetti all'agricoltura.

Da ricerche del Dublin, compiute tra gli assicurati della « Metropolitan Life Ins. Cy » appartenenti al gruppo industriale, si è rilevato che tra questi l'indice di frequenza della tbc. è di 83 per 100.000, mentre tra gli assicurati del gruppo con polizza di dollari 5000 e più, l'indice di frequenza della tbc. è risultato di 17 per 100.000, e quello medio tra tutta la popolazione assicurata è risultato di 48 per 100.000.

Il Dublin ha constatato che l'alto indice tra i lavoratori industriali è quasi per intero dovuto all'inalazione di polveri di silice e di quarzo.

Il Feil, che ha compiuto ricerche statistiche sui minatori di ardesia della Mayenne e dell'Anyou, ha rilevato che la mortalità per tbc. è alquanto elevata (« La schistosi malattia dei lavoratori dell'ardesia » Feil A. « La Presse Médicale » N. 19, pag. 363, 1935).

Dalle nostre statistiche sulla mortalità per tbc. polmonare in rapporto alle professioni, pubblicate dal Ministro di A. I. C., risulta che mentre nei mestieri che si svolgono all'aria aperta (agricoltori, pastori, ecc.) essa mortalità in rapporto a quella generale varia in media dal 5 al 7 ‰, nei mestieri che vengono svolti in aria confinata e con sviluppo di polveri irritanti e tossiche (minatori, ca-

vatori, marmisti, ecc.) sale ad una media che oscilla tra il 15 e il 16 ‰.

Secondo Bianchi (« Gazzetta degli Ospedali e Cliniche », 1928 ed Atti del Congresso di Medicina Legale Generale e delle Assicurazioni - Giugno 1933) e Turano (« Rivista di Radiologia e Fisica Medica », 1931) che hanno preso in esame un numero notevole di operai addetti alla lavorazione del marmo di Massa e di Carrara, questi soggetti « dimostrano spesso quadri atipici di tbc. e le atipicità sono dovute con tutta certezza ad una associazione di tbc. e pneumoconiosi » (Bianchi). Secondo quest'ultimo A., su 1036 marmisti 439 risultavano affetti da tbc. polmonare con una percentuale del 42,3.

In una relazione presentata da Rota e Finzi al 1° Congresso Internazionale di Medicina del Lavoro, tenutasi a Milano nel 1906, fu rilevato che il contributo alla tbc. polmonare dato dagli operai addetti a lavori polverosi era notevole: 9 operai su 20.

Emerge chiaro dall'esame di questi dati che gli operai addetti a mestieri polverosi vanno soggetti alla tbc. polmonare con maggiore frequenza (si calcola da taluno che questa possa raggiungere il doppio ed anche il triplo) di quelli addetti ad industrie non polverose.

Nè mancano ricerche sperimentali (Devoto, Cesa Bianchi) tendenti a dimostrare la predisposizione alla tbc. creata dalla inalazione di polveri.

Ci limiteremo a ricordare brevemente quelle eseguite dal Cesa Bianchi — nella Clinica del Lavoro di Milano — il quale esponendo delle cavie ad inalazione di polveri, rilevò, dopo due mesi di esperimento, che queste presentavano a carico della mucosa bronchiale processi di incipiente bronchite e sopravvivevano; che altre iniettate con virus tubercolare morivano di tbc. generalizzata, qualunque fosse la via di inoculazione del virus

(sottocutanea, endovenosa, endotracheale); ed altre, infine, inoculate con virus tubercolare ed esposte contemporaneamente ad inalazioni di polveri, morivano tutte per tbc. localizzata al polmone, qualunque fosse la via di inoculazione del virus.

Non tutti gli AA. però sono concordi nell'ammettere che le polveri predispongano e nella stessa misura all'infezione tubercolare. Riferirò a tal proposito i risultati delle ricerche ottenuti, volta a volta, dai vari AA. che all'argomento si sono interessati.

I Proff. Quarelli e Boidi-Trotti in una comunicazione fatta al VI Congresso Internazionale degli Infortuni e delle Malattie Professionali di Ginevra: « Contributo allo studio delle pneumoconiosi da mole da smeriglio nei pulitori di oggetti metallici » (Rassegna di Medicina Applicata al Lavoro Industriale, gennaio-febbraio 1932, N. 1) riferirono i risultati « abbastanza scarsi » ottenuti da alcune loro indagini condotte in un centro industriale di Forno Canavese, ove la lavorazione produce polveri (silice, ferro, smeriglio) riconosciute eminentemente dannose per l'app. respiratorio, ed intese a chiarire alcuni punti controversi del problema della silicosi e di quello ad esso legato della silico-tbc. e tbc.-silicosi.

In nessuno dei 130 operai da loro visitati, « la tbc. polmonare attiva, evolutiva, fu messa in sicuro rilievo nè dal minuto esame clinico nè dall'indagine radiografica ».

L'Arrigoni - che si è interessato delle pneumoconiosi dei lavoratori del bario (La Medicina del Lavoro - dicembre 1933 - N. 12, pag. 464) ha posto in rilievo, in seguito a ricerche diligentemente eseguite, il mancato riscontro (clinico-radiologico) nei soggetti da lui studiati, di processi tubercolari del polmone. E a conferma delle sue osservazioni ha ag-

giunto la costante negatività dell'esame dell'espettorato per il bacillo di Koch.

Il Feci (La Radiologia Medica, fasc. V 1933), che si è interessato a questo stesso argomento sarebbe, anzi, propenso ad ammettere l'eventualità di un'azione contrastante della polvere di barite all'insediarsi della tbc. polmonare, il che troverebbe un certo riscontro con quanto era stato già notato da altri AA. a proposito dell'antracosi polmonare che, a differenza di altre coniosi, sembrava che esercitasse azione antagonista alla tbc. (osservazioni cliniche successive, però, come quelle riportate dal Pieraccini, hanno dimostrato che anche nei minatori con diffusa antracosi polmonare si possono riscontrare caverne ricche di bacilli tubercolari).

Sembra, anche secondo vecchie osservazioni, che le polveri di calce e di gesso proteggono in certo modo dalla tbc.; e quelle di argilla conferiscano alla medesima un andamento insolitamente lento. (Ceconi).

L'Audo-Gianotti in un suo lavoro « Ricerche sulla patologia polmonare nell'inalazione professionale di polvere di cemento » (Rassegna di Medicina Applicata al Lavoro Industriale - gennaio-febbraio 1932, N. 1) conclude che « la sclerosi da cemento costituisce un terreno poco favorevole all'impianto di infezioni secondarie specie per la tbc. ».

Qualche altro A., infine, come il Pesenti — ricordato dallo stesso Audo-Gianotti — basandosi su proprie ricerche non solo non crede che l'inalazione di polvere di cemento faciliti l'attecchimento dei germi tubercolari ma asserisce di aver osservato che operai presentanti focolai tubercolari iniziali, impiegatisi nella lavorazione del cemento, andavano incontro dopo poco tempo ad un miglioramento delle loro condizioni locali e generali.

Lo stesso dicasi delle polveri marmoree alle quali è stata attribuita da qualche A. (Mazzitelli) azione opposta a quella tisiogena.

Se ora attraverso le opinioni espresse dai vari AA. su questo argomento cerchiamo di avere una visione d'insieme sul complesso problema concernente i rapporti tra pneumoconiosi e tbc., giungiamo alla conclusione che, allo stato attuale delle ricerche, esso non è ancora completamente risolto. Per definire i diversi quesiti d'ordine dottrinario e pratico ad esso inerenti, l'argomento richiederebbe, come è facile intendere, uno studio molto più profondo e più completo.

Crediamo, tuttavia, di poter concludere — dopo aver poste delle riserve per alcune polveri — che le pneumoconiosi in genere esplicano un'azione favorevole all'insorgere della tbc. polmonare. « La tbc. polmonare è spesso la complicazione finale delle affezioni pneumoconiotiche » (H. Hennes). E, conseguentemente, per quanto riguarda il problema dal punto di vista sociale diremo che il pneumoconiotico-tubercolotico, poichè vive fra individui predisposti alla tbc., in quanto si trovano nelle sue stesse condizioni, è più pericoloso dei comuni tubercolotici. Lottare quindi contro le polveri industriali è lottare contro la tbc.

Quanto all'influenza che le pneumoconiosi esercitano sull'evoluzione della tbc. dovremo ammettere che « una risposta unitaria non può darsi e che nel singolo caso il risultato finale è in funzione di svariati fattori che influenzano il processo tubercolare e di cui quello pneumoconiotico non è che uno. Se una influenza di esso deve riconoscersi essa sembra essere quella di impartire ai processi tubercolari l'impronta produttiva, fibrosa, sclerotica e quindi, in un certo senso, entro certi limiti e con mol-

te riserve, un decorso lento e relativamente benigno » (Morelli-Spinedi).

Da quanto è stato esposto sembrerebbe che l'orientamento verso la fibrosi, la sclerosi delle manifestazioni tubercolari in questi soggetti importasse un giudizio prognostico relativamente favorevole; senonchè, specie se si tien conto anche delle gravi complicazioni cardiache alle quali danno luogo, esse importano un giudizio sempre molto riservato.

« La prognosi di queste forme associate deve tener conto da un lato della grande lentezza di evoluzione che in generale procede con riprese dapprima miti e separate da lunghi intervalli, ma poi più ravvicinate e più intense sino ad un decorso quasi continuo che può protrarsi per lunghi anni lento e monotono; dall'altro deve prendere in considerazione lo stato generale che, malgrado l'apparente benignità dell'affezione polmonare, è assai spesso depresso, con dispnea e cianosi frequentissime, e prima o poi con segni evidenti di insufficienza cardiaca. E' particolarmente il ventricolo destro che risente, in maniera più o meno cospicua, l'effetto dell'ostacolo circolatorio del polmone e l'aumento di pressione nell'arteria polmonare, onde un processo di ipertrofia e di dilatazione. A quest'ultima succede in genere l'insufficienza relativa della tricuspide, talchè la malattia sposta il suo centro dal polmone al cuore (Galdi) e la morte in generale avviene per episodi di asistolia ». (Bianchi).

Non possiamo porre termine alla trattazione della presente nota senza fare un breve cenno ad un'altra entità morbosa che può complicare il decorso delle pneumoconiosi: intendiamo alludere ai tumori del polmone su cui, in questi ultimi anni, è stata richiamata l'attenzione da vari studiosi di più parti del mondo.

E' opinione di molti che il pulviscolo

inalato per le sue proprietà fisiche e chimiche giochi la sua parte nell'etiologia dei tumori dei bronchi e dei polmoni, potendo in qualche modo provocare o quando mai favorire la proliferazione di cellule neoplastiche.

Con relativa frequenza fu notata l'insorgenza del cancro del polmone fra i lavoratori della miniera di Schneeber da cui venivano estratti cobalto e arsenico; e, fatto degno di particolare rilievo, i casi di tumori andarono diminuendo a misura che la miniera si esauriva fino a scomparire o quasi dopo che questa fu abbandonata. Non è quindi improbabile che il cobalto e l'As. e forse altre sostanze favoriscano la proliferazione di cellule carcinomatose.

Pur non potendo disconoscere che in questi ultimi decenni, a causa secondo alcuni dello sviluppo ognora crescente che il traffico stradale e il lavoro delle miniere sono andati assumendo, i tumori a localizzazione polmonare siano stati rilevati con relativa frequenza (Ceconi), crediamo di poter concludere (v. « Sili-cosi e carcinoma primario dei bronchi, Fine M. James e Jaso James V. *Journ. A. M. A.* Vol. II, pag. 40, 1935), che nelle pneumoconiosi in genere i tumori costituiscono evenienze molto rare.

\* \* \*

Da quanto abbiamo esposto risultano chiare le conclusioni che si possono trarre dal punto di vista assicurativo.

Circa la diagnosi diremo che se essa non presenta in genere notevoli difficoltà in determinati ambienti di studio ove il p. è ben disposto a collaborare con il medico, sottoponendosi volentieri alle ricerche radiologiche e ad eventuali, ripetuti esami dell'espettorato, ben più difficile essa diviene per il medico assicuratore il quale è chiamato a formularla ed a pronunziarsi sull'entità del rischio servendosi del solo esame clinico che è

— se vogliamo restare nel campo della realtà — l'unico mezzo sempre a portata di mano nella sua attività quotidiana. Se egli saprà, tuttavia, serenamente ed abilmente vagliare ogni elemento dell'anamnesi (non insisteremo mai abbastanza sull'importanza di conoscere la professione dell'assicurando, elemento questo, come abbiamo già detto, di notevole importanza ma di cui poco conto si tiene in generale nella pratica privata della medicina, quasi si facesse scrupolo il medico di indagare in ciò che fa parte della vita privata dell'ammalato; e poichè diversi sono i rischi professionali non basta conoscere che l'Ass. sia un operaio il che nulla specifica; occorre accertare il genere di lavoro al quale è assoggettato, indagare sull'ambiente di lavoro, sulla qualità del lavoro compiuto e se, a causa di esso, rimanga esposto alla inalazione di polveri irritanti, tossiche, in definitiva capaci di recar danno all'organismo); ed ogni altro dato obiettivo, accuratamente rilevato sulla guida di quanto abbiamo a proposito della diagnosi esposto, egli potrà, il più delle volte, anche senza ricerche sussidiarie, da buon medico pratico, se non formulare diagnosi geniali, ricche di sfumature, avvicinarsi alla verità diagnostica o quanto meno fondatamente sospettare l'esistenza di una pneumoconiosi.

In tal caso, per un esatto giudizio sull'assunzione della pneumoconiosi come rischio tarato (poichè riteniamo che praticamente nessun caso di pneumoconiosi possa essere considerato un rischio normale) l'Ente può richiedere che l'Ass. venga sottoposto da parte di un radiologo o presso uno dei suoi Centri Sanitari, ad esame radiografico del torace ed eventualmente dell'espettorato.

Nel valutare le pneumoconiosi in Assicurazione Vita, conviene tenere presenti alcuni criteri utili per un giusto

orientamento pronostico. Tali sono il gentilizio dell'Ass. (eventuali tare specie per affezioni tubercolari), l'età e l'epoca in cui si iniziò al mestiere (si può sperare in una durata favorevole della vita nel caso in cui, ad esempio, un individuo assoggettato ad inalazione di polveri per molti anni, non presenti segni di pneumoconiosi clinicamente apprezzabili), la continuità o meno con cui ha atteso al lavoro (è stato segnalato che l'intermittenza del lavoro ritarda le manifestazioni della pneumoconiosi), il sesso (la malattia in genere si presenta in forma più grave nelle donne), l'entità delle lesioni polmonari (sintomi più o meno manifesti di bronchite cronica, enfisema, bronchiectasie, caverne, ecc.), la epoca di insorgenza dei primi disturbi, l'andamento clinico della malattia, lo stato degli altri organi, massime del cuore (l'enfisema e l'indurimento interstiziale del polmone influiscono sfavorevolmente sulla funzionalità del cuore specie del ventr. destro che si ipertrofizza e più o meno presto si rende insufficiente), la presenza o l'assenza di complicazioni e di associazioni morbose, in ultimo — come sempre — le condizioni generali dell'assicurando.

Si comprende facilmente come, in dipendenza dei fattori sopra elencati, la valutazione di sopramortalità debba variare molto da caso a caso.

In linea di massima — tenendo presente che se si prende la media di molti casi soltanto una metà di essi offre la probabilità di vivere la vita media teorica prefissata — si può ritenere che per un individuo — rimasto esposto per un periodo relativamente lungo di tempo (10-15 anni) ad inalazione di polveri, di età non inferiore ai 35 a., — che presenti lievi note di bronchite, senza apprezzabili segni di enfisema e di ipertrofia cardiaca, in buone condizioni ge-

nerali, il rischio varia dal 25 al 50 % ; se analoghe condizioni si verificano in soggetto relativamente giovane (20-35 a.) che sia rimasto esposto ad inalazione di polveri per un minore periodo di tempo, dal 50 al 75 % ; se si hanno note di bronchite cronica con segni di enfisema dal 100 al 150 % ; se, infine, alle condizioni ora dette si aggiungono complicazioni cardiache il rischio va senz'altro rifiutato.

Aggiungiamo in ultimo che, siccome il persistere nell'occupazione che ha determinato la malattia è elemento sfavorevole, il rischio, a meno che l'Ass. non cambi occupazione è da considerare in tutti i casi crescente.

Circa le forme associate (pneumoconiosi-tbc.), nonostante l'ottimismo di qualche A. sul loro decorso relativamente lento e benigno, noi riteniamo — tenendo presenti le conclusioni cui pervennero studiosi di tutto il mondo in occasione de « La Conferenza di Johannesburg sulle silicosi » (13-27 agosto 1930) ed estendendole ai casi di pneumoconiosi in genere associate a tbc., che esse, in qualunque stadio si presentino, siano sempre da rifiutare. « Un'infezione polmonare, sia per mezzo del bacillo tubercolare sia per mezzo di altri organismi patogeni, che si sia presentata prima, durante o dopo la manifestazione della silicosi, modifica la malattia ed esercita un'influenza sfavorevole, particolarmente l'infezione tubercolare. Il pronostico in caso di silicosi con tbc. è sempre grave e peggiore diviene quando l'infezione tubercolare ha luogo al principio della silicosi ed in soggetti giovani piuttosto che in anziani ».

Saranno pure sempre da rifiutare, dato l'esito costantemente letale e a non lunga scadenza, i casi di pneumoconiosi associati al cancro od al sarcoma del polmone.

# Indagini sulla mortalità ed assicurabilità dei glicosurici

Dr. H. J. COERT

La monografia, di cui riferiamo il riassunto, formò oggetto di una comunicazione all'Ufficio per la statistica dei rischi tarati, e fu pubblicato in « De Levensverzekering » organo dell'Unione Olandese per l'Ass. Vita, A. XIV, n. 4, ottobre 1937. Essa contiene delle ricerche statistiche sulla mortalità dei glicosurici come rischi tarati, la debilitazione di questi soggetti data dalla presenza di zucchero nell'urina trovato durante la visita od in precedenti occasioni.

Il materiale è stato dall'autore diviso in due gruppi, A e B. Il gruppo A comprende i casi meno gravi, accettati dalle varie compagnie olandesi; il gruppo B comprende, oltre a vari casi leggeri, parecchi altri di maggiore gravità, non solo per la glicosuria come tale, ma anche, perchè complicate, quali l'ipertensione, disturbi cardiovascolari, l'albuminuria o l'abuso di alcool, sono più frequenti e di maggiore importanza che non nel gruppo A.

Le persone del gruppo B furono tutte riassicurate dalla compagnia di riassicurazione dei rischi tarati « De Hoop », poichè il rischio fu valutato troppo forte dalle compagnie per poter essere direttamente da loro assunto.

Il gruppo A comprendeva 16 casi di glicosuria renale; il gruppo B ne comprendeva solo 2. Il gruppo A comprendeva anche un caso trattato con insulina; il gruppo B 9.

L'ingresso in assicurazione ebbe luogo in uno degli anni compreso fra il 1900 ed il 1932; l'osservazione termina al più tardi nell'anniversario della polizza, nel 1933.

Noi applicammo la più recente tavola di mortalità per i Paesi Bassi, « uomini », 1921-1930.

In una tavola viene dato uno sguardo della mortalità in entrambi i gruppi; in un'altra dimostrano la mortalità dei pesi medi e dei sovrappesi (10 % o più al disopra della media). Inoltre la mortalità è calcolata per entrambi i gruppi, se le persone, sofferenti di disturbi cardiovascolari e renali e di abuso di alcoolici, sono eliminati.

La mortalità dei glicosurici di peso medio, ordinati in tal modo si presenta nel 94 % per il gruppo A e nel 142 % per il gruppo B.

Poichè la mortalità dei rischi normali accettati dalla « Eerste Nederlandsche » in Aja, calcolati durante lo stesso periodo, è di circa l'80 % della tavola di mortalità applicata, così la mortalità dei nostri glicosurici senza complicate, di peso medio, comparata con quella dei rischi normali è

$$\frac{94}{0,8} = \pm 120 \text{ del gruppo A}$$

$$\frac{142}{0,8} = \pm 180 \text{ del gruppo B.}$$

Sono espote, in un prospetto d'insieme, le cause di morte.

Nel gruppo A più del 50 % di tutti i casi è dovuto a disturbi cardio-vascolari e renali, apoplezia e morte improvvisa; nel gruppo B questo rapporto è superiore al 60 %.

Un capitolo tratta l'assicurabilità dei glicosurici e contiene alcuni dettagli circa l'esame dell'urina e del sangue.

Le norme descritte nella parte dedi-

cata alla valutazione dei rischi da parte del medico revisore sono :

I) *Glicosuria* solo nell'anamnesi.

I casi favorevoli sono accettati come normali. In caso di dubbio ripetere l'esame delle urine, specie dopo un pasto ricco di carboidrati oppure dopo l'ingestione di 50 gr. di zucchero.

Se l'urina, a peso specifico normale, dopo la prova di carico con zucchero, contiene meno del 5‰ di glucosio e il rapporto medico è favorevole sotto tutti gli altri punti di vista, allora si accetta il caso come normale, preferibilmente con durata limitata. In caso di più elevata percentuale di zucchero si richiede la curva glicemica. Se l'assicurando è a speciale regime, il caso deve essere considerato come sospetto, allora si rende di massima indispensabile la curva glicemica.

II) *Glicosuria* durante l'esame.

Se l'assicurando è a regime speciale è richiesta la curva glicemica. Se invece è a dieta normale e l'urina contiene tracce di zucchero, si ripete l'esame dell'urina, secondo come detto sopra.

Deve essere rivolta speciale attenzione al tipo di glicosuria (intermittente, alimentare, ecc.).

Se dopo le prove di carico la percentuale di zucchero non raggiunge il 0,5 % e il rischio per il rimanente è normale, allora si accetta come normale, preferibilmente non a vita intera.

In caso di una maggiore percentuale di glicosuria, deve essere eseguita la curva glicemica.

Riassumendo, dei glicosurici si formano due gruppi :

a) i non diabetici accettabili come normali;

b) i diabetici o sospetti diabetici.

I casi favorevoli la cui curva glicemica non esclude il diabete, possono essere accettati con una mortalità dal 120-150 a 200 % preferibilmente con scadenza del contratto all'età di 65 anni.

Per quanto riguarda la selezione ogni singolo caso dovrebbe essere considerato per sè stesso. Saranno accettati gli assicurandi che non dimostrino nessun aggravamento del male, che si sentono perfettamente bene, che siano ben nutriti, senza soprappeso di qualche importanza e che seguono una dieta non rigorosa, eliminando con l'urina non più del 10-20‰ di zucchero. Un aumento della glicemia superiore a 2,40 % è un cattivo segno.

L'ambiente nel quale l'assicurando vive deve essere favorevole (professione senza molte emozioni, carattere forte, osservante la dieta, nessun abuso di alcool, ecc.).

Sintomi sfavorevoli sono: ipertensione, disturbi cardiovascolari e renali, obesità, cattiva eredità (genitori con breve vita, morti per apoplezia o morte improvvisa prima di 50-60 anni, gravi casi di diabete nei famigliari, ecc.).

In presenza di tali complicanze la valutazione della mortalità dovrebbe essere molto superiore a 200.

Per quanto riguarda gli assicurandi sotto trattamento con insulina, essi debbono, finchè non si ottengono ulteriori risultati, essere considerati con ancora maggiore riserva.

L'ultimo capitolo contiene una ricca casistica.

(Traduz. del Dott. LAMBERTI-BOCCONI).

Alcuni dati di statistica medica

GRUPPI DELLE CAUSE DI MORTE	ASSICURATI CON VISITA MEDICA (ordinarie e collettive)			ASSICURATI SENZA VISITA MEDICA			ASSICURATI IN FORMA POPOLARE		
	morti nel 1936		morti nel decennio 1926-1935 %	morti nel 1936		morti nel decennio 1926-1935 %	morti nel 1936		morti nel decennio 1926-1935 %
	cifre assolute	%	cifre assolute	%	cifre assolute	%	cifre assolute	%	
Ogni forma di t. b. c. . . . .	104	6.86	10.38	46	7.84	17.81	279	15.26	21.51
Altre malattie infettive e parassit. tumori . . . . .	161	10.62	11.02	51	8.69	8.21	155	8.48	9.57
Emorr. trombosi embolie cerebrali	175	11.54	10.00	44	7.50	7.53	193	10.56	6.70
Malattie sistema nervoso . . . . .	139	9.17	8.61	22	3.75	4.72	125	6.84	4.64
» » » » »	32	2.11	2.73	12	2.04	3.37	51	2.79	3.36
» » » » »	223	14.72	13.49	64	10.89	9.68	206	11.27	10.50
» » » » »	210	13.85	11.51	63	10.74	10.04	314	17.18	15.32
» » » » »	175	11.54	11.02	52	8.86	9.25	192	10.50	10.38
» » » » »	92	6.07	6.46	17	2.90	4.41	68	3.72	4.59
Suicidi . . . . .	35	2.31	4.38	8	1.36	2.51	22	1.20	1.32
Morti violenti e accidentali . . . . .	116	7.65	6.17	182	31.00	17.51	151	8.26	9.19
Altre cause di morte . . . . .	54	3.56	4.23	26	4.43	4.96	72	3.94	2.92
TOTALI . . . . .	1516	100.00	100.00	587	100.00	100.00	1828	100.00	100.00
Cause di morte non specificate . . . . .	71	—	—	34	—	—	68	—	—
TOTALI GENERALI . . . . .	1587	—	—	621	—	—	1896	—	—

Medicina Legale della Assicurazione Vita

## Questioni medico-legali in Assicurazione Popolare

Dott. BRUNO GIORDANO

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

Più spesso che nella forma ordinaria, è nella forma di assicurazione popolare che sorgono questioni medico-legali, in tema di liquidazione di sinistri o di ammissione all'esonero dal pagamento dei premi per invalidità. Ciò dipende, nella maggior parte dei casi, dal fatto che, nell'assicurazione popolare, è abolita la visita medica. Per quanto questa abbia principalmente lo scopo di mettere in evidenza tutti quei fatti obiettivi e facilmente obiettivabili sia di lesioni in atto, sia di lesioni, che, sofferte nel passato, abbiano lasciato segno di sè, pure essa ha tutta l'importanza di avvalorare le dichiarazioni dell'Assicurando, o, nel caso di non corrispondenza tra anamnesi ed esame obiettivo, di mettere il medico assicuratore in condizioni di dirimere ogni dubbio con opportune ulteriori domande. In mancanza di visita medica, unico elemento di giudizio sono le risposte dell'Assicurando ai vari quesiti, formulati nell'apposito modulo, e coi quali l'Istituto Assicuratore, attraverso una rapida indagine anamnesticca sul gentilizio, sui precedenti personali e sull'attuale stato di salute, cerca di rendersi conto se il rischio è accettabile o meno. Va da sè che le risposte a tali quesiti possono variare d'interesse da individuo ad individuo, ognuno dei quali è portato a dare un giudizio subiettivo, e difficilmente tecnico, su eventuali suoi disturbi. I quali disturbi possono non incidere sulla durata media della vita, ma possono anche essere prodromi di una ulteriore grave malattia, o mettere, col

tempo, l'assicurato in condizioni di non accudire al suo lavoro, o rendere mortale un infortunio, che, senza quei precedenti disturbi, non sarebbe stato tale. Possono, in sostanza, questi disturbi essere tali da non far rifiutare il rischio di assicurazione, ma provocare invece il rifiuto pel beneficio d'invalidità o d'infortunio. E da notare infatti, che la grande prerogativa delle assicurazioni popolari, a prescindere da altri benefici, che qui non è il caso di ricordare, consiste nelle due clausole per cui è concesso l'esonero dal pagamento dei premi in caso d'invalidità e il raddoppiamento del capitale in caso d'infortunio. L'ammissione a tali benefici va però soggetta a determinate condizioni, sulle quali appunto intendo trattenermi.

*Invalidità.* — Il rischio d'invalidità deve innanzi tutto essere richiesto all'atto della firma della proposta e per esso l'Assicurando s'impegna a rilasciare una quota, varia secondo la durata del contratto, all'atto della liquidazione. Essa invalidità (dimostrabile per mezzo di un certificato medico redatto da un Fiduciario dell'Istituto) deve essere assoluta, totale e permanente; ovverosia deve essere tale da inibire all'assicurato non solo il suo ordinario lavoro, ma qualunque altra occupazione confacente alle sue abitudini ed attitudini. Un ciabattino quindi, che perda l'uso degli arti inferiori, non può essere dichiarato invalido, perchè il suo mestiere non richiede l'uso delle gambe; un cantante che

perda la voce, è invalido rispetto alla sua arte, ma non rispetto a qualsiasi altra attività. Ma essenzialmente l'invalidità deve essere sopravvenuta per malattia od infortunio; ovverosia la malattia non doveva esistere all'atto della stipulazione del contratto. Neppure però dovevano esistere, in quel dato momento, prodromi di tale malattia, che potevano far sorgere il dubbio di un aggravamento e quindi di una possibile invalidità. E' evidente che in tal caso l'Istituto Assicuratore non avrebbe accettato il rischio, il quale si riferisce ad un *quid* prevedibile, che potrà avvenire, ma che potrà anche non avvenire nel futuro, e non certamente a qualche cosa di reale, già avvenuto o che è in corso di evoluzione. Ecco un esempio pratico.

Con effetto 1° aprile 1935 fu emessa una polizza popolare, forma mista durata 20 anni. L'Assicurando aveva dichiarato di sentirsi perfettamente bene; alle domande sulle malattie sofferte aveva risposto con linee; poichè le misure somatiche davano una perfetta corrispondenza tra peso ed altezza, il rischio fu giudicato normale ed in base a tale giudizio fu emessa la polizza. Il 16 febbraio 1937, cioè dopo 22 mesi e mezzo di durata, l'Assicurato chiese l'esonero dal pagamento dei premi per sopraggiunta invalidità, determinata da tubercolosi polmonare. Il richiedente era ricoverato in luogo di cura adatto e perciò nulla da eccepire sulle sue attuali condizioni fisiche; i dubbi invece sorgevano sulle reali condizioni di salute in ingresso in assicurazione. Da una inchiesta sanitaria eseguita a questo scopo risultò che nell'ultimo quinquennio, l'Assicurato era andato soggetto ai seguenti periodi di malattia, per cui era stato ricoverato anche in ospedale.

Dal 10 dicembre al 22 dicembre 1931, dermite;

Dal 3 marzo al 28 luglio 1932: laringite probabilmente tbc.;

Dal 29 dicembre 1933 al 7 gennaio 1934: catarro bronchiale;

Dal 9 marzo 1935 al 31 marzo 1935: bronchite;

Dal 28 agosto 1936 al 26 dicembre 1936: apicite S.

Da una disamina di queste date, risulta che l'Assicurato era già malato all'ingresso in assicurazione; che egli era a conoscenza della sua malattia, perchè per ben due volte (nel 1932 e nel 1934) era stato ricoverato in casa di cura per malati di petto e quindi egli era anche a conoscenza della gravità della sua malattia: l'aver quindi taciuto i suoi precedenti morbosì, doveva essere interpretato come dovuto a mala fede. Si sarebbe perciò dovuto procedere alla contestazione del contratto. L'Istituto, pur avendone il diritto, non ha creduto di far ciò, ma non ha potuto riconoscere l'invalidità, perchè la malattia, che l'aveva determinata, preesisteva al contratto, non era sopravvenuta, secondo quanto è specificato nelle condizioni di polizza.

*Infortunio.* — L'assicurazione complementare in caso di infortunio consiste, come è stato già detto, nella liquidazione del doppio del capitale assicurato, senza tener conto della carenza o di altre particolari condizioni di polizza.

La figura dell'infortunio, così come è concepita in assicurazione popolare, è un po' diversa dal concetto, al quale siamo stati abituati in tema d'infortunio sul lavoro.

La legge sull'Assicurazione obbligatoria per gli infortuni stabilisce che questa assicurazione deve essere fatta per tutti i casi di morte o di lesione personale proveniente da infortunio, che avvenga per causa violenta in occasione di lavoro. Da questa dizione così semplice

è sorta tutta una scienza per interpretare, secondo lo spirito della legge, i tre termini « infortunio, causa violenta, occasione di lavoro », i quali termini evocano, secondo il Borri, delle rappresentazioni, che, in gran parte interferenti fra di loro, danno, nella zona di completa soprammissione, l'immagine integrale del concetto perfetto. Or mentre l'infortunio è concetto abbastanza definito e generico, causa violenta ed occasione di lavoro possono subire una quantità d'interpretazioni, che varieranno secondo l'asserto, che si vuol difendere e che vanno esaminate caso per caso, specie in rapporto alla concatenazione cronologica dei fatti e al susseguirsi dei fenomeni morbosi.

In assicurazione popolare invece, secondo quanto è stabilito nelle condizioni generali di polizza, l'infortunio va inteso come un accidente esteriore, improvviso, indipendente dalla volontà dell'assicurato e non imputabile a sua negligenza. E' bene dire subito che l'assicurazione complementare comprende solo il caso di morte; l'invalidità temporanea non è risarcita, mentre per quella totale e permanente è ammesso solo l'esonero dal pagamento dei premi. La dizione con la quale si definiscono i caratteri dell'infortunio in assicurazione popolare, pur essendo più lata, è certamente più ristretta di quella dell'infortunio sul lavoro. Innanzi tutto manca il termine « occasione di lavoro »: quindi in qualunque momento, in qualunque luogo avvenga l'accidente, causa di morte, esso dà luogo alla liquidazione per infortunio. L'espressione « causa violenta » è stata sostituita dalla parola « accidente »: vi è nel vocabolo una immagine meno coreografica e, nello stesso tempo, un concetto molto più estensivo, o, forse meglio, un concetto, che non può dare luogo a soverchie disquisizioni. Purchè proveniente dall'esterno, qualunque le-

sione, sia essa una semplice scalfittura o un trauma grave, basta che si possa dimostrare il nesso causa-effetto, costituisce un infortunio. La limitazione all'estensione è data dai due concetti, che seguono: negligenza, subitanità e rapidità di azione. La clausola nella negligenza si riferisce soprattutto all'osservanza delle regole e norme elementari di diligenza e prudenza, che ogni individuo deve seguire per la salvaguardia della propria persona. In ciò la differenza è grandissima con gli infortuni sul lavoro, protetti dalla legge, la quale non obbliga al risarcimento del danno, proveniente da infortunio, nel solo caso di dolo.

La subitanità e rapidità di azione sono compendiate nell'aggettivo improvviso. L'azione del *quid* pregiudichevole deve avvenire nell'unità di tempo o deve essere riassunta in breve ora; devono cioè riscontrarsi i termini della « causale concentrata » del Borri, mentre devono essere escluse tutte le lesioni, dovute a « causale diluita ». Vengono quindi escluse tutte le malattie professionali, anche quando queste siano rivelate da un accidente improvviso; poichè in assicurazione popolare, l'infortunio è tale solo quando, a prescindere dalle condizioni superiormente dette, si possa escludere ogni concausa. Il concetto di concausa fu già illustrato dal Marsella nel n. 3 dell'anno 1935 de « L'Assistenza Sanitaria ». Riporto le parole dell'Autore.

« Le cause, che escludono il diritto alla liquidazione per infortunio, possono essere preesistenti o sopravvenute. Fra le prime dobbiamo considerare le condizioni morbose ed anormali, che contribuiscono alla determinazione dell'infortunio o al suo esito letale. Sono da escludersi i casi, nei quali l'infortunio non potè essere evitato a causa di una anomalità del soggetto, come l'ubriachezza, le vertigini, accessi epilettici ecc.

Si possono escludere quei sinistri, in

cui si è avuta la morte a causa dello stato morboso preesistente, come malattie cardio-vascolari, aneurismi, nefrite, tubercolosi, diabete, ecc.

Come cause sopravvenute si devono ritenere quelle sequele morbose, che intervengono dopo la lesione iniziale, modificandone il decorso, fino a cagionare l'esito letale: sono dovute soprattutto a condizioni di ambiente, possono avere anche carattere individuale di trascuranza od altro.

Fra le concause preesistenti o sopravvenute, possono comprendersi anche le malattie post-traumatiche, in cui il trauma ha reso manifesta una condizione morbosa latente, agendo come la scintilla, che determina l'accensione di una sostanza esplosiva.

In pratica, stabilito il nesso di causalità tra azione lesiva ed esito letale, il medico, nel dare il suo giudizio, deve badare all'esistenza o meno di concause: è qui tutto il problema in caso di infortunio in assicurazione popolare, e non sempre il problema presenta una facile ed immediata soluzione. A questo proposito illustrerò due sinistri, dovuti ambedue ad embolo della polmonare e per i quali fu richiesta la liquidazione per infortunio.

Come è noto, l'embolo è costituito da un corpo di una certa consistenza, che si trovi nella massa sanguigna e circoli con essa, fino ad incontrare un vaso, il cui calibro non sia sufficiente a permettere il passaggio. Gli emboli sono rappresentati da frammenti di trombo, da frammenti di tessuto necrotico, da parassiti, da granuli di grasso entrati in circolo, ecc. I processi, che facilitano il distacco di masse trombotiche, sono i seguenti. Una prima causa, che può produrre la frammentazione, è il rammollimento del trombo. Se il trombo presenta rammollimento settico o suppurativo,

l'embolo che si produce da un suo frammento, può dar luogo a modificazioni metastatiche. Oltre al rammollimento, esistono altri fattori che possono provocare il distacco. Nei trombi con prolungamento, può darsi che il trombo si prolunghi fino a penetrare in un altro vaso, dove la corrente sanguigna è più rapida e che quivi si spezzi. Si produce un embolo anche in casi di trombosi recente, per movimenti troppo bruschi. Oltre ai frammenti di trombo vi sono altri corpi, che possono agire come emboli. Diversa nelle sue cause e nei suoi effetti dall'embolia prodotta dal distacco di trombo o da particelle di esso, è l'embolia gassosa. Essa si produce, in special modo, in seguito a lesioni traumatiche, accompagnate da estesa distruzione di tessuto cellulare. Le goccioline di grasso, penetrate nel circolo sanguigno, vanno più specialmente a fissarsi nei vasi capillari del polmone. Si possono avere emboli anche quando frammenti di tessuti diversi entrano nei vasi venosi e sono portati in circolo (emboli parenchimatosi, che non hanno però importanza clinica notevole, perchè subiscono un processo degenerativo e scompaiono). Grande importanza hanno gli emboli parassitari. I parassiti possono anch'essi funzionare da emboli, quando però sono in molti e riuniti in colonie. Maggiore importanza acquistano invece gli emboli gassosi. La produzione di tali emboli rappresenta un inconveniente grave nelle operazioni chirurgiche, specialmente in quelle sul collo: esse sono facili a prodursi negli operai, che lavorano nei cassoni ad aria compressa. Embolie gassose si possono avere anche in altri casi. Nelle ulcerazioni dell'intestino, dello stomaco e in alcune infezioni puerperali si è veduto all'autopsia del sangue schiumoso, con bollicine di gas specialmente nella vena porta. In questi casi, la presenza di gas è dovuta non a penetrazione

dall'esterno, ma a microrganismi gassogeni esistenti nel sangue.

Per la sede, le embolie si possono distinguere nelle seguenti tre categorie: embolie del sistema dell'arteria polmonare, embolie del sistema aortico, embolie del sistema della vena porta.

Gli emboli, che hanno origine nelle vene del grande circolo o nel ventricolo destro del cuore, vanno ad occludere le arterie polmonari e le loro più sottili diramazioni e, quando molti emboli seguono questa via, molti rami dell'arteria polmonare possono rimanere occlusi e si può avere la morte per asfissia. Gli emboli, che si distaccano dalle vene polmonari o dal cuore sinistro, o da altri importanti vasi arteriosi, seguono la corrente del sangue arterioso e vanno ad occludere i vasi di calibro minore del grande circolo. Gli emboli della radice della vena porta vengono trattenute nelle sue diramazioni intraepatiche.

Le conseguenze dell'embolia sono assai diverse secondo la natura dell'embolo, della sede di esso, del numero dei vasi occlusi, e, finalmente, a secondo della disposizione anatomica dei vasi dell'organo, in cui l'embolia si produce. Dagli accessi metastatici, agli infarti, alla morte immediata la scala è grande.

Ho voluto ricordare queste cognizioni generali sugli emboli per fissare fin d'ora un punto importante e cioè che gli emboli possono alle volte essere la conseguenza immediata di un trauma ed acquistare quindi tutta l'importanza di causa determinante della morte di un individuo: possono alle volte invece costituire un effetto mediato, che si può produrre solo in seguito all'istituirsi di un'altra malattia ed acquistare allora tutto il valore di una concausa. Concetto questo essenziale, come più sopra ho detto, per ammettere o meno un sinistro alla liquidazione per infortunio. Non sempre però è facile in base al solo re-

ferito medico, stabilire il valore di concausa o meno di un embolo; alle volte è necessaria qualche indagine supplementare per conoscere la esistenza o meno di precedenti morbosità, che abbiano potuto aggravare le conseguenze dell'infortunio stesso.

A dimostrazione di quanto sopra ho detto, riferirò su due sinistri, capitati alla mia osservazione.

Nel primo sinistro, un trauma di una certa importanza produce una contusione profonda della regione lombare destra, con interessamento del parenchima renale, perchè si ha una ematuria imponente, che dura tre o quattro giorni; inoltre si produce anche una lussazione dell'anca destra e stato di choc. In 4ª giornata improvvisamente stato di collasso, seguito da decesso dopo due ore per embolia della polmonare, secondo il referto medico. In questo caso, qualunque sia stata la natura dell'embolia, essa è intimamente legata al grave trauma. Sia che si tratti di un embolo gassoso, prodottosi in seguito alla lesione traumatica dell'anca, sia che l'embolo si sia staccato da un trombo, elemento essenziale per la fine dell'ematuria, non si può disconoscere il nesso di causalità e quindi non si può negare alla lesione mortale il carattere d'infortunio.

Un po' diverse sono le cose nel secondo caso. Qui il trauma è lievissimo; un urto contro lo spigolo della scrivania produce una flebite dell'arto inferiore destro; quando la flebite incomincia a risolvere, e precisamente in 20ª giornata, si ha la morte per embolia. E' evidente che qui l'embolo non è stato la conseguenza diretta dell'infortunio: perchè esso si producesse è stato necessario l'intermediario di un'altra malattia, quale la flebite. Ma pur volendo sostenere che l'embolo è intimamente legato alla flebite e questa al trauma, non è dimostrato innanzi tutto il rapporto di

causalità tra trauma e flebite. Nel referto medico non si parla infatti di lesioni esterne, seguite al trauma, e che avessero potuto costituire la porta d'ingresso di germi patogeni, senza dei quali la flebite non si sarebbe prodotta, almeno non fossero esistite precedenti condizioni patologiche. L'inchiesta sanitaria, condotta a tale scopo, ha rivelato che l'assicurato era individuo di sana e robusta costituzione, senza tara di alcun genere, nè soffriva di varici. Era però un tipo nervoso, ed era affetto da una specie di tic dell'arto inferiore destro, per cui abitualmente sbatteva il

ginocchio contro la scrivania; la flebite era stata attribuita a questo trauma ripetuto. Risulta chiaro da ciò che esisteva in precedenza un *quid*, non precisamente imputabile a malattia, ma costituito da una cattiva abitudine, che aveva preparato il terreno necessario allo sviluppo della flebite. Concludendo, anche a non voler dare all'embolo il valore di concausa, questo valore non si può negare allo stato nevrotico precedente al trauma. Per tale ragione il sinistro non può essere riconosciuto come dovuto ad infortunio giusta le condizioni generali della polizza popolare.

## DALLE RIVISTE CHE RICEVIAMO IN CAMBIO

**Accademia Medica**, N. 10 - Ottobre 1937 - Genova.

M. BARBARA, *Sulla patogenesi dell'ulcera gastro-duodenale.*

In questa terza nota l'A. colla collaborazione di Alsona porta un contributo alla conoscenza dell'equilibrio acido-basico nell'ulcera gastro-duodenale, ma le osservazioni personali tendono ad escludere l'esistenza di alterazioni di questo equilibrio, nella malattia in esame.

**Biochimica e terapia sperimentale**, N. 10 - Ottobre 1937 - Milano.

MORELLI e DANSI, *Nota preliminare sull'azione biologica del 4:10 dimetilen 1:2 benzatracene.*

Dagli studi degli autori risulta che questa sostanza che è un isometro del colantrene che è stato da loro sintetizzato, possiede una spiccata azione oncogena.

**Critica medico-sociale**, N. 11 - Novembre 1937 - Roma

MACRÌ, *Fatti e misfatti dell'alcoolismo.*

Ricorda i gravi danni che conseguono l'alcoolismo e come attualmente la psicosi alcoolica dia il 4% dei ricoverati nei manicomi; così

pure quanto spesso l'uso smodato del vino possa provocare gastrite cronica e cirrosi epatica; l'alcoolismo in genere ha una grande importanza nella medicina sociale come predisponente alle malattie e per l'ereditarietà che può determinare.

**Cultura Medico Moderna**, N. 11 - 1937 - Palermo.

PAVONE, *Le calcolosi urinarie in Sicilia.*

L'A. fa notare la frequenza delle calcolosi in Sicilia e considera come cause predisponenti l'eccessiva concentrazione delle urine cariche dei prodotti di una attività fisica esagerata a cui si aggiunge la naturale diatesi costituzionale, favorita dall'alimentazione unilaterale e dalla malaria, endemica in molte zone.

Esponde le cause locali e la terapia da usarsi nelle varie forme di calcolosi.

**Folia medica**, N. 21 - Novembre 1937 - Napoli.

MAURO, *Tetano localizzato post-serico e profilassi antitetanica.*

Prendendo occasione da alcuni casi clinici lamenta la insufficienza della profilassi antitetanica come è praticata da noi, caldeggiando l'uso della vaccinazione con l'anatossina che evita anche i casi di tetano post-serico non sempre benigni.

**Giornale di medicina militare**, N. 10 - Ottobre 1937 - Roma.

PIAZZA, *L'importanza delle determinazioni antropometriche negli eserciti e l'influenza del servizio militare sulla robustezza fisica.*

In questa prima parte del lavoro sono esposti i risultati delle ricerche antropometriche eseguite sui militari in rapporto con l'educazione fisica. Sono riferiti i criteri del Livi e numerosi indici da quello ponderale di Bouchard a quello di Quetelet ed i più recenti quozienti biometrici proposti dal Pende.

LANDRIANI, *Esperienze di profilassi e terapia antimalarica con iodomercurato di manganese ed estratto di milza.*

Su 200 indenni profilassati con questo metodo si ebbe il 90 % di risultati positivi e sopra 850 malarici cronici si ottenne il 68 % di guarigioni. Questi risultati sono molto superiori a quelli che si ottengono con l'uso del solo chinino.

SALZANA, *Rilievi clinico-statistici sulle affezioni cardio-vascolari negli indigeni dell'A. O. I.*

Passate in rassegna tali affezioni riscontrate in Colonia fa alcune considerazioni sulle peculiarità cliniche di esse e conclude rilevando la resistenza maggiore che presenta il sistema cardio vascolare degli indigeni di fronte ai vari agenti mortiferi.

**Difesa sociale**, N. 10 - Ottobre 1937 - Roma.

NERI, *L'igiene pubblica nel quadro della bonifica integrale e della bonifica rurale italiana.*

E' la relazione che il direttore dell'Istituto d'Igiene di Bologna ha tenuto a Parigi nel luglio scorso in occasione della IV Sessione del Congresso Internazionale dei Lavori d'Igiene Pubblica; da essa risulta la imponenza del contenuto igienico-sociale ed agricolo-economico che hanno seguito l'introduzione della Legge sulla bonifica integrale; basterà ad indicarla una cifra, la mortalità per malaria che mentre nel 1918 era di 324 unità per milione nel 1934 era ridotta a 90.

TIZZANO, *Sulla mortalità per malattie dell'apparato circolatorio.*

Riferite le scarse ricerche sull'argomento l'A. esamina il loro andamento in Italia in rapporto agli abitanti ed alla distribuzione delle altre cause di morte facendo seguire confronti con la statistica inglese, per sesso, per età e professione (V. recensione in altra rubrica).

SCATAMACCHIA, *Il medico di fronte alla nuova Legge Infortuni.*

Dimostra la necessità delle conoscenze delle discipline medico-legali da parte del medico chiamato alle funzioni di perito, esperto ed arbitro nella comparsa in giudizio. Mette infine in rilievo i nuovi compiti che la legge affida al medico nella risoluzione delle controversie sul diritto alle indennità.

**Fisiologia e medicina**, N. 10 - Ottobre 1937 Roma.

NICASTRO, *Danni demografici ed economici della sifilide rilevati dai documenti della Clinica Dermosifilopatica di Palermo.*

L'A. sulla scorta dei registri dell'ambulatorio annesso alla clinica per gli anni 1931-1935 ha messo in evidenza i danni demografici ed economici della sifilide la quale non accenna a diminuire.

**Lotta contro la tubercolosi**, Settembre 1937 - Roma.

N. N., *Statistica di morbosità nella tbc. del 1936.*

E' una raccolta di dati rilevati dai consorzi provinciali antitubercolari nell'anno 1936.

GORRIERI - CARNICI, ecc., *La diffusione della tbc. nelle campagne.*

Gli AA. hanno studiato l'andamento dell'endemia tbc. in due zone rurali toscane ed hanno completato lo studio epidemiologico praticando cuti e intradermoreazioni a bambini dell'età scolare.

R. SCOGNAMIGLIO, *Studio sperimentale della resistenza aspecifica conferita dalla tbc. verso alcune infezioni.*

L'A. studia il meccanismo della maggiore resistenza degli animali tubercolosi inoculati per via sottocutanea o peritoneale con dosi mortali di tifo, melitense e stafilococco.

**Medicina Nuova**, Novembre 1937 - Roma.

L. MARIANO, *La diagnosi e la terapia della paralisi infantile.*

Dopo aver ricordato le numerose affezioni nervose che devono essere differenziate dalla malattia in esame, si sofferma sulla profilassi da prendere, nei riguardi dell'ambiente in cui vive il malato: passa successivamente ad esporre i numerosi mezzi terapeutici soprattutto elettrici e fisioterapici. (Il lavoro continua).

***Semeiotica di Medicina Assicurazione Vita*****L'INDAGINE RADIOLOGICA DEL POLMONE IN MEDICINA ASSICURATIVA**

Dott. TOMMASO RICCIOTTI

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

Lo sviluppo straordinariamente rapido raggiunto in questi ultimi tempi dalla medicina dell'assicurazione sulla vita e gli alti intendimenti morali e sociali che il nostro Istituto si propone nella realizzazione di un vasto programma che trova la sua espressione concreta nella creazione dei Centri Sanitari impongono al medico assicuratore compiti sempre più delicati sia per quello che riguarda la visita medica agli assicurandi sia per quanto concerne l'assistenza sanitaria degli assicurati. Occorre quindi formarsi il concetto che il medico delle assicurazioni deve avere una preparazione adeguata oltre che nel campo clinico anche in alcune specialità più attinenti al suo lavoro e particolarmente negli esami di laboratorio e nella indagine radiologica. Pertanto nel quadro di quel necessario eclettismo che si richiede al medico delle assicurazioni ritengo di non fare cosa inutile ricordando brevemente in questo articolo quali sono i contributi che la diagnostica Roentgen arreca nel nostro campo.

A titolo di premessa occorre prima di ogni altro sbarazzare il terreno da un preconcetto: alla ricerca radiologica non si può chiedere più di quello che essa può dare. Si tratta di un'indagine di grande valore se bene effettuata, ma come ogni altra ricerca passibile di limitazioni e di errori. La radiologia non rappresenta una diagnosi, ma un mezzo per giungere alla diagnosi in armonia con tutti gli altri mezzi di cui oggi giorno dispone la semeiotica; essa infatti può

definirsi una semeiotica in profondità, una parte dell'esame obiettivo — come sostiene il Busi — e come sarebbe stolto richiedere alla sola ispezione o percussione o ad uno soltanto degli esami fisici o di laboratorio la soluzione del non sempre facile quesito diagnostico, così è egualmente assurdo pretendere che si possa formulare una diagnosi in base ai soli elementi ricavati dalla esplorazione radiologica.

In questo articolo mi limiterò a tratteggiare, servendomi di riproduzioni radiografiche che si riferiscono a casi studiati presso la Direzione Generale dell'I.N.A., i quadri radiologici delle malattie polmonari più importanti dal punto di vista assicurativo, ripromettendomi di svolgere in avvenire quanto può riferirsi alle malattie della pleura — così intimamente legate alla patologia polmonare —, del mediastino, ecc.

Non mi soffermo sui dati di tecnica che ho già raccolti in un opuscolo inviato ai Centri Sanitari assieme alle varie norme per gli esami di laboratorio. Ricorderò appena che i dati per la radiografia standard dell'apparato respiratorio sono i seguenti: soggetto in posizione eretta. Apnea inspiratoria. Proiezione dorso-ventrale. Incidenza sulla 4<sup>a</sup>-5<sup>a</sup> vertebra dorsale. Distanza fuocolastra m. 1,50. Tensione 65/70 Kv. Intensità 80/100 m A. Tempo di esposizione 1/10 di secondo.

La lettura di un radiogramma del torace (fig. 1) deve essere effettuata sempre con metodo: prima lo schele-

tro e le parti molli, poi gli organi interni.

Dello scheletro si considerano la for-

so: costole quasi orizzontali, spazi intercostali larghi, clavicole sollevate.

Deformazioni asimmetriche: retrazio-

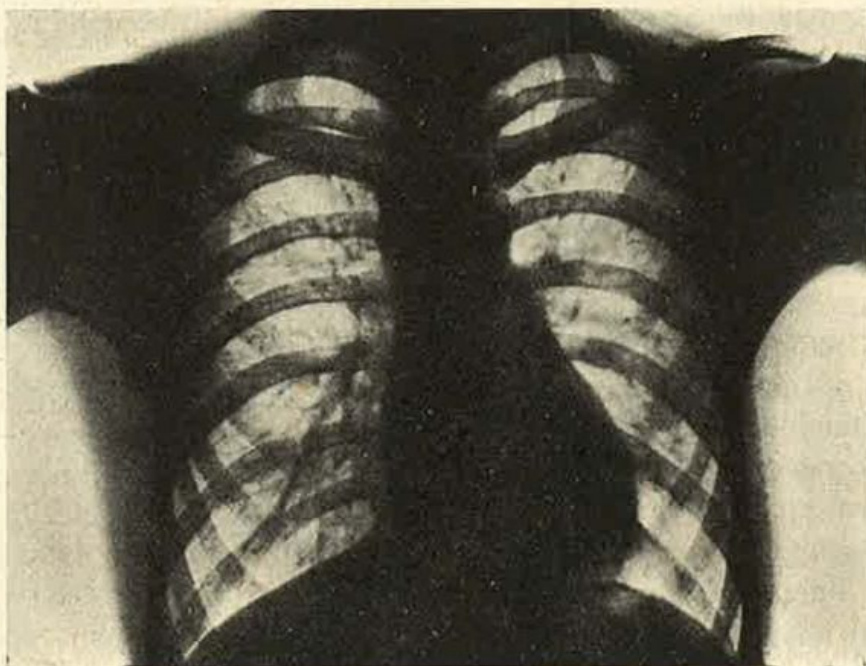


Fig. 1. — Torace normale.

ma e le dimensioni. Le deformazioni toraciche si distinguono in deformazioni simmetriche e deformazioni asimmetriche.

Deformazioni simmetriche: a) torace paralitico: lungo, appiattito con spazi intercostali ampi; b) torace enfisemato-

ni ed espansioni circoscritte o limitate ad un solo emitorace per cause varie: cifosi, scoliosi (fig. 2), versamenti pleurici, pneumotorace, tbc. ossea, retrazioni da fibrotorace, ecc.

Tutte queste deformazioni rivestono notevole importanza dal punto di vista

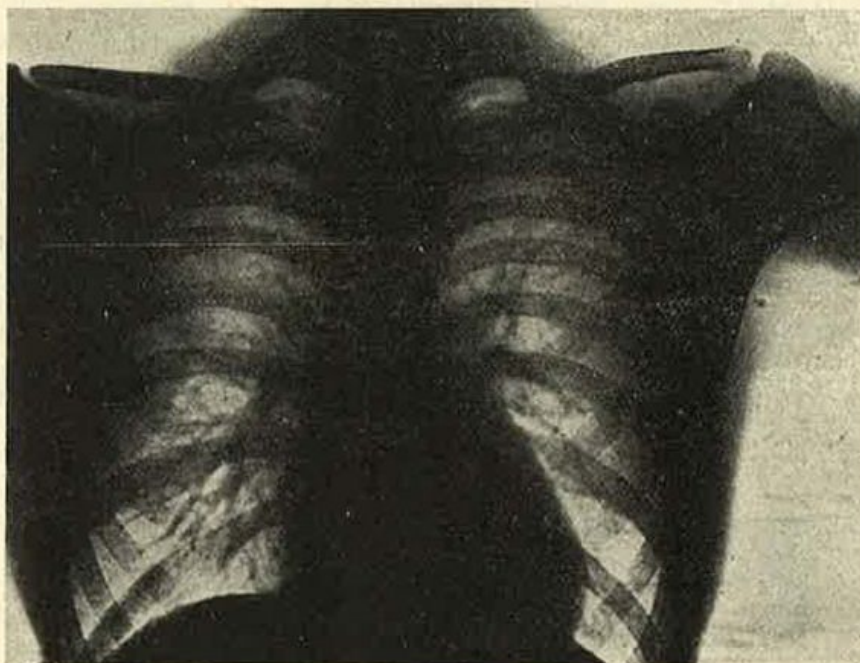


Fig. 2. — Scoliosi vertebrale.

assicurativo perchè, deponendo nella generalità dei casi per una menomazione della funzionalità respiratoria, incidono notevolmente sul rischio. Bisogna poi rilevare la presenza di costole cervicali soprannumerarie, costole biforcute, costole ad occhio, calcificazione delle cartilagini costali ecc.

A carico delle parti molli tenere presenti le velature e opacità dovute a contrazione di alcuni muscoli (sternocleidomastoideo, pettorale), nelle donne la presenza delle mammelle ecc. Poi si passa allo studio del polmone.

Per bene intendere i reperti patologici è necessario conoscere chiaramente l'aspetto radiografico dei polmoni normali. In proiezione dorso-ventrale essi si presentano come due aree luminose triangolari poste ai lati d'un'ombra mediana (il mediastino) intensamente opaca e attraversate obliquamente dalle ombre delle costole. Dai lati dell'ombra mediana mediastinica partono delle ramificazioni opache che, grosse al centro, vanno sempre più assottigliandosi verso la periferia; queste ramificazioni costituiscono il disegno polmonare e corrispondono in massima parte alle diramazioni

dell'arteria e delle vene polmonari, in minore parte ai bronchi ed alle glandole. Il radiogramma del polmone va esaminato scrupolosamente in ogni sua parte ma sono soprattutto due le regioni su cui si deve portare la massima attenzione: l'ilo e l'apice.

L'ilo normale si presenta a destra come una grossa ombra che parte dall'opacità cardiaca e si incurva ad arco verso il basso: è il ramo principale dell'arteria polmonare o corno inferiore dell'ilo; tra quest'ombra e il cuore esiste un'area trasparente che rappresenta il grosso bronco che segue il vaso. Al disopra della suddetta ombra c'è un'altra ombra più irregolare che rappresenta il ramo arterioso che va al lobo medio; pure al disotto di quest'ombra c'è un'area trasparente che corrisponde al bronco medio. Infine c'è una terza ombra data dal ramo superiore dell'arteria polmonare che però è al disotto del bronco corrispondente. Perciò nell'ilo di destra si hanno 3 corni: superiore, medio, inferiore; i primi due epi-bronchiali, l'ultimo ipobronchiale. Inoltre vi sono piccole ombrette che corrispondono a vasi presi d'infilata e si dif-

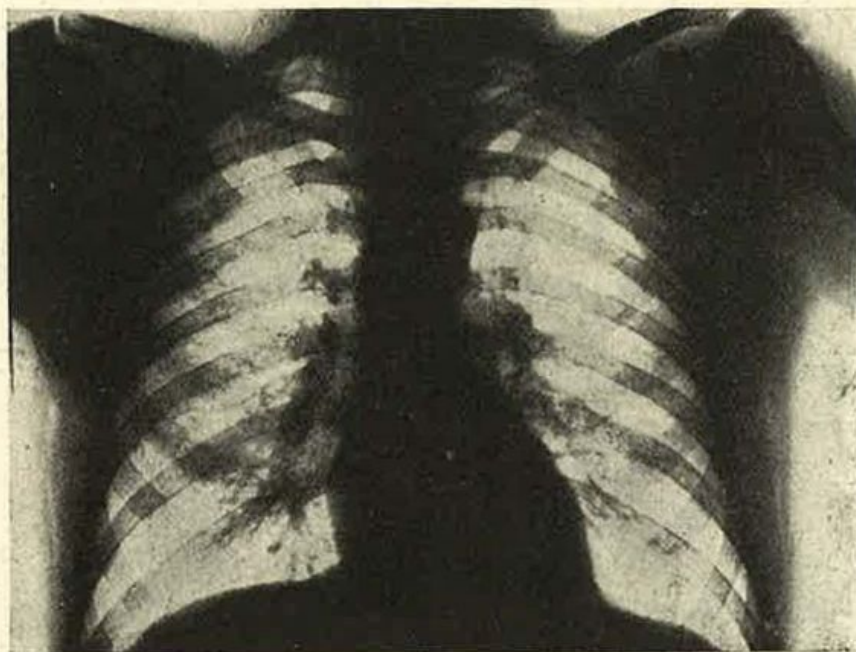


Fig. 3. — Restringimento e velatura dell'apice sinistro.

ferenziano nettamente dalle calcificazioni. A sinistra l'ilo è nascosto in parte dall'ombra cardiaca e presenta due corni soli: corno inferiore e corno superiore, corrispondenti al ramo inferiore e al ramo superiore dell'arteria polmonare, il primo epibronchiale, il secondo ipobronchiale.

L'ombra ilare va considerata patologica quando presenta uno o più dei seguenti caratteri: *a)* è ingrandita; *b)* il suo contorno è incerto ai limiti col disegno polmonare; *c)* manca la zona trasparente che separa l'ombra ilare dall'ombra cardiovascolare; *d)* si distinguono elementi anomali sovrapposti.

Le cause più frequenti vanno praticamente ricercate nell'iperreplezione del piccolo circolo per cardiopatia, compressione delle vene polmonari agli ili per tumori o processi cicatriziali, tumori con punto di partenza ilare (carcinomi, ecc), adenopatie di varia natura (tbc., sifilide, tumori, influenza ecc.). L'adenopatia può essere sospetta di natura tubercolare quando presenta aspetto moriforme per l'aggruppamento di piccoli focolai calcificati e forte densità che significa

calcificazione o caseosi: nel primo caso le ombre hanno contorni netti, nel secondo contorni sfumati.

L'apice è quella parte di polmone situata al disopra dell'ombra clavicolare. In esso il disegno polmonare è poco evidente e la trasparenza è minore che nel resto del polmone per un duplice motivo: il tenue spessore di questa porzione del viscere in confronto col forte spessore delle parti molli extratoraciche e la scarsa aereazione per la deficiente mobilità. Per solito l'apice destro è più ampio e meno trasparente (forte sviluppo delle masse muscolari) dell'apice sinistro. L'apice normale subisce delle variazioni costituzionali: allungato e ristretto nel microsplancnico, di dimensioni medie nel normosplancnico, largo e basso nel macrosplancnico.

L'apice è patologico (fig. 3) quando sono riscontrabili in esso alterazioni di forma e di trasparenza. Quanto alla forma bisogna ricordare che un'apice può apparire più ristretto per cause indipendenti dall'apparato respiratorio (asimmetria per costole cervicali sovrannumerarie, deformità rachitiche, ecc.). Al

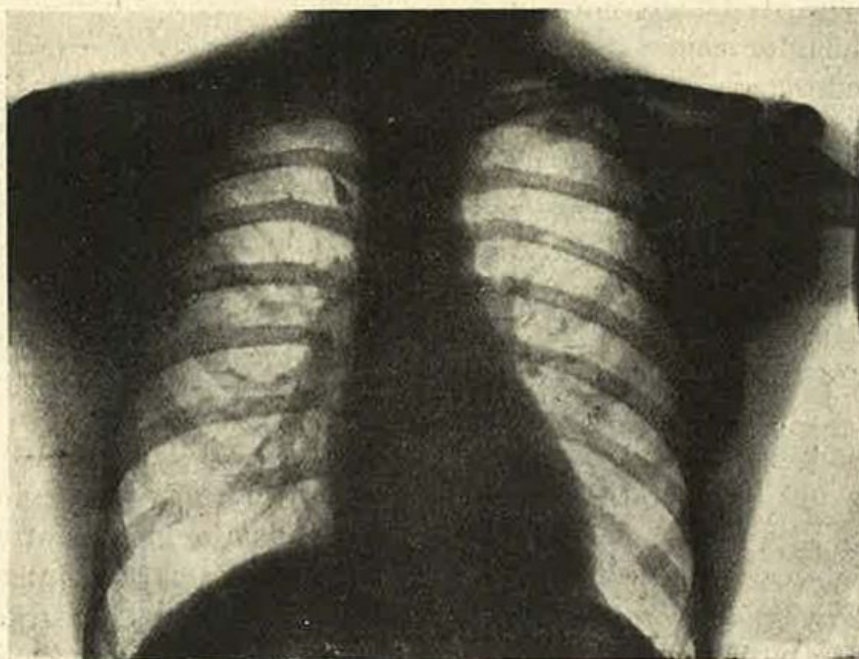


Fig. 4. — Lobo della vena azigos.

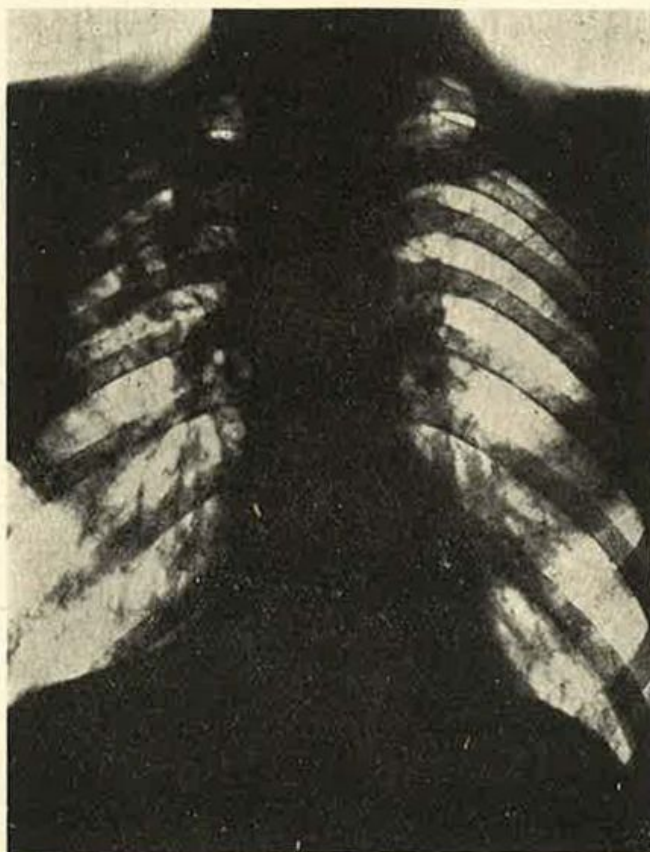


Fig. 5. — Tubercolosi produttiva del polmone D.

di fuori di queste cause, alterazioni delle dimensioni dell'apice dipendono da lesioni dell'apparato respiratorio. Per solito le modificazioni di forma si uniscono ad alterazioni di trasparenza: quest'ultima ha maggior valore diagnostico ma può dipendere anch'essa — specie se unilaterale — da cause estranee a lesioni pleuro-polmonari (ipertrofia o contratture delle masse muscolari, posizione non simmetrica del paziente, inesatta centratura del tubo). La diminuzione di trasparenza può assumere due forme: velatura diffusa e ombre circoscritte di varia intensità localizzate in uno o in entrambi gli apici. La velatura diffusa e omogenea è riportata a processi pleurici: si tratta di camicia pleurica liquida o fibrinosa o cotennosa. Le ombre circoscritte rotondeggianti o angolose sono da riferirsi a focolai parenchimali.

Prima di passare alla descrizione dei reperti radiologici negli stati morbosi del polmone che interessano maggiormente la medicina assicurativa, è bene ricordare alcune anomalie che vanno tenute presenti per evitare errori di interpretazione. Abbastanza frequente è la presenza a destra del lobo accessorio della vena azigos (fig. 4): si osserva un corpo schiacciato a mandorla (la vena presa d'infilata) con una coda (il mesoazigos). Più raro è il lobo infracardiaco che si presenta di forma triangolare con la base sul diaframma e l'apice sull'ilo.

*Enfisema polmonare.* — 1) *Enfisema cronico diffuso*: torace in permanente atteggiamento inspiratorio, costole sollevate e colle cartilagini spesso calcificate, diaframma abbassato, seni costodiaframmatici aperti. Campi polmonari più ampi e più luminosi, disegno polmo-

nare più accentuato per il maggior contrasto e perchè i rami dell'arteria polmonare sono più ripieni sotto la maggiore pressione; ombre ilari più accentuate. 2) *Enfisema circoscritto*: si hanno zone variamente estese d'iperilluminazione limitate a un campo. Spesso nell'enfisema i setti alveolari si atrofizzano e scompaiono dando luogo ad ampie cavità.

Un quadro analogo all'enfisema polmonare cronico diffuso presenta l'*asma bronchiale*.

*Tubercolosi polmonare.* — Dagli autori moderni (Graff e Kupferle) la tbc. polmonare è distinta in due forme: forme prevalentemente produttive e forme prevalentemente essudative. Le prime hanno sede nel connettivo interstiziale del polmone e si presentano come forme attenuate che generalmente evolvono verso la cicatrizzazione e la sclerosi. Le seconde hanno sede nell'interno degli alveoli e pur potendo anche essere riassorbite e guarire evolvono per solito verso la caseosi. I focolai caseosi successivamente possono dar luogo a processi proliferativi e cicatrizzarsi o calcificar-

si, ma nella maggioranza dei casi si colliquano e danno luogo a cavità. Le forme tubercolari produttive (fig. 5) si manifestano principalmente in due modi: tbc. miliarica e peribronchite tubercolare. I noduli miliarici appaiono sul radiogramma come ombrette piccole, rotondeggianti, del diametro di circa 1 mm., più o meno opache e a limiti netti (carattere molto importante), variamente sparse nei campi polmonari. La peribronchite tubercolare, quasi sempre congiunta alla forma essudativa, si presenta sotto l'aspetto di ombrette anulari, a trifoglio o a rosetta a seconda che il processo interessi solo il bronchiolo respiratorio o in misura varia gli alveoli vicini, di media opacità e a contorni netti.

Le forme essudative (fig. 6) si presentano sotto forma di macchie irregolari di varia grandezza, isolate o confluenti, anch'esse a forma di trifoglio o rotondeggianti di densità maggiore, con limiti sfumati e tessuto circostante velato. Per quanto si descrivano caratteri differenziali tra le due forme (limiti netti nei focolai produttivi, alone perifocale nei focolai essudativi, ecc.) pure — Busi, Montanari ed altri AA. — non sempre

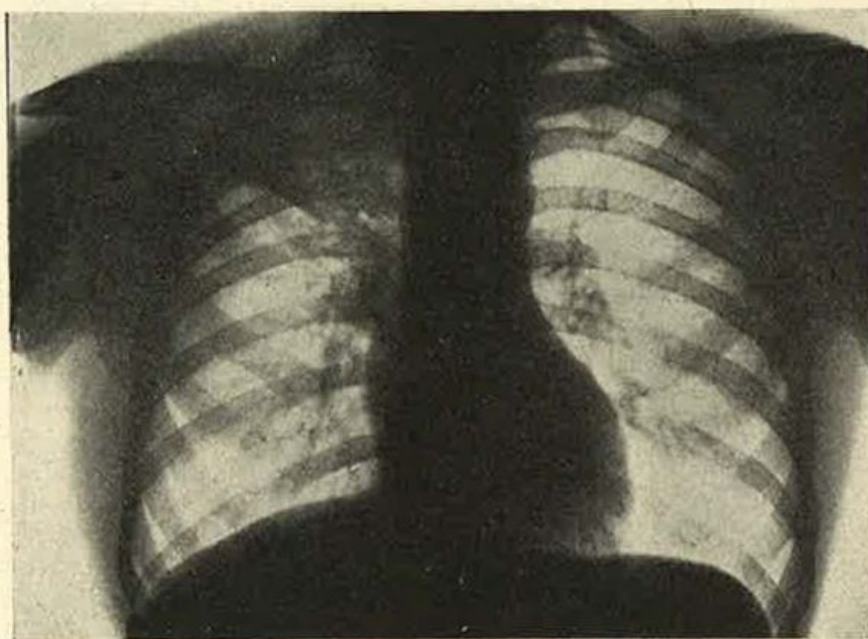


Fig. 6. — Tubercolosi essudativa a tipo di lobite superiore D.

è possibile una distinzione assoluta semeiotico - radiologica dell'immagine di forme produttive rispetto a quelle essudative.

Altra manifestazione della tubercolosi polmonare è rappresentata dalla caverna. La caverna tubercolare va distinta in essudativa e produttiva. Quella essudativa si presenta come una zona chiara di ampiezza varia, senza limiti netti, circondata da un margine irregolare ed opaco e contenente ombre irregolari a macchie e a strie, espressione radiologica della colliquazione del polmone. Quella produttiva (fig. 7) è a forma tipicamente anulare, a limiti netti e presenta un sottile cerchio fibroso (caverna incapsulata). Le caverne a sede sottoclaveare originano per lo più dall'infiltrato precoce di Assmann.

Un particolare aspetto radiologico offre l'infiltrato precoce di Assmann: ombra rotondeggiante non molto densa di aspetto uniforme, grossa da una ciliegia ad una noce, isolata, a limiti per lo più un poco sfumati, posta generalmente in sede sottoclaveare, più raramente nel campo medio e inferiore e nell'apice.

Talvolta si colgono i processi colliquativi all'inizio (aspetto a nido d'api) o i segni della caverna tipica.

In conclusione gli elementi radiologici su cui si può fondare la presunzione d'infezione tubercolare sono: il focolaio produttivo, il focolaio essudativo, la caverna produttiva ed essudativa. L'ipertrofia delle ghiandole dell'ilo è un appannaggio della tubercolosi dell'infanzia; essa fa difetto di regola nella tbc. dell'adulto (Busi). In tutti i casi si tratta di ipotesi e non di diagnosi, poichè la diagnosi di una malattia così seria non può assolutamente farsi in base a una sola ricerca ma deve ricavarsi dall'attenta valutazione dei vari elementi anamnestici, obiettivi, subiettivi, funzionali, radiologici e di laboratorio.

Spessissimo capita di osservare sul radiogramma uno degli esiti più frequenti dell'evoluzione dei focolai tubercolari: la calcificazione (fig. 8). Essa si presenta come un'ombra densa e compatta, a margini netti e irregolari, di forma e volume vario, di aspetto granuloso o moriforme. La sede può essere varia: per lo più l'ilo o le parti superiori

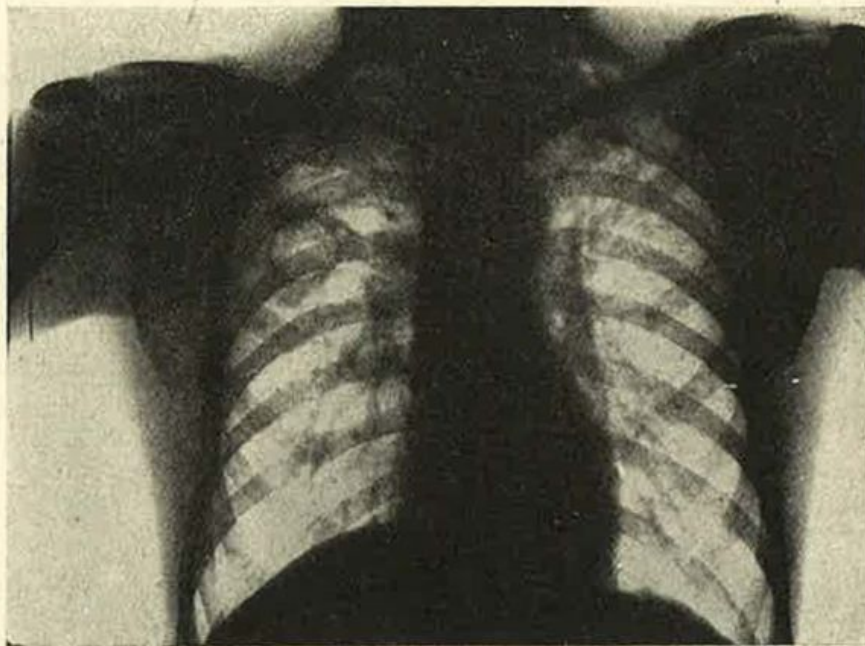


Fig. 7. — Processo infiltrativo di tipo broncopneumonico con caverna sottoclaveare D.

e periferiche del polmone. Le calcificazioni hanno diversa genesi secondo la sede: quelle dell'ilo corrispondono al ganglio o ai gangli a cui affluiscono i linfatici del lobo dove si sviluppò il focolaio primario; una calcificazione periferica unica corrisponde al focolaio primario di Gohn; le calcificazioni poste tra la periferia e gli ili a ghiandole peribronchiali calcificate; una calcificazione grossa in sede sottoclaveare esterna può rappresentare un esito dell'infiltrato precoce; calcificazioni numerose sparse in uno o in entrambi i campi polmonari stanno a testimoniare la trasformazione cretacea di una miliare o di una broncopolmonite a focolai disseminati.

*Bronchite cronica* (fig. 9). — Si ha accentuazione più o meno notevole della trama polmonare e ilare specialmente nelle ramificazioni che partono dal corno inferiore dell'ilo per l'essudato mucoso che occupa l'albero bronchiale. Non è possibile distinguere in base al solo quadro radiologico la bronchite cronica dalla stasi polmonare.

Intimamente connessa alla bronchite

cronica è una malattia che spesso si presenta associata ad essa, la *bronchiectasia*. Si osservano macchie e strisce opache di varie dimensioni irregolarmente parallele o intrecciate tra di loro per lo più alla base dei polmoni, specialmente a sinistra. Quando esistono caverne bronchiectasiche con o senza escreato si possono scorgere aree iperchiare con o senza livelli liquidi. La certezza assoluta è data dalla ricerca broncografica con l'olio iodato che mette in evidenza lo stampo dell'albero bronchiale e le irregolarità del suo lume.

*Pneumoconiosi*. — Qualunque sia l'origine delle polveri inalate (animale, vegetale, minerale) il quadro radiologico che offre la malattia è sempre identico: forte accentuazione del disegno polmonare per la congestione permanente e per la reazione flogistica del tessuto connettivo perivasale. Anche le ombre ilari si presentano ingrandite e deformate e spesso vi si scorgono immagini iperopache da linfoglandole calcificate. Possono osservarsi inoltre, sparse qua e là per i campi polmonari, piccole ombrette che

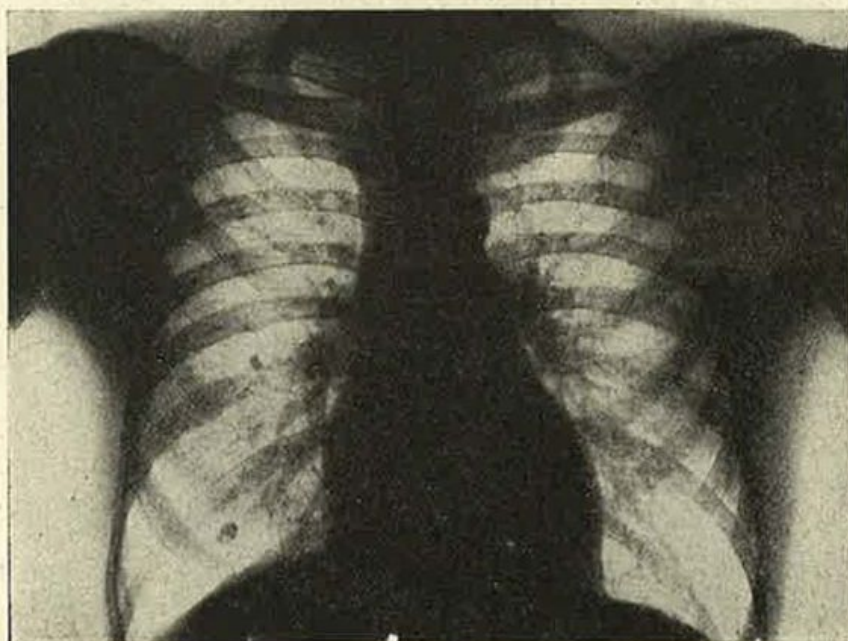


Fig. 8. — Calcificazioni ilari, parailari e basale D.

corrispondono a focolai infiammatori sviluppatasi attorno agli accumuli dei granuli di polvere. Non è infrequente l'associazione della pneumoconiosi alla tubercolosi polmonare.

*Sifilide.* — Ha scarsa importanza dal punto di vista assicurativo essendo la diagnosi generica di sifilide di pertinenza del laboratorio. La sifilide del polmone è rara se si considera nell'aspetto caratteristico della gomma: questa si presenta come una macchia opaca di forma circolare che quando è posta in sede sottoclaveare si può scambiare per infiltrato di Assmann. Più frequente è osservare l'esito della gomma, essendo la cicatrice che essa lascia fortemente retraente e determinando perciò attrazioni costali, spostamenti del mediastino, ecc. Quando la gomma si escava dà una immagine caratteristica che differenzia la caverna sifilitica da quella tubercolare: area chiara a contorni irregolarissimi, circondata da uno spesso guscio di reazione fibrosa.

Mentre in tutti gli altri organi la lues predilige i vasi, nel polmone predilige

i bronchi e determina il quadro che, studiato diligentemente da Arcangeli e Nuvoli, fu chiamato da questi autori « polmonite interstiziale sifilitica peribronchitica ». Veramente non si tratta di un quadro unico ma di una manifestazione polimorfa a seconda che sono interessate dal processo la regione dell'ilo o le ramificazioni bronchiali di medio e piccolo calibro: corrispondentemente si avranno ombre a fascio, ombrette disseminate, disorganizzazione più o meno intensa della trama bronchiale.

*Le micosi polmonari.* — Interessano particolarmente il medico assicuratore che esercita in Colonia, per quanto certe micosi non siano rare ad incontrarsi in Italia. E' facile la confusione tra le varie forme di micosi e la tbc.; infatti le pneumomicosi non danno luogo a quadri tipici nè per la sede, nè per l'estensione, nè per i caratteri morfologici delle ombre. Tuttavia quando dall'esame clinico del soggetto non si riuscisse a formulare un preciso giudizio diagnostico, un radiogramma che dimostri una

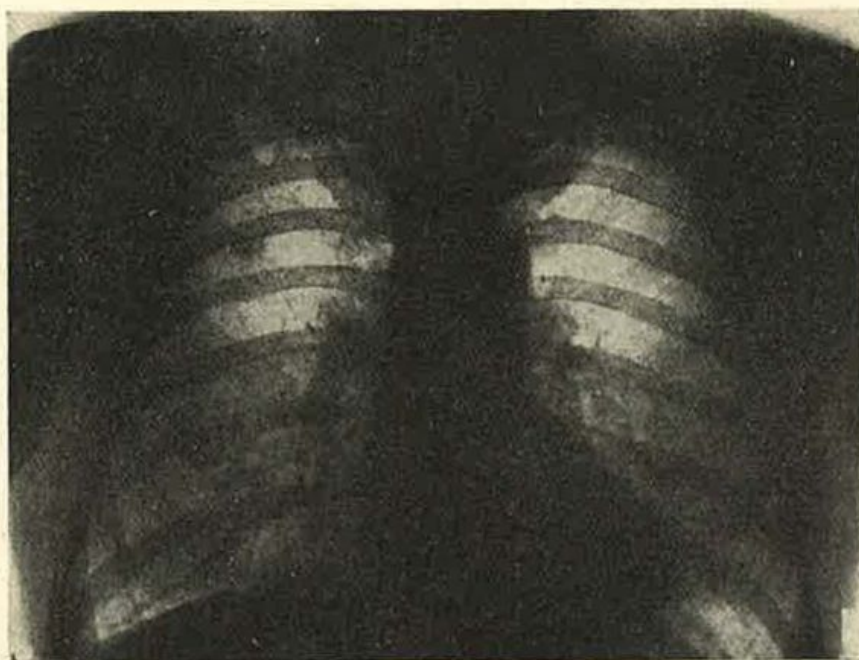


Fig. 9. — Bronchite cronica

prevalente localizzazione alle basi con notevole deformazione e ingrossamento delle ombre ilari può guidare il medico a ricerche più fruttuose (esame dell'espettorato ripetuto a lungo, esame del secreto dei tramiti fistolosi, ecc.).

*Tumori del polmone.* — Rivestono varie forme e quindi assumono vari aspetti radiologici. L'epitelioma polmonare origina dall'epitelio bronchiale e procede dall'ilo alla periferia seguendo il decorso dell'albero bronchiale. Radiologicamente all'inizio si ha una travata intensamente opaca che parte dall'ilo e si spinge nel parenchima. In seguito col progredire del processo neoplastico per la successiva invasione dei bronchi si osserva un aspetto digitato. Poi il tumore infiltra il polmone presentando radiologicamente una epatizzazione massiva e circoscritta per lo più a un lobo, più frequentemente al lobo superiore di destra. Spesso il processo neoplastico sconfinava oltre la scissura interlobare ed invade il resto del polmone. Nel tumore si ha precoce retrazione della gabbia toracica con trazione e spostamento mediastinico.

Altra forma — a prescindere dai rari cancri nodulari e dalla carcinosi interstiziale — è il sarcoma. Il sarcoma si presenta come un'ombra ovalare, rotondeggiante e a limiti piuttosto netti; talvolta per i suoi caratteri morfologici può simulare perfettamente la cisti da echinococco.

Quanto ai tumori metastasici (fig. 10) si può dire che le metastasi dei tumori connettivali danno lo stesso aspetto del sarcoma; quelle dei tumori epiteliali danno aree di opacità a contorni sfumati, caratteristica della progressione infiltrativa dell'epitelioma. Particolare importanza riveste la forma metastatica impropriamente detta « linfangitica » da cancro della mammella: aspetto reticolare che ricorda il quadro della polmonite in risoluzione.

*Cisti da echinococco.* — L'aspetto radiologico della cisti è differente a seconda che si osservi la cisti prima o dopo la rottura. La cisti integra si presenta come un'ombra rotondeggiante, opaca a limiti nettissimi, di grandezza varia, circondata ordinariamente da tes-

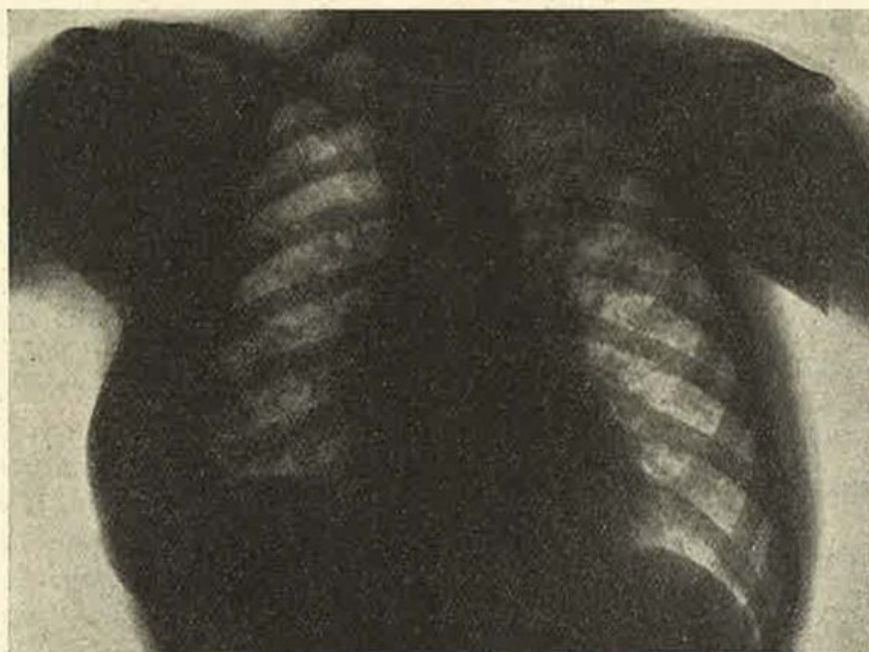


Fig. 10. — Tumore polmonare secondario a carcinoma della mammella già operato.

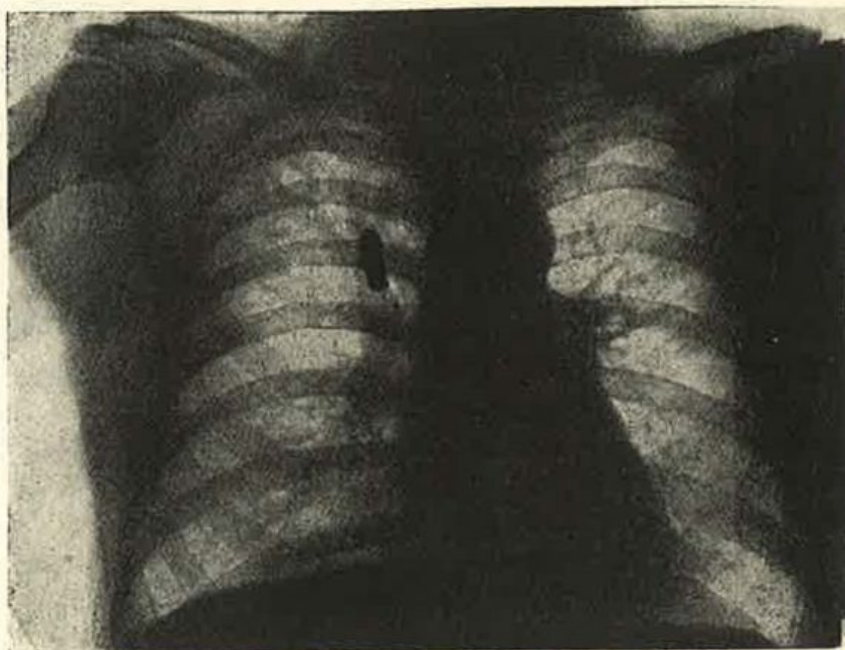


Fig. 11. — Proiettile ritenuto nel polmone destro.

suto polmonare normale. Dopo la rottura e il successivo svuotamento del contenuto l'immagine è di una raccolta idroaerea.

*Corpi estranei nel polmone.* — Si tratta per lo più di proiettili ritenuti nella massa del parenchima e che si presentano spesso bene incapsulati (fig. 11). Occorre esaminare il soggetto in varie proiezioni per localizzare grossolanamente il corpo estraneo in profondità.

Giunto alla fine di questa breve rassegna dei quadri radiologici delle malattie polmonari che interessano maggiormente la medicina delle Assicurazioni Vita debbo confessare che non pretendo avere con questo esaurito il vasto capitolo della Roentgen-diagnostica delle malattie del polmone. Ho voluto solo tratteggiare per sommi capi e in maniera molto schematica e quanto più possibile chiara gli aspetti che le varie affezioni morbose offrono ai raggi X.

Da questa breve esposizione risulta chiaramente quanto sia arduo il compito

del medico assicuratore che deve occuparsi anche di radiologia di fronte a certi reperti — e sono la maggioranza — che non hanno nulla di caratteristico e che perciò non riescono a differenziarsi sufficientemente da quadri analoghi. Di qui la necessità per il medico delle assicurazioni di integrare con tutti gli altri elementi i dati ricavati dall'esame radiologico del soggetto onde poter formulare in base all'esatta valutazione di essi un giudizio adeguato sul rischio, giudizio a lui reso più difficoltoso dalle particolari condizioni di ambiente in cui egli è costretto a svolgere il suo delicato lavoro.

#### BIBLIOGRAFIA

- BUSI, *Tecnica e diagnostica radiologica nelle malattie chirurgiche*. U.T.E.T., 1933.  
 BUSI, *Sulla esplorazione radiologica del torace nella tbc. polmonare*. Pozzi, 1929.  
 COSTANTINI E CAMPANI, *La fisiologia nella pratica medica*. Wassermann, 1933.  
 KÖHLER, *Limiti del normale e inizi del patologico in Roentgen-diagnostica*. Sperling e Kupfer, 1932.  
 VIOLA, *Trattato di Semeiotica*. Vallardi, 1933.

Varie

## Consigli d'igiene sulla bocca e sui denti

La bocca, quest'atrio accessibile, che mena in via diretta nell'interno del corpo, serba in sè organi importantissimi per il senso del gusto, per le espressioni del volto, per il fascino della parola, per il nutrimento del corpo e l'ossigeno ai polmoni. Porta di entrata e di uscita, vi gioca in varia vece la salute e la malattia, se le cure di manutenzione, almeno le più elementari, non vi si affermano a rafforzare la lotta di offesa e difesa, che le tocca di sostenere negli incessanti scambi col mondo ambiente.

Quale *odonto-stomatoiatra* (non vi spaventate), la parola suona volgarmente specialista per le malattie della bocca e dei denti, e come tale, stimo doveroso tratteggiarvi qualche consiglio pratico d'igiene orale, sventare pregiudizi, che si oppongono al maggior rilievo della bellezza, della funzione, della prevenzione di parecchie malattie, che dalla bocca e dai denti si diffondono in tutto il corpo, ad onta dei poteri protettivi e difensivi locali rappresentati dalle mucose, dalle secrezioni, che nella bocca sono a salvaguardia proprio di speciali malattie. I germi contenuti nell'aria, nell'acqua, negli alimenti debbono necessariamente passare per la bocca e qui certamente fanno la prima tappa per aggredire l'organismo, qualora non subiscono quella preliminare disinfezione naturale, la quale, anche se non vale a distruggere il potere patogeno dei microbi, lo attenua, a tal punto, da rendere innocua la loro attività criminale.

Ecco perchè lo studioso, quando la batteriologia nascente non aveva spiegato il mistero dell'attenuazione dei germi, rimaneva interdetto nel rinvenire ad ogni ricerca che si accingeva a fare sulla saliva, sui muchi, sul tartaro dentario, i microbi della polmonite, della difterite, della suppurazione e perfino quelli della tubercolosi senza che la malattia fosse in atto.

Per l'istessa ragione poi, si comprese come quei tali germi in speciali condizioni

d'inferiorità organica o di mancata resistenza delle difese locali, potevano riacquistare la virulenza perduta e determinare il fatto patologico conclamato nelle sue più inaspettate manifestazioni. Altre volte la malattia si avvera in un punto lontano, che pare non avesse alcuna relazione con la bocca, quella che i moderni chiamano infezione focale.

Ebbene in queste infezioni la malattia si manifesta per speciale attrazione (*tropismi*) in punti lontani dal focolaio di contagio, che il più delle volte risiede nella bocca guasta e di là per le vie circolatorie e linfatiche, in modo continuo e subdolo, fornisce germi; avviene così per molte affezioni reumatiche, sinoviali, endocardiche, pleurali, febbri periodiche che non trovano la loro spiegazione se non in un dente cariato o in altra alterazione della bocca; e la conferma si ha nel dileguarsi di esse, non per forza di rimedi, ma solo quando è distrutto il fomite principale o si è attenuato spontaneamente.

E sì che la bocca per le sue condizioni di calore, di umidità e per il deposito di particelle residuali dei cibi si presta assai bene alla vita dei microrganismi: normalmente basta raschiare un po' di patina, che non manca anche nelle bocche più pulite, per osservare al microscopio molte varietà di cocchi, di bacilli, di funghi, così il *bacterium termo*, il *bacillus subtilis*, le *leptotrix*, i miceti abitatori usuali. E chi sa se la loro presenza non sia provvidenziale per contribuire a mantenere a bada con la concorrenza di vita, i microbi patogeni che occasionalmente troviamo nell'istesso cavo orale. Più spesso i portatori di germi, pur albergando in bocca lo pneumococco della polmonite, lo streptococco della suppurazione ed i germi del tifo, della difterite, della grippe, restano immuni per refrattarietà naturale od acquisita. Ma quando per condizioni speciali vengono a mancare i dati

che questa refrattarietà mantenevano, tra cui la buona igiene, allora si desta il potere nocivo dei microbi e le periostiti, gli ascessi, gl'ingorghi, le fistole si affermano nella bocca, mentre il sofferente con ostinata credenza continua ad incolparne il reuma, la nevralgia, l'acido urico. Invece la rimozione della causa infettiva, del dente guasto, della gengivite purulenta, ha immediata ragione del male, a dispetto di tutti gli antinevralgici ed antireumatici, che si prescrivono e si prendono con religiosa fiducia.

E veniamo ai denti. Essi hanno una funzione importantissima nell'economia per tutta la vita, quella cioè di preparare il cibo per la masticazione ed insalivazione, che non a torto si afferma essere la prima digestione, completata poi dallo stomaco e dall'intestino con le annesse glandole digestive. Con i denti ammalati non si mastica bene, la digestione ne è profondamente turbata e con essa la nutrizione, la sanguinificazione, lo stato di benessere in tutto l'organismo, senza contare i guasti locali, tra cui le gengivo-stomatiti, le afte, i peribucali, i flemmoni, le angine, le sinusiti, le carie, le necrosi... mi arresto per non entrare nella parte tecnica.

In materia d'igiene dentaria molti sono i pregiudizi e più la ignoranza o per meglio dire la trascuranza, è buono però qui richiamarla per un più alto significato di apprezzamento ed attuazione, prima che la prevenzione si converta in fatto morboso con la consecutiva perdita del dente per trauma o malattia, dovuta questa, quasi sempre ad ignoranza e deficiente igiene dentaria. La integrità materiale del dente, spesso è ritenuta d'importanza secondaria e con facilità il sofferente ne fa a meno facendolo cavare. Errore: il dente ammalato va curato come tutti gli organi del corpo, solo quelli che non si possono curare perchè avariati a fondo debbono essere estratti ad evitare guai maggiori, subito però sostituiti da denti artificiali con adatta protesi razionale. E sì perchè il dente che comincia a dolere mette subito fuori uso l'antagonista e più spesso tutto il lato masticatorio con gran debilitamento della funzione, che deve essere sopportata con lavoro

doppio se effettuata da metà dei denti. Ma non si limita qui l'anormalità, qualora la metà dei denti sia esclusa dalla masticazione.

Negli interstizi e nei punti morti dei denti forzatamente a riposo si depositano detriti alimentari; ne consegue azioni meccaniche, chimiche putrefattive che ledono i tessuti paradentali e predispongono all'invasione dei microbi, del tartaro, della carie. Le gengive a loro volta s'infiammano e segregano con fetore caratteristico dell'alito che ammorbata l'aria che si respira, inquina il bolo alimentare che si deglutisce; più tardi la caduta del dente determina un'alterazione nel dente di contrasto.

Abbiamo detto anche che il trauma può determinare un'alterazione del dente; così anche l'azione esagerata nello stringere fortemente le mascelle per frantumare cibi duri e gusci di frutta, e spezzare corpi resistenti e via di seguito possono essere di grave danno al dente. Questi non può ugualmente reggere a quegli sforzi senza infiammarsi o ledersi, ciò che porta all'allungamento del dente, al tentennamento accompagnato sempre da forte dolentia; anche l'azione esercitata dal calore deve riguardarsi come un trauma nei suoi estremi gradi sopportabili di caldo e di freddo, più specialmente, quando questi gradi si avvicendano a brevi intervalli. Accanto alle sostanze dure e calde possiamo mettere quelle fortemente acide, alcooliche, forti, acri, salate che devastano in vario modo la mucosa, le gengive intaccando lo smalto stesso dei denti.

A questo punto mi piace accennare alla serie di pregiudizi inerenti all'igiene dentaria e sventarne la supina acquiescenza di quelli che si ostinano ancora a tenervi dietro: se ne incontrano degli originali che non vale la pena di confutare. Alcuni per esempio credono che la terribile piorrea alveolare sia incurabile, che le otturazioni fatte a cura della carie non sono da consigliare, che raschiare il tartaro dei denti a scopo di pulizia faccia indebolire la radice, che gli apparecchi di protesi dentaria siano disadatti a correggere l'estetica e la funzione masticatoria: così si vedono anche

oggi sofferenti che si curano con mezzi palliativi o distruttivi chiedendo di essere liberati a furia di batuffolini calmanti e i più coraggiosi a mezzo di estrazioni.

L'opera del dentista moderno è preziosa quant'altri mai ed ogni persona che vuole avere a cuore la sanità della bocca, dovrebbe normalmente passare per un gabinetto odontoiatrico almeno una volta l'anno per il collaudo della dentatura ed annessi. Molte carie incipienti sarebbero scoperte prima ancora che il dolore o la molesta sensazione del caldo e del freddo costringa a solleccitarne un rimedio; e il rimedio è tanto diverso per una carie incipiente, facile ad arrestare e curare, da quello più complesso ed incerto della carie avanzata, dove le lusingagini richieste dalla delicata tecnica finiscono con lo stancare il cliente, che il più delle volte, cessato il dolore, abbandona la cura.

Lo stesso va detto per quegli antiestetici intonachi verdi, giallastri, grigi che offendono il candore e la lucentezza di una bella dentatura, essi finiscono coll'imbeverare talmente lo smalto e l'avorio, da rendere poi impossibile il recupero del colorito naturale. Altri si ostina con dentifrici e spazzolino inadatto a pulire i denti, con movimenti per giunta incongrui per direzione e forza; traumatizza le gengive e non riesce allo scopo di allontanare i detriti fra le corone o sulla superficie dei denti; mentre la pulizia della bocca e dei denti va fatta con spazzolino a ciuffettini di setole tagliate a punta e con movimenti longitudinali.

Infine bisogna ricordare che molte malattie hanno la loro manifestazione nella bocca e nei denti; mentre risiedono nel sangue, nei tessuti, negli organi e l'ostinarsi alla cura locale è opera vana: avviene così nelle forme di gengiviti emorragiche da scorbutto, leucemia, per le placche mucose di natura sifilitica, per le manifestazioni artriche e diabetiche.

Ma più che la cura, il dentista dovrebbe saper consigliare la profilassi cioè la prevenzione con volgarizzare i mezzi adatti per mantenere l'integrità del cavo orale e dei denti, per le funzioni importanti che compiono e per il riverbero sullo stato generale

come abbiamo accennato; ciò fin dalla tenera età, appena i denti cominciano a spuntare ed anche prima, nel periodo prenatale, consigliando alla gestante non solo l'uso degli alimenti adatti allo sviluppo normale del piccolo essere; ma anche cibi e presidi terapeutici ricchi in contenuto di vitamine, sali di calcio, fosforo come quelli che contribuiscono alla formazione dei tessuti duri: ossa e denti.

E l'opera dell'igienista prosegue nelle scuole dove il 40 % delle assenze sono cagionate dal dolor di denti controllando lo sviluppo consecutivo in ordine alle alterazioni, alla posizione ed al combaciamento dei denti, potendo in tale epoca contribuire alla correzione di tutte le anomalie di sviluppo e di posizione con riguardo speciale al dente del giudizio, il quale spunta ordinariamente dopo il 12° anno e serba sempre delle incognite a sorpresa, certo non desiderabili. Più tardi l'opera del dentista comincia a diventare una funzione sociale potendo diminuire il numero delle giornate lavorative e la prematura perdita della capacità al lavoro per malattie di stomaco e d'intestino, per anemia e denutrizione, per altri accidenti secondari accennati innanzi dovuti ad affezioni della bocca e dei denti.

Non posso chiudere questa modesta conversazione senza accennare all'estetica offesa dalla mancanza di uno o più denti pur non tenendo presente i gonfiori, g'ingorghi e le altre stonature di natura patologica, che alterano l'euritmia del viso; i vuoti che risultano dai denti avulsi lasciano con facilità sfuggire la saliva e per risucchio attraggono le labbra e le guancie producendo infossamenti, stortura di linee e perfino abbassamento di due o tre centimetri sulla superficie masticatoria, ciò che porta ad una modificazione della mirabile architettura mascellare e dentaria con guasto di ritmo e di proporzione. Tale deformità vecchieggiante si accentua maggiormente negli atteggiamenti del riso e della parola mostrando vuoto quello scrigno di perle intarsiate di corallo, già vanto di una dentatura che fu. Oggi siamo alla odontoiatria conservativa e costruttiva, che con opportuni interventi riesce a conservare a curare i denti ammalati.

ti, mentre a tutte le perdite provvede l'arte quanto mai provvidenziale della protesi, che con i suoi trovati non ti farà distinguere più il dente artificiale a sostituzione del naturale. D'altra parte la chirurgia plastica ed estetica si occupa delle altre deviazioni che in qualsiasi modo tendono a deformare la figura; all'uopo è sorta anche in Italia una schiera di specializzati

alla quale mi onoro di appartenere. per lo studio di metodi geniali atti a correggere imperfezioni e difetti fisici congeniti od acquisiti, specialmente del volto.

Dott. FRANCESCO GRANDE.

(Da una conferenza per il Dopolavoro a Sparanise - Napoli - 2 ottobre 1937-XV)

## L'importanza delle visite periodiche per l'attività medica

Dott. FRITZ KAUFMANN - *Medico della Soc. Ass. Vita di Zurigo*

(Pubblicato in « Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift » - Basilea, anno 1937, n. 42)

Dodici anni fa la « Vita » introduceva, per la prima fra le Società di Assicurazioni dell'Europa, la visita medica periodica consultiva per una parte dei propri assicurati. L'esempio è stato poi seguito da due società svizzere e da numerose società europee. L'organizzazione sanitaria assicurativa inaugurata attraverso la visita medica periodica si è sviluppata nel corso degli anni in modo tale che sulla sua instaurazione si è stratificata già una serie completa di esperienze. Nel punto nodale di queste sta la consultazione medica periodica.

In principio l'assicurato per un minimo di 10.000 franchi aveva diritto ad una visita ogni tre anni; più tardi questa somma fu ridotta a 6.000 e l'intervallo fra le due visite portato a due anni.

Con l'estensione della sua attività nel Belgio, Olanda, Germania, Francia e Spagna, la Società ha introdotto il servizio sanitario anche in questi paesi. Ma poichè in principio l'attività della Società fu accolta più tardi all'estero e non raggiunse un traffico così intenso come in Svizzera, i buoni per una visita periodica dalla cifra di 7551, decrebbe all'estero fino a 2010. Di queste, 998 ovvero il 49,2 % furono utilizzate dagli assicurati.

All'opposto il numero dei buoni distribuiti solo dalla « Vita » in Svizzera, nel 1936, ne comprese 5541 dei quali 3255, ovvero il 58,7 % furono ritirati dagli assicurati. Il numero dei buoni emessi ed utilizzati salì di anno in anno dal 1926 al 1936 in modo molto accentuato. Infatti, mentre nel primo anno vennero distribuiti solo 329 buoni, nell'ultimo tale cifra salì a 5541; l'utilizzazione dei buoni, nello stesso periodo, è passata dal 28,8 al 58,7 %.

Come si vede, non solo il numero dei buoni emessi aumenta regolarmente, ma cresce anche, in modo assoluto e relativo, il numero dei buoni utilizzati. Oggi, di fronte ai privilegiati del 1926, più del doppio si rivolgono al servizio medico. Mentre l'aumento della emissione dei buoni del 1934 si spiega facilmente con l'aumento dei contratti, con la ripartizione delle visite e con l'accorciamento degli intervalli, l'aumento massimo dei buoni utilizzati è da ricondurre a diversi fattori.

In primo luogo l'ordinamento si è fatto nel corso degli anni sempre più noto: la « Vita » con delle circolari introdotte fin dal 1928 e con un accurato aggiornamento della letteratura del servizio sanitario ha notevolmente contribuito alla migliore utilizzazione della consultazione medica periodica: infine il valore della nuova istituzione è stato sempre meglio apprezzato nella cerchia degli assicurati. Ciò che più è evidente è che l'utilizzazione con la ripetizione delle provvidenze aumenta in modo che il 2°, 3°, 4°, 5° buono viene adoperato più dei buoni emessi. Ma anche il primo fu ritirato, il 57,2 % nel 1936, di fronte al 28 % nel 1926.

Noi abbiamo ricercato la quantità dei buoni utilizzati presso la « Vita », secondo l'età degli assicurati. Con ciò venne dimostrato che la grande maggioranza ovvero il 77,5 % dei richiedenti visita periodica, sta dal 23° fino al 47° anno, ciò che dipende dall'età relativamente giovane della « Vita ». Con l'aumento dell'età della Società crescerà anche l'età degli assicurati. La massima frequenza dei controlli medici la raggiungiamo nei bambini e negli adolescenti fino al 18° anno di età e la minima

nei giovani dal 18° fino al 22° anno, età in cui il giovane uomo diviene indipendente e non si offre volentieri al controllo della propria salute. Poi si sale lentamente sino al 53° anno, nel quale si raggiunge quasi la quota dei bambini e degli adolescenti. (Esercizio della medicina preventiva sui bambini). Ad eccezione che in questi ultimi, il sesso femminile mostra una debole partecipazione, poichè il timore del medico è molto più forte nelle donne che negli uomini.

Nei vari Cantoni il Ticino mostra la più alta frequenza, poi vengono i Cantoni della Svizzera straniera, più lontano Berna e i Cantoni rimanenti della Svizzera tedesca. La stessa quantità viene data dal Medico Capo della « Basler » per i suoi assicurati. Io dubiterei che in questo caso entri in giuoco un fattore dipendente dalla maggiore diffusione dell'assicurazione in caso di malattia nella Svizzera tedesca di fronte alla Svizzera straniera, perchè anche nel Ticino l'assicurazione in caso di malattia comprende più di metà degli abitanti. Si nota molto chiaramente la differenza della mentalità latina da quella tedesca nell'utilizzazione dell'istituzione assicurativa.

Per quanto riguarda l'altezza del capitale la più forte frequenza è di quelli di 6000 a 9000 franchi. A questo gruppo sembra di poter attribuire un'accresciuta importanza del diritto di visita medica periodica. Col crescere della somma cresce anche parallelamente l'utilizzazione (della visita medica) poichè gli assicurati per forti capitali fino ad un certo grado cercano il medico spontaneamente e periodicamente.

Il dimostrato aumento dell'attività sanitaria periodica negli altri paesi, dove la « Vita » lavora, ma particolarmente in Svizzera, viene maggiormente convalidato dall'esame del materiale. Esso dimostra che l'incremento non è causale ma costante e precipuamente dovuto al concetto chiaro che gli assicurati hanno della istituzione.

E per questo si può ammettere con sicurezza che il numero dei buoni valorizzati crescerà ancora nel corso degli anni e che la visita medica periodica avrà per il medico una importanza che fino ad oggi non è esattamente valutabile.

La grande utilizzazione della visita medica periodica in Europa, di fronte all'America, nella quale solo il 10 % la utilizzano, è dovuta alla semplicità del metodo, introdotto dalla « Vita » ed accettato dalle altre Società europee, consistente nella libera scelta del me-

dico e nella rinuncia della partecipazione al reperto medico in nome del segreto professionale. Quando oggi contro il sistema di visita medica periodica cosiddetto « Vita », non si possa più sollevare l'obbiezione della mancanza di interesse da parte degli assicurati, si potrà sempre però accampare il pretesto della mancanza di valore d'una semplice visita da parte di un sanitario scelto liberamente e dello scarso seguito che da essa potrà aspettarsi.

A ciò replica in ogni caso il fatto che una parte degli assicurati della « Vita » hanno utilizzato il quinto buono. E non è da pensare che essi abbiano fatto ciò senza prospettarsi una utilità tangibile. Perciò la « Vita » e le altre società europee che ne seguono l'esempio, si lasciano condurre dal convincimento che « il futuro appartiene alla medicina preventiva e che ogni passo in questa direzione, anche il più piccolo, significa progresso ». I medici, in conclusione, con l'incarico della missione che il servizio sanitario ha loro assegnato con piena fiducia, hanno dimostrato che essi perseguono lo scopo e vogliono dare le loro migliori attività per l'educazione igienica degli assicurati e della popolazione.

Il servizio sanitario delle assicurazioni « Vita », all'opposto di quello delle assicurazioni in caso di malattia, vuol condurre al medico non i malati, ma bensì coloro che si sentono bene, per scoprire in questi i primi disturbi della salute.

Il fondamento della diagnosi precoce delle malattie interne, auspicato dalla moderna scuola medica, si esaurisce spesso nel vuoto, quando al pratico non riesce di condurre i soggetti al medico negli stadi iniziali della loro malattia.

Se si lascia ai soggetti la scelta del punto di inizio, il momento in cui andranno dal medico dipenderà dal carattere della malattia e soprattutto dalla sensibilità individuale.

« Attraverso la visita medica periodica oggi riesce di condurre dal medico (e di render passibili di una diagnosi precoce) una grande parte di sani o di credentisi sani in perfetta capacità lavorativa ». Quando Florschütz credette che il servizio sanitario delle Assicurazioni Vita dovesse farsi da parte di fronte allo sviluppo delle assicurazioni sociali in Europa, non aveva ben intuito lo scopo del servizio sanitario stesso.

Che questo infatti rappresenti qualcosa di nuovo, scaturisce indubbio dalle ricerche derivanti dall'attività sanitaria periodica.

La visita periodica obbligatoria è un grande

incitamento ed è possibile anche per grandi masse di popolazione, in un regime autoritario. Sembra anche essere un particolare privilegio del Servizio Sanitario Assicurazioni Vita, il riuscire a trarvi una grande quantità di assicurati, in modo che essi, senza alcuna pressione, si rivolgono direttamente al medico e lasciano periodicamente controllare la loro salute. In queste condizioni ci si può aspettare con grande verosimiglianza che i consigli dei sanitari vengano scrupolosamente seguiti dai controllati. In uguaglianza di intenti con la « Vita » l' I. N. A., a Roma, ha istituito la visita sanitaria periodica facoltativa, raggiungendo una partecipazione del 50/60 %.

Naturalmente bisogna prospettarsi che, dal punto di vista scientifico, le semplici visite degli assicurati fatte da medici pratici non offrono alcuna garanzia di opera efficacemente profilattica e che, a questi intendimenti bisogna adoperare dei medici particolarmente differenziali dal punto di vista tecnico. In questo modo la visita diverrebbe singolarmente sicura ed il consiglio efficace.

« Il parere medico sullo stato della salute in un uomo che da lungo tempo ha il senso soggettivo del benessere — dice Tolar — è un compito tutt'altro che semplice, come può sembrare a prima vista.

E' una antica convinzione medica che la diagnosi « sano » anche per un medico molto sperimentato appartiene alle più difficili. La difficoltà di questo giudizio è dovuta principalmente alla incompletezza dei nostri organi di senso, alle nostre conoscenze ed ai nostri metodi di indagine. I metodi di ricerca medica — quantunque oggi sensibili e ben fondati — non ci permettono di gettare uno sguardo scopritore in tutti i segreti disturbi del nostro corpo e molte fini differenze della normale attività degli apparati nell'interno dell'organismo rimangono e continuano a rimanere nascosti, finchè non divengano manifesti attraverso un notevole sintomo. Ed è perciò necessario allo scopo di giudicare nettamente dello stato di salute chiamare in ausilio tutti i moderni metodi di indagine, anche se di notevole costo.

Però non bisogna sopravvalutare questo concetto e dare al medico esperto la possibilità di esercitarsi in questo senso. E questa è l'importanza dell'esercizio medico svolto più in superficie che in profondità, ed è anche il difetto degli altri metodi di indagine di medicina.

Noi abbiamo oggi nella profilassi della tuber-

colosi l'introduzione della radioscopia ma siamo ben convinti che le lastre Roentgen possono sempre dirci più che una scopia. E poichè ciò per motivi tecnici non è possibile sempre, bisogna in molti casi contentarsi della radioscopia che rappresenta sempre un notevole aiuto nella indagine polmonare.

Ciò vale anche per i consulti medici periodici introdotti dalla « Vita » che non presume di risolvere tutto ma che realizza il massimo delle possibilità odierne. Che si tratta di ciò, lo insegna non solo il personale interessato alla introduzione dei detti consulti periodici, ma anche le comunicazioni dei medici sulle diagnosi di malattia che da essi sono state fatte durante le visite e che hanno dato ragione di istituire una terapia. E poichè il medico viene lasciato libero di rivolgere in qualunque senso la propria indagine generale per scoprire il punto leso, nell'esame degli organi interni, ogni chiedente consiglio può essere individualmente esaminato e tranquillizzato.

Come partecipa Neustatter, Exton ha diviso in 6 gruppi coloro che si rivolgono al consiglio medico periodico. Secondo le mie personali ricerche gli stessi si possono dividere soprattutto in 3 categorie:

1) Quelli che si sentono sani e che vogliono aver confermata la loro salute attraverso la visita. In questa categoria si comprende molta gente prudente, ma anche quelli, come gli sportivi, che afferrano volentieri l'occasione di apprendere qualche cosa sulla loro efficienza fisica e sul loro stato di salute. Il numero di reperti patologici in questa categoria è scarso, ma nel senso assoluto, data la quantità abbastanza notevole.

2) Coloro i quali negli ultimi tempi hanno accusato qualche disturbo e per questo vanno volentieri dal medico, anche perchè hanno in quel momento ricevuto il buono che è valido per tre mesi. Fra questi si trovano spesso lievi disturbi organici e raramente malattie croniche non diagnosticate.

3) I nevrastenici in alto grado, che colgono l'occasione di andare ad esporre ad un medico le loro numerose lagnanze. Il numero è piccolo, poichè essi vanno precocemente dal medico e non attendono il buono. Lo stesso vale anche per i malati, i cui malanni sono già da lungo tempo manifesti attraverso sofferenze soggettive ed in prima linea i malati di stomaco, intestino, fegato, i calcolosi, i reumatici ed i nefritici.

All'opposto viene valorizzata nel modo seguente la consultazione medica periodica nelle

assicurazioni vita allo scopo d'attività profilattico-terapeutica.

1) Il riconoscimento delle magrezze e delle obesità patologiche, la lotta contro le quali è lo scopo principale del servizio della salute (da ciò però si può vedere che ogni medico in questione è una bilancia e misura con riferimento alla propria mole somatica il peso del corpo dei soggetti da visitare).

2) Il riconoscimento della cosiddetta costituzione tiroidea alla quale bisogna porre attenzione ogni qualvolta si abbia da fare con gozzuti.

3) L'enfisema polmonare iniziale, che segue alle bronchiti ripetute e che spesso si riscontra nei fumatori.

La tubercolosi polmonare cronica viene ben poco diagnosticata nei suoi primi stadi, se le lamentele dell'assicurato non conducano nettamente a farvi attenzione.

4) Le sofferenze circolatorie iniziali, che si manifestano con un soffio costante, o con una duratura tachicardia o aritmica o con valori elevati di pressione arteriosa.

5) Il diabete iniziale, la cui glicosuria viene accidentalmente in questi casi.

6) Le diverse albuminurie, le cui cause debbono venir riconosciute con appropriate ricerche.

7) Le alterazioni croniche dello scheletro, che hanno rapporto con disturbi endocrini o gottosi.

Un cancro viene solo singolarmente e per caso scoperto durante queste ricerche. Finché non sapremo nulla di sicuro sulle cause del cancro, bisogna esercitare fino al possibile una vera profilassi di questa grave malattia, riscontrabile in vari organi del corpo.

Se durante la visita si riscontrassero delle altre ragioni psichiche, ciò è dipeso dal fatto che l'assicurato è andato sempre dallo stesso medico e gli ha permesso di conoscere la sua personalità psichica.

Bisogna però precisare bene il concetto che a noi non interessano le grandi sindromi, bensì le lievi alterazioni, che vengono indicate spesso come « forme fruste » od ancor meglio gli stati premorbosi, con i quali sogliono venire indicate delle deviazioni dalla norma, sia nel senso ereditario che nel senso acquisito.

La « Patologia funzionale » si fonda in conclusione con la diagnosi precoce ed offre molte risorse per l'esperimento efficace delle consulenze mediche periodiche.

E giusto col progredire del controllo medico

vengono obbiettate le segnalazioni soggettive dei visitati: per esempio con le dichiarazioni di non poter resistere in ambienti surriscaldati e di non poter sopportare un bagno caldo, in caso di prime avvisaglie d'ipertrofia.

Il controllo periodico del comportamento della pressione arteriosa nelle vicissitudini attive della vita dovrebbe costituire il più semplice mezzo di diagnosi precoce e di efficace terapia dei reumatismi da ipertensione e dei quadri morbosi affini.

Nello stesso tempo, attraverso la visita medica periodica, si viene a seguire tutto il modo di evolvere di una malattia.

Non è possibile allora dubitare che il servizio sanitario delle Assicurazioni Vita, con le sue visite periodiche non debba esercitare una influenza favorevole sullo stato di salute e per conseguenza sulla longevità degli assicurati.

Quanto questa influenza valga e come possa essere manifesta attraverso un abbassamento della mortalità, non è possibile prevedere, data la breve durata dell'istituzione. Però il costo del servizio sanitario potrà venire almeno compensato dal corso favorevole della mortalità.

Linsmayer, al quale bisogna attribuire il merito dell'iniziativa dell'istituzione delle consultazioni mediche periodiche nelle Assicurazioni Vita in Europa — ed invero, secondo il fondamento di società americane — ha precisato il costo dei posti di sorveglianza in un triennio al 2,5% se tutti gli aventi diritto fanno uso della istituzione. E poiché oggi i 3/5 degli assicurati usufruiscono realmente delle visite, detta cifra deve essere oggi divisa fra tutti gli assicurati per un intervallo biennale.

I vantaggi del servizio sanitario non possono però essere soltanto valutati dal punto di vista matematico.

Attraverso la sollecitudine per gli assicurati alla stregua del contratto l'Assicurazione Vita persegue uno scopo etico e l'importanza della difesa sanitaria degli assicurati produce — come incitamento e come esempio — un vantaggio di carattere generale. Non può venir negato che al medico spetti un compito di particolare significato per il compito di questa missione. Per questo egli deve sempre essere allenato per un simile lavoro profilattico e non soltanto la sua attività, ma anche la sua preparazione ed il suo esercizio avranno una grande importanza.

(Traduzione e riduzione del dott. E. GIANNONE).

## Mortalità in Grecia per tifo, tbc. e malaria (1935 - II semestre).

ANNO 1935 MORTALITÀ	Luglio	Agosto	Settemb.	Ottobre	Novem.	Dicembre	TOTALE MORTI IN UN SEMESTRE
<i>Atene</i>							
Tifo . . . . .	21	9	8	11	6	8	63 tifo
Tbc. . . . .	184	160	160	152	155	127	938 Tbc.
Malaria . . . . .	2	2	2	3	3	1	13 malaria
<i>Pireo</i>							
Tifo . . . . .	3	8	8	2	2	4	27 tifo
Tbc. . . . .	47	41	44	49	59	29	269 Tbc.
Malaria . . . . .	0	0	0	2	1	13	13 malaria
<i>Salonicco</i>							
Tifo . . . . .	2	4	10	7	6	4	33 tifo
Tbc. . . . .	55	40	42	38	39	29	243 Tbc.
Malaria . . . . .	11	11	26	22	10	13	93 malaria

Prof. G. BASILIADES

(Riassunto dal Bollettino di Statistica di Grecia)

Dai Libri e dai Periodici**L'importanza della velocità di sedimentazione dei g. r. nella medicina assicurativa.**

Prendendo occasione da un articolo di Starna comparso sull'« Assistenza Sanitaria » di due anni fa, Stockmann in *Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung* (1937, n. 2), ha voluto dimostrare l'importanza che questa reazione può presentare per la diagnosi e la prognosi di alcune malattie nell'A. Vita.

Descritti i metodi della reazione, viene ammesso che per i tumori essa non ha valore probativo; invece per la tbc. polmonare potrebbe costituire un utile ausilio nell'A. Vita in quanto l'accelerazione del fenomeno dimostra che il processo non è ancor spento; ma lo stesso autore ammette che una sedimentazione normale non esclude in nessun modo una tbc. polmonare poichè l'esperienza statistica ci dice che questo fatto si verifica dall'1,8 al 7,35 % dei casi di tbc. polmonare.

Quanto ai tumori l'A. crede che la reazione possa essere di aiuto nello stabilire se individui operati possono essere accettati quale rischio tarato.

In complesso Stockmann dissente dall'opinione di Starna sul valore della reazione per la prognosi lontana della tbc. polmonare e dei tumori e crede che, anche in mancanza di statistiche dimostrative, essa possa essere utile per la chiarificazione dei casi discutibili e per il controllo dei rischi tarati.

Noi pensiamo, al disopra di ogni preconcetto, che pur seguendo gli ulteriori accertamenti sul valore pratico della velocità di sedimentazione, tale ricerca abbia attualmente per la medicina assicurativa un valore notevolmente inferiore agli altri mezzi di controllo radiologico e clinico collaudati da una lunga pratica.

Sul.

**I danni demografici ed assicurativi della sifilide.**

Troppo spesso si dimentica, anche dai medici, i gravi danni che ancor oggi questa malattia determina; ciò molto probabilmente è dovuto al fatto che le sifilidi ignorate, e quindi non curate, sono purtroppo tutt'altro che rare.

Riferiamo in proposito alcune cifre comparate nella comunicazione di Nicastro e di De-Favento negli Atti della XXX Riunione della Società Italiana di Dermosifilografia pubblicati recentemente.

Nicastro dal materiale della R. Clinica di Palermo ha seguito 250 coniugi luetici durante il quinquennio 1931-35 ed ha rilevato che il 31 % delle gravidanze sono interrotte da aborto, l'8,5 % da parti prematuri ed il 3,7 % da nati morti. Maggiore ancora è il danno nelle gravidanze condotte a termine; infatti di 411 bambini nati 190 sono morti subito o nei primi mesi e solo 187 sono viventi e sani. L'indagine ha dimostrato che quando i genitori luetici sono curati regolarmente la morte del neonato si aveva solo nel 17 %; tale cifra sale a 42,8 ed al 54 % allorchè i genitori si sono curati male o non si sono curati affatto.

De-Favento di Trieste, in base alle statistiche del quinquennio 1931-1935 dei sinistri delle Assicurazioni Generali di Trieste ha riscontrato 325 casi di morte anticipata per sifilide sopra un totale di 3841 decessi. La lue fu causa indubbia di morte in 30 casi, indiretta in 295; quasi nessun soggetto aveva raggiunto i 60 anni. Il Prof. Tommasi, giustamente, nel memoriale sulla valutazione del danno in Italia da sifilide e blenorragia proponeva un nuovo e più vasto indirizzo per la profilassi e la prevenzione di queste malattie. L'I. N. A. attraverso i Centri ed i Consultori, presso i quali viene praticata la reazione di Kahn o quella di Wassermann, gratuitamente a tutti i propri assicurati, ha compreso da anni l'importanza sociale di questa lotta e si augura di poter contribuire alla vittoria nazionale di fronte a queste affezioni che corrodono l'individuo, la famiglia e la razza.

St.

#### La mortalità in Italia per alcune malattie.

Nell'annuario Statistico Italiano del 1937, edito dall'Istituto Centrale di Statistica, sono pubblicate notizie e raffronti notevoli sopra l'andamento delle più importanti malattie e sull'età preferite.

Così il tifo ed il paratifo presentano il massimo numero di morti del gruppo di età 15-19; per la tbc. polmonare mentre per le donne il massimo è compreso tra 20 e 24 anni, negli uomini invece si ha tra i 25 ed i 29 anni di età. Altre malattie raggiungono invece i massimi in età matura o senile così i tumori nel gruppo di età 75-79, i malati di cuore nel gruppo 65-69.

Passando allo studio dell'andamento della mortalità si trova dal confronto dei trienni 1900-1902 e 1930-1932 che in alcune malattie essa è aumentata; fortunatamente tale categoria è limitata e comprende solo il diabete mellito con aumento del 153 %, tumori maligni con il 36 % e la scarlattina con il 5 %. Sono invece in maggior numero le malattie con diminuzione e cioè il tifo ed il paratifo con il 61 %, il morbillo è diminuito del 6 %, la difterite del 51 % e la tubercolosi del 29 %.

St.

#### Morti in Italia per tumori maligni nel 1936 distinti per sesso e compartimenti (Notiziario demografico, n. 1, 1938).

Compartimenti e Regno	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte . . . . .	1.953	2.201	4.154
Liguria . . . . .	786	881	1.667
Lombardia . . . . .	3.389	3.256	6.645
Venezia Tridentina . . . . .	392	408	800
Veneto . . . . .	1.997	1.911	3.908
Venezia G. e Zara . . . . .	474	524	998
Emilia . . . . .	1.992	1.953	3.945
Toscana . . . . .	1.964	1.853	3.817
Marche . . . . .	490	535	1.025
Umbria . . . . .	250	237	487
Lazio . . . . .	937	1.130	2.067
Abruzzi e Molise . . . . .	308	435	743
Campania . . . . .	575	886	1.461
Puglie . . . . .	438	683	1.121
Lucania . . . . .	90	119	209
Calabrie . . . . .	243	395	638
Sicilia . . . . .	801	1.101	1.902
Sardegna . . . . .	216	284	500
Totale Regno	17.295	18.792	36.087

#### La chemioterapia del cancro.

Del Prof. Cappelli, Dirigente il Servizio Radioterapico dell'Istituto Regina Elena in Roma, è comparso nella collezione delle Monografie d'attualità del « Policlinico » un lavoro su questo argomento con nuovi orientamenti etiopatogenetici e curativi che meritano di essere considerati.

L'A., esposto il principio della radioamitosi,

passa ad esaminare i glucosidi cianogeni che avrebbero azione contro la disglucemia, si sofferma sulla amigdalina e specialmente sui fosfati come sostanze antagoniste del terreno cancerofilo. In un caso di epiteloma melanotico l'applicazione fatta dall'A. di amigdalina provocò lo sfacelo neoplastico e la scomparsa delle metastasi ganglionari con un quadro febbrile acuto portando a guarigione persistente; in altri casi non ha avuto però lo stesso esito.

In base ad ipotesi, Cappelli, dopo aver trovato nel fosfato diammonico e monoammonico la possibilità di accelerare il consumo del glucosio nell'organismo, ritiene di poter modificare il coefficiente di cancerizzazione appunto con una correzione della disglucemia e della disbiosi. Indipendentemente dai risultati in seguito a **trattamento con sali di fosfati**, non possiamo **non riconoscere l'interesse e l'importanza che tali studi rivestono nello sforzo mondiale inteso ad indagare il grande mistero dell'oncologia.** St.

**Andamento della mortalità d'ambo i sessi per tumori maligni nel Regno - Distribuzione % degli organi colpiti** (Riassunto da *Notiziario demografico*, n. 1, 1938).

Sede dei tumori	1934	1935	1936
Cavità boccale e della faringe . . . . .	3,96	4,37	4,09
Tubo digerente e peritoneo . . . . .	53,31	54,46	54,65
Apparato respiratorio . . . . .	3,45	3,59	3,46
Utero . . . . .	8,62	8,73	8,99
Altri organi genitali della donna . . . . .	1,36	1,36	1,44
Mammelle . . . . .	6,27	6,79	6,58
Organi genito-urinari dell'uomo . . . . .	3,87	3,92	4,05
Pelle . . . . .	2,45	2,72	2,85
Altri organi e organi non specificati . . . . .	16,69	14,07	13,88
Complesso	100	100	100

**La mortalità per malattie dell'apparato circolatorio.**

Sono ormai numerosi gli studiosi che si occupano in Italia di questo argomento, dopo

che molti anni fa Luigi Ferrannini vi richiamò l'attenzione dei medici. Ed oggi come all'estero anche da noi si va procedendo ad indagini e si studiano i mezzi per una razionale organizzazione di assistenza a questi malati non escludendo i mezzi atti alla prevenzione di queste affezioni.

Dopo i precedenti lavori di Pampana, Giannini e Barbara troviamo in « Difesa Sociale » (n. 10, 1937) un interessante studio del Tizzano, Vice Capo Reparto dell'Ufficio Centrale di Statistica, nel quale viene esposto l'andamento di tali malattie in Italia e messo a raffronto con quello di molti Stati d'Europa e d'America.

Naturalmente data la vastità dell'argomento le voci dell'elenco nosologico prese in esame contemporaneamente sono molte nè è possibile scendere a notizie dettagliate, comunque, dall'articolo del Tizzano corredato di molte tabelle risulta l'incremento della mortalità di queste malattie che seguono da vicino i progressi del diabete e del cancro. Sono appunto queste tre malattie quelle che nell'ultimo trentennio hanno presentato un peggioramento. In tale studio l'A. confronta l'andamento della mortalità cardiovascolare con vari metodi statistici. Passando ad alcuni elementi analitici di queste malattie, egli osserva che come causa di morte mentre negli uomini prevalgono l'emorragia cerebrale, la pericardite e l'angina pectoris, nelle donne invece sono più frequentemente causa di morte l'embolia, la trombosi cerebrale, la endocardite e le malattie del miocardio.

Come per le malattie respiratorie i decessi prevalgono durante i mesi invernali superando il numero dei morti per la stessa causa nei mesi estivi del 50-70 %. Quanto all'influenza professionale sopra queste malattie, l'A., utilizzando l'indice relativo standardizzato di mortalità del De Bernardinis, ha determinato, per il sesso maschile, una scala di tale frequenza; ha così potuto vedere che le professioni sedentarie vengono molto più colpite delle altre e che gli artigiani danno il minore coefficiente.

Più incerti sono i risultati circa la prevalenza di questa affezione nei centri urbani od in quelli rurali. L'arteriosclerosi prevale nettamente negli uomini tanto in Italia che in Inghilterra. Quanto al gruppo d'età preferito dopo i 45 anni vengono ad essere colpiti specialmente gli uomini la cui mortalità supera quella femminile del 50 %. Evidentemente l'onere di dirigere il campo economico ed i lavori gravosi a cui va soggetto grava notevolmente sulla funzionalità dell'apparato vascolare del sesso forte. St.

**Il raffreddore.**

Nel n. 222, dicembre 1937, di «Terapia» P. C. Monti fa una rassegna delle varie forme di raffreddore in rapporto alla loro etiologia seguendo la distinzione dei Thomson e cioè: raffreddore da pneumococchi, da streptococchi e streptococchi, da bacillus di Pfeiffer, da micrococcus catarralis, da altri batteri e da virus filtrabili.

Egli dice che la microflora della saliva normale, della gola e dell'escreato risulta enormemente ricca e varia con grandi differenze tra individuo ed individuo. Vi prevalgono gli streptococchi in generale e più frequentemente il gruppo viridans. La microflora del nasofaringe non è così numerosa e varia come quella della saliva, dell'escreato e della gola e il naso sano presenta una microflora molto scarsa. E' più facile, pertanto, individuare la causa di una forma catarrale del naso e del nasofaringe che di una forma del tratto respiratorio più basso. Ricorda poi che mancando un rimedio specifico basato sulla conoscenza dell'agente causale, innumerevoli sono i rimedi palliativi.

Ve.

**Della bilateralità precoce della tbc. polmonare.**

Jacques Stephani in una sua relazione sulla *Presse Medicale* del 5 gennaio 1938, fa rilevare come, nelle forme monolaterali di tbc. polmonare, l'affezione sovente finisce col propagarsi anche al lato sano o considerato primitivamente come tale.

L'A. si propone di portare qualche lume sul problema e ricorda i risultati di 100 casi presi in osservazione veramente all'inizio, nei quali il tempo medio trascorso tra i sintomi iniziali e l'esame clinico e radiografico, che ha servito di base a questo studio, fu di 4 mesi e mezzo. Questo tempo medio fu in particolare, di 5 mesi per gli infiltrati e le forme nodulari, ma di due mesi e mezzo solamente per i 4 casi di tbc. caseosa evolutiva (pneumonite caseosa), forma che giustamente è caratterizzata da evoluzione globale rapida.

L'esame delle tabelle riguardanti i 100 casi suddetti, hanno dimostrato che su 56 focolai, le caverne si avevano in 34 casi cioè più del 60%; seguono poi in ordine di frequenza, ma con percentuali considerevolmente minori, le

forme rispettivamente nodulare, lobare, infiltrativa, diffusa e apicale.

L'infiltrato in particolare non diede che cinque casi di metastasi su 56 (9%); come si vede la persistenza di una caverna beante non cicatrizzata è considerevolmente più dannosa che quella di un focolaio di condensazione non ulcerato.

Tutte le cifre che egli ha analizzato gli permettono di affermare con qualche sicurezza che la tbc. polmonare prima di 4 mesi e mezzo dopo il suo inizio apparente è già bilaterale nel 56% dei casi.

Ve.

**Le sclerosi giovanili.**

In uno studio clinico ed anatomopatologico De-Candia dell'Istituto di Patologia e Biotipologico di Roma pubblica uno studio sistematico sopra queste malattie.

Tali forme sono dall'A. esposte nell'etiopatogenesi ed a seconda dei vari apparati che ne possono esser colpiti, da quello cutaneo al respiratorio, da quello circolatorio alle ghiandole endocrine. Successivamente De-Candia espone dal punto di vista costituzionalistico del Pende la cirrosi epatica atrofica giovanile, il diabete giovanile, ed il rene grinzoso corredate da esemplificazioni cliniche.

Un capitolo generale sui criteri che deve informare la terapia di queste malattie chiude il pregevole studio nel quale viene confermato il concetto della Scuola che sopra il particolare terreno diatesico i singoli parenchimi possono andare incontro ad un processo abiotrofico ed involutivo.

St.

**Per la medicina preventiva in Inghilterra.**

Negli annali d'igiene (1937, n. 12) leggiamo che il Re d'Inghilterra ha nominato suoi medici onorari alcuni cultori della Medicina preventiva. Con questo riconoscimento ufficiale si viene a richiamare l'attenzione del pubblico inglese sull'importanza sociale della profilassi e della medicina preventiva. Mentre in passato la nomina era conferita soltanto a clinici o medici militari oggi sono stati nominati medici dei seguenti servizi d'igiene: Sperimentale, industriale, servizi sanitari periferici, ecc.

St.

## PUBBLICAZIONI RICEVUTE

Dott. A. MAROTTI, *Azione in vivo degli estratti duodenali sulla emopoiesi* — Estr. dagli « Annali dell'Istit. Maragliano », 3° quadrimestre 1935.

Gli estratti duodenali introdotti in circolo, determinano aumento del numero delle emazie, dell'emoglobina e del peso corporeo.

Idem, *Il calcio nella laringite difterica stenotomica*. — Estr. da « Terapia », n. 180, giugno 1934.

Viene riferito il grande beneficio che il gluconato di calcio per iniezioni apporta nella laringite difterica.

Idem, *Azione in vitro degli estratti duodenali sui globuli rossi*. — Estr. dagli « Annali dell'Ist. Maragliano », 3° quadrimestre 1934.

Gli estratti duodenali non agiscono sulla resistenza globulare, mentre influiscono sull'emolisi provocata dalla bile e dal glicocolato di sodio e sull'emolisi provocata dalle emolisine ottenute artificialmente.

IDEM, *Vaccinazione antidifterica con anatosina a dose unica*. — Estr. dal « Giornale Medico dell'Alto Adige », vol. VI, fasc. II, 1934.

L'A. ha eseguito su 90 bambini la vaccinazione antidifterica con anatossivaccino, ottenendo complessivamente il 77,7 % d'immunizzazioni e ne consiglia il metodo.

Dott. C. ROTTA, *Ricerche sull'azione degli enzimi lipolitici epatici nella tbc. umana*. — Estr. dal « Policlinico - Sez. Pratica », N. 44, 1937.

Dalle esperienze fatte con gli enzimi lipolitici (eparenzima) l'A. afferma la loro utilità nella cura della tbc., soprattutto in quella nodulare e ghiandolare, nonchè nel ricambio generale dell'organismo.

Dott. A. MAROTTI, *Contributo sperimentale sulla intradermo-reazione di Dick*. — Estr. dal « Giornale di Clinica Medica », Fasc. VIII, 1930.

L'intradermo-reazione di Dick è negativa nei lattanti sotto i 6 mesi, mentre è positiva tra i due e i 7 anni (più intensa nei bambini tbc.) e si trova sempre in maggior percentuale negativa in rapporto diretto all'età degli individui.

IDEM, *La enzimo-reazione nella difterite*. — Estr. dagli « Annali dell'Ist. Maragliano », 3° quadrimestre, 1932.

Gli esperimenti fatti hanno dimostrato che

l'enzimo-reazione in 25 casi di difterite accertata è stata in tutti positiva.

Dott. U. MORICHINI e G. M. HIRSCH, *Come assumete il vostro personale?* — Soc. Tip. Castaldi, Roma, 1937-XVI.

Viene esposto il modo di svolgersi di una ricerca psicotecnica e si rende noto che la consulenza del Centro psicotecnico commerciale nell'assunzione di impiegati nelle aziende, può portare dei vantaggi.

Dott. A. GEREMIA, *Autoemoterapia e riflesso di Pagano Hering*. — Estr. dal « Giornale Medico dell'Alto Adige », n. 8, 1936.

L'A. ha notato negli arteriosclerotici attenuazione o scomparsa del R. di P. H., in genere parallela all'abbassamento della Pr. A. indotta dall'autosangue, mentre nei normotesi non ha riscontrato alcuna modificazione.

Dott. D. ACQUARONE e V. DIOLAITI, *Osservazioni sulla febbre maltese e sua cura intensiva e rapida*. — Estr. da « Medicina contemporanea », anno I, n. 9, 1935.

Dopo considerazioni di epidemiologia, eziologia e diagnostica, l'A. propone la cura della febbre maltese con l'ipertemia oltre i 41°.

Dott. A. GEREMIA e M. DE MARCO, *Modificazioni ematiche post-irradiatorie*. — Estr. dal « Giornale di Clinica Medica », fasc. IV, 1931.

L'azione irradiante dei raggi Roentgen nei macrosplannici ha dato leucocitosi, mentre nei longilinei leucopenia.

Dott. A. GEREMIA, *L'influenza dei raggi Roentgen sul contenuto di catalasi nel sangue*. — Estr. da « Minerva medica », n. 18, 1931.

L'A. ha osservato che le irradiazioni Roentgen in dosi massive, all'addome e torace, determinano un notevole aumento della catalasi ematica.

Dott. E. PERITI, *L'azione terapeutica del calcio nell'emottisi da tbc. polmonare*. — Estr. dagli « Archivi di Biologia », fasc. II, 1927.

Si è riscontrato che la somministrazione di cloruro di calcio per via orale, fa aumentare nel sangue la quantità del sale di calcio e dei loro ioni e per via endovenosa si è visto ritardare il tempo di coagulazione del sangue.

Dott. G. MIGNECO, *Sul valore pratico di una nuova prova di funzionalità epatica*. — Estr. dal « Policlinico », Sez. Pratica, A. XL, 1933.

La suddetta prova ha dimostrato che negli

individui normali furono registrate curve di tipo epatico e negli epatopazienti curve di tipo normale; perciò la conclusione è negativa.

Dott. RIGONI e CARDIN, *La trasfusione eterogenea: azione combinata dell'aldeide formica e del glucosio per la fissazione del sangue.* — Estr. dal « Bollettino della Soc. It. di Biologia Sperimentale », fasc. 8, 1934.

Il sangue eterogeneo gluco-formolizzato è ben tollerato e gli animali anemizzati, così trasfusi, offrono un quadro di intensa restaurazione ematica.

Dott. RIGONI, *La pseudo-agglutinazione dei globuli rossi nelle sospensioni diluite.* — Estr. dal « Bollettino della Soc. It. di Biologia Sperimentale », fasc. 10, 1936.

La diluizione dei globuli rossi nel proprio plasma realizza condizioni favorevoli ad una intensa pseudo-agglutinazione e ad una facile visibilità di questo fenomeno.

Dott. RIGONI e CICOGNANI, *La determinazione del volume dei polmoni.* — Estr. da « Diagnostica e tecnica di laboratorio », n. 3, 1936.

Viene descritto il procedimento di Lundsgard e Van Slyke per la determinazione del volume dei polmoni e dell'aria residua, con alcune modificazioni sostanziali.

Dott. RIGONI, *Le oscillazioni sfigmatiche del tono vasale.* — Estr. da « Cuore e Circolazione », A. XVII, 1933.

Vengono riferiti alcuni dati sperimentali attinenti ai riflessi regolatori della circolazione del sangue e alcuni altri aspetti caratteristici della oscillazione sfigmica delle arterie.

Dott. RIGONI, *Disfunzione elastica dei vasi centrali ed ipertensione arteriosa.* — Estr. dal « Giornale di Clinica Medica », fasc. XIV, 1932.

Tra funzione elastica delle zone vasosensibili ed eccitamento dei pressorecettori, esistono stretti rapporti di proporzionalità, in modo che la disfunzione elastica delle arterie cerebrali, è causa di abbassamento della eccitabilità dei pressorecettori rispetto agli stimoli fisiologici.

Dott. RIGONI e VANGELISTA, *La resistenza osmotica globulare in periodo mestruale, nelle sospensioni cloruro-sodiche ed in quelle plasmatiche.* — Estr. dal « Bollettino It. di Biologia Sperimentale », fasc. 10, 1936.

Le emazie presentano nel periodo mestruale caratteri di fragibilità emergenti da un abbassarsi della loro resistenza osmotica, mentre il plasma esercita un'azione antilitica e protettiva dei globuli.

Dott. GEREMIA, *Su di un caso di adenoma acinoso del lobo sinistro del fegato.* — Estr. da « Giornale Veneto di Scienze Mediche », vol. IX, 1935.

L'A. descrive un caso di adenoma benigno del globo sinistro del fegato esponendo le ragioni cliniche ed istologiche che hanno giustificata tale diagnosi.

Dott. RIGONI, *Il ricambio respiratorio, la portata circolatoria e la gittata sistolica nelle cardiopatie compensate e nello scompenso di circolo (Nota 1).* — Estr. da « Cuore e Circolazione » A. XXI, 1937.

L'aumento metabolismo basale rilevabile nello scompenso di circolo, va riferito ad un lavoro scarsamente economico dei vari organi, mentre l'elevato metabolismo rilevabile nello stato di scompenso, è attribuibile piuttosto ad un'evidente ottusità di determinate funzioni provocate dalle stesse esigenze del compenso di circolo.

Prof. SCHILLING, *Le epizoozie dell'Africa ed i loro rapporti con le malattie dell'uomo (Lezione).*

L'A. espone le notizie più interessanti sulle epizoozie fra gli animali domestici in Africa, notizie raccolte dalla sua lunga esperienza. L'epizoozia più pericolosa in Africa è rappresentata dalla peste bovina e poi da quella equina, Esisterebbe un parallelismo tra le suddette epizoozie e la febbre gialla, così la fotosensibilizzazione delle pecore e dei suoi rapporti con la pellagra umana.

Molto importanti sono le malattie che l'A. vorrebbe chiamare « simmetriche » e cioè la malattia del sonno dell'uomo con la malattia da tsè-tsè degli animali domestici: la loro « simmetria sarebbe dovuta al fatto che il meccanismo di trasmissione è la mosca tsè-tsè (glossine).

Risulta chiaro dall'esposizione fatta quanto intime siano le relazioni specialmente nel campo delle infezioni tropicali tra le malattie dell'uomo e quelle degli animali.

Dott. RIGONI, *La determinazione della resistenza osmotica delle emazie nel proprio plasma.* — Estr. dal « Bollettino della Società Italiana di Biologia Sperimentale », vol. 9, n. 8, 1934.

Viene riferito nel contesto un procedimento di analisi ematologica destinato a definire nella loro entità le azioni modificatrici della resistenza osmotica, che sulle emazie esercita l'ambiente plasmatico.

Dott. E. ASCARELLI, *Rapporti tra velocità di corrente e metabolismo basale nei cardio-pazienti*. — Estr. da «Cuore e Circolazione», A. XXII, 1937.

L'A. ha studiato la velocità di corrente ed il metabolismo basale in 58 cardiaci, mettendo in rapporto diretto queste due prove funzionali ed ha ottenuto un prodotto che egli propone di chiamare coefficiente Velocità-Metabolismo, il quale dà cifre proporzionalmente più alte o più basse secondo l'aggravarsi o il migliorarsi delle condizioni cliniche del cardio-paziente.

D. E. PERITI, *Il sintomo di Graefe nelle peritoniti acute*. — Estr. da «Rivista di Clinica Medica», n. 14, 1926.

Dalle osservazioni personali fatte l'A. deduce che nelle lesioni peritoneali gravi il sintoma di Graefe non è mai mancato.

IDEM, *Patogenesi dell'edema polmonare acuto e sua cura mediante la provocazione della stasi venosa degli arti*. — Estr. da «Lo Sperimentale», Fasc. 3° e 4°, 19325.

L'A. afferma i favorevoli risultati ottenuti su 5 casi che sembrano confermare il meccanismo patogenetico esposto nel testo.

Dott. E. ASCARELLI, *La prova dell'acido ippurico nell'epatopatie*. — Estr. da «Policlinico», Sez. pratica, vol. 45, 1938.

Nelle epatopatie con impegno grave delle cellule epatiche la prova ha indicato una scarsa sintesi ed eliminazione dell'a. i.

Prof. A. PIRAZZOLI, *La diagnosi precoce della tbc. renale e le leggi sociali*. — Estr. da «L'Assistenza Sociale Agricola», n. 9 e 10, 1937.

Vien descritta l'eventualità di una affezione specifica renale ogni qualvolta il medico si troverà di fronte ad un giovane albuminurico, piurico od ematurico. Vien fatta distinzione tra i vari tipi di ematuria. L'A. fa notare come nella tbc. renale sia minima, rilevabile al microscopio già all'inizio della lesione.

Prof. A. MANNA, *Le operazioni plastiche sulla mammella nei loro rapporti con la endocrinologia e la gravidanza*. — Tipografia Quintily, Roma, 1937.

L'A. parla della ghiandola mammaria, delle varie forme di ptosi, delle operazioni di plastica, degli esami che si devono praticare pri-

ma dell'operazione, della trasposizione del capezzolo e dell'opoterapia mammaria.

Dott. FÜRST, *L'andamento della mortalità per cancro in Austria*. — Estr. da «Zeitschrift für Krebsforschung», vol. 47°, 1° fasc., 1937.

E' una esposizione completa della mortalità per cancro in Austria con i dati divisi per sesso e per gruppi d'età per gli anni 1932-1936. Il gruppo di età più colpito risulta quello compreso tra 50-59 anni, l'età senile propriamente detta, dà un coefficiente minore alla malattia.

Dott. G. V. CRESTANI, *Albumina e gravidanza*. — Estr. da «Tesi delle Scuole di Perfezionamento» R. Università di Padova, 1932.

Tratta l'eziologia, patogenesi delle tossicosi gravidiche sulle varie lesioni renali che può indurre la gravidanza.

*Estratto dalla XXX Riunione della Società Italiana di Dermosifilografia*, Roma 12-14 ottobre 1936.

E' il memoriale riassuntivo sulla «Valutazione del danno in Italia da sifilide e blenorragia, con proposte e direttive, per una più efficace lotta profilattica».

Dott. LINO AGRIFOGLIO, *Un importante episodio epidemico di poliemielite aa, verificatosi nel Comune di Sezze*. — Estr. da «Forze Sanitarie», n. 5, 15 marzo 1936.

Sono rilievi epidemiologici e statistici sulle epidemie verificatesi nell'agosto-ottobre 1935 nel suddetto Comune.

Dott. RIGONI, *Glucosio, saccarosio e formaldeide come agenti inibitori dell'isoagglutinazione*. — Estr. dal «Bollettino della Società Italiana di Biologia Sperimentale», fasc. 6, 1933.

Il glucosio, il saccarosio e la formaldeide inibiscono le sieroreazioni specifiche di gruppo (agglutinazione). In vista di eventuali applicazioni alla terapia, specie quella trasfusoria, di tale proprietà degli zuccheri e della formaldeide, viene indicata la possibilità di una associazione di queste sostanze, la quale sia atta a diminuire il danno che ognuna può dare separatamente ed a sommarne nel tempo stesso i vantaggi.

### Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari

Dr. DEL PIO Luigi, Arluno (Legnano).  
Dr. ROCCO Nicola, Polesella (Rovigo).

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

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