

L'ASSISTENZA

SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



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

Anno VII
Numero 2
15 aprile
1938 - XVI
Spedizione in abbonamento postale - Roma



Corporate Heritage
& Historical Archive

Una falsa voce sul modo di pagamento agli assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

Recentemente è stato reso di pubblica ragione che l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, nel corso dei suoi primi venticinque anni di vita, ha pagato ai suoi assicurati o ai loro eredi, per scadenze, sinistri, riscatti e rendite vitalizie circa

QUATTRO MILIARDI DI LIRE

Questa espressione di potenza del grande Ente di Stato, che per tutti gli Italiani è ragione del più alto compiacimento, ha tuttavia fatto correre, in alcuni ristrettissimi settori, la voce interessata CHE L'ISTITUTO EFFETTUI I PAGAMENTI NON IN CONTANTI, BENSÌ IN TITOLI.

TALE VOCE È FALSA E COLORO CHE, PER MALSANO SPIRITO DI CONCORRENZA, L'HANNO DIVULGATA, MERITANO IL PIÙ SEVERO BIASIMO.

Tutte le persone oneste e in buona fede sanno che

Con denaro e non con titoli

l'Istituto Nazionale paga le somme dovute ai suoi assicurati. Esso ha pagato a mezzo dei corrispondenti Titoli dello Stato, **SOLTANTO** le somme dovute per sottoscrizione a Prestiti Nazionali; il che corrispondeva perfettamente alle norme contrattuali e alla volontà dei cittadini che, intendendo concorrere con spirito patriottico e fascista alla sottoscrizione dei Prestiti Nazionali e non trovandosi in condizione di sborsare immediatamente somme più o meno cospicue, potevano, nelle forme assicurative create dall'Istituto, realizzare il loro proposito e diventare anch'essi sottoscrittori, dato che dovevano pagare i Titoli in piccole quote durante un periodo medio di dieci anni.

Operazioni finanziarie, dunque, queste, che oltre ad essere molto vantaggiose per gli assicurati-sottoscrittori, sia per la ratizzazione, sia per la copertura del rischio di morte, furono di grande utilità per lo Stato, perchè l'Istituto procedeva al pronto acquisto dei Titoli, che gli assicurati s'impegnavano a pagare ratealmente. In tal modo hanno potuto rispondere all'appello della Nazione centinaia di migliaia di cittadini, che altrimenti, sia pure con vivo rincarimento, ne sarebbero rimasti esclusi.

Sia quindi ripetuto ben chiaro che, fatta eccezione per le polizze speciali abbinate a Prestiti Nazionali, su tutte le assicurazioni normali, che formano il portafoglio dell'Istituto, oggi sommate a ben **SEDICI MILIARDI DI LIRE**, l'Istituto eseguisce i pagamenti

Sempre e soltanto in denaro contante

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:

BIELLA - presso l'Agenzia Generale - Via Arnulfo, 20.

CIRIÉ (Torino) - presso l'Agenzia Principale - Via Vittorio Emanuele.

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.*

Facilitazioni presso gli Stabilimenti Termali:

LIVORNO - Acque della Salute - Acque iodo-clorurato-sodiche, forti e deboli per uso orale, bagni, irrigazioni ecc.

Riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore.

Facilitazioni presso le Case di Cura:

PIACENZA - Casa di cura « Piacenza » - Riduzione 20 % sulle Tariffe in vigore.

in corso d'istituzione:

Centro di Assistenza Sanitaria in TRIESTE.

Sub Centro di Assistenza Sanitaria in VENEZIA.

PROVVIDENZE SANITARIE IN VIGORE A FAVORE DEGLI ASSICURATI

- A) *Visite mediche periodiche gratuite per il collaudo della salute.*
- B) *Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale.*
- C) *Ricerche cliniche ed esami di laboratorio gratuiti.*
- D) *Consultorio gratuito per il collaudo dell'organo della vista.*
- E) *Consultorio gratuito per gli organi dell'orecchio, naso e gola.*
- F) *Gabinetto per cure odontoiatriche.*
- G) *Consultorio gratuito d'igiene.*
- H) *Prestiti senza interessi per operazioni chirurgiche.*
- I) *Facilitazioni presso medici specialisti per cure oculistiche, otorinolaringoiatriche ed odontoiatriche.*
- L) *Facilitazioni presso Ospedali, Case di Cura.*
- M) *Facilitazioni presso Sanatori, Convalescenziari e Consultori Materni.*
- N) *Facilitazioni per cure termali.*
- O) *Pubblicazioni di medicina preventiva.*

A) Visite mediche periodiche gratuite per il collaudo della salute:

Concessione di un *buono di visita medica gratuita ogni due anni* agli assicurati in regola con i pagamenti che siano possessori di polizze di assicurazione in forma ordinaria con visita medica, per un capitale superiore alle L. 20.000.

Gli assicurati hanno facoltà di scegliere il medico, e questi è tenuto al segreto professionale anche verso l'Istituto.

I buoni di visita medica gratuita (Modulo Servizio sanitario n. 80) vengono distribuiti dalle Agenzie presso le quali gli assicurati pagano il premio.

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

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

C) Ricerche cliniche ed esami di la-

boratorio gratuite per tutti gli assicurati presso i Centri e Consultori dell'I.N.A.:

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

2) Esame dell'*espettorato*.

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

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

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

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

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

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

9) *Elettrocardiogramma*.

10) Misurazione della *pressione arteriosa*.

11) *Teleradiografia del torace*.

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

D) Consultori gratuiti per il collaudo

dell'organo della vista per tutti gli assicurati:

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

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

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

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

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

igiene dell'alimentazione;

» del lavoro;

» matrimoniale;

» del vestiario;

» tropicale;

» dello sport;

» della casa;

per le prevenzioni delle malattie, specialmente infettive.

H) **Prestiti senza interessi** agli assicurati con polizze ordinarie e collettive che debbono sottoporsi ad operazioni di alta chirurgia, per la somma occorrente a pagare le relative spese, debitamente comprovate.

I) **Facilitazioni presso medici specialisti**, per cure oculistiche, per cure otorinolaringoiatriche, per cure odontoiatriche.

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

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

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

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

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

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

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

3° *Sotto il platano di Coo*; 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.

(per regione)

Piemonte

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

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

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

Cirié (Consultorio), presso l'Ag. Principale, Via Vitt. Emanuele, 2° e 4° venerdì del mese.

Lombardia

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

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

Biella (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Via Arnolfo, 20, 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.

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

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

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

Venezia Tridentina

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

Bressanone (Consultorio), presso l'Agenzia Principale, Via Roma, 5, 1° e 3° sabato del mese, ore 9-12.

Rovereto (Consultorio), presso l'Agenzia principale, 2° e 4° martedì del mese (pomeriggio).

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

Venezia Veneta e Giulia

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

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

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

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

Trieste (Consultorio), Via Carducci, 2, 1° e 3° mercoledì del mese.

Verona (Consultorio), Corso Vittorio Emanuele, 11, 1° lunedì del mese.

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

Emilia

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

Marche e Dalmazia

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

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

Macerata (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Via Ricci, 2, ultimo mercoledì del mese.

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

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

Lazio e Umbria

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

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

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

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

Calabria e Sicilia

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

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° mercoledì del mese, ore 10-13, 16-19.

Cosenza (Consultorio), Corso Mazzini, 2° martedì del mese, ore 10-13, 16-19.

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

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

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

Ragusa (Consultorio), Via M. Coffa, 12, 1° venerdì del mese, ore 16-18.

Reggio Calabria (Consultorio), Corso Garibaldi, 2° e 4° giovedì del mese, ore 16-19.

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

Trapani (Consultorio), Via Torrearsa, 1° martedì del mese, ore 10-13.

Sardegna

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

Nuoro (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Via Garibaldi, 81, ultimo lunedì del mese.

Sassari (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, P. Italia, 7, 2° lunedì 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. A. CUCURULLO.

Canicatti: Dr. G. CASSARO, P. Palma.

ALESSANDRIA

Odontoiatri

Alessandria: Dr. L. MOTTA, P. Lega, 7 - Dr. G. OSIMO, V. Mazzini, 1 - Dr. A. PICCINI, V. Umberto, 25 - Dr. A. G. PICCIONE, V. Venezia, 3.

Casale Monferrato: Dr. U. GAUDINA - Dr. A. REDOGLIA - Dr. G. PINOLINI.

Novi Ligure: Dr. M. L. BELLONE.

Tortona: Dr. C. TORTI.

Oculisti

Alessandria: Dr. E. ALTARA, V. Milano, 19 - Prof. Dr. B. BIANCHI, C. Faà di Bruno, 12 - Dr. F. DURANDO, V. Legnano, 11.

Casale Monferrato: Dr. A. GUASCHINO.

Otorinolaringoiatri

Alessandria: Dr. F. BADINO, V. Trotti, 12 - Dr. A. AJMONE, V. Faà di Bruno, 18 - Dr. L. BORTOLOTTI, V. S. Giacomo della Vittoria, 25.

Casale Monferrato: Dr. G. GUASCHINO.

ANCONA

Odontoiatri

Ancona: Dr. L. PANAREO.

AOSTA

Odontoiatri

Aosta: Dr. A. CHIAMPO - Dr. T. SPIRITO.

Ivrea: Dr. G. MAUTINO - Dr. G. PUGLIESE.

Oculisti

Ivrea: Dr. M. C. GARZINO, Osp. Civile.

Otorinolaringoiatri

Ivrea: Dr. U. MAGGIOROTTI.

AQUILA

Odontoiatri

Aquila: Dr. G. B. DE ANGELIS.

Otorinolaringoiatri

Aquila: Dr. S. CIPOLLONI, V. S. Marciano, 31.

AREZZO

Odontoiatri

Arezzo: Dr. M. MICHELINI, V. F. Crispi, 2.

Oculisti

Arezzo: Prof. Dr. A. ALIQUÒ MAZZEI.

ASCOLI PICENO

Odontoiatri

Ascoli Piceno: Dr. A. MONDOZZI, V. B. Cairoli - Dr. L. PENNESI, V. Trivio; Dr. A. TASSONI.

Otorinolaringoiatri

Fermo: Dr. A. LODOVICI, V. Sapienza, 4.

ASTI

Odontoiatri

Asti: Dr. A. DEGAN - Dr. C. IVALDI - Dr. G. MAIOLO - Dr. L. MALAGOLI.

Oculisti

Asti: Dr. C. LOVISOLO.

Otorinolaringoiatri

Asti: Dr. A. GENTILE.

BARI

Odontoiatri

Andria: Dr. F. SARDANO.

BERGAMO

Odontoiatri

Bergamo: Dr. E. AVETTA - Dr. G. BRAUN, Viale Roma, 12 - Dr. G. CALDEROLI - Cav. Dr. C. CASTELLI - Prof. Dr. G. CAVAZZENI - Dr. V. DAL LAGO - Dr. G. GATTI.

Oculisti

Bergamo: Prof. Dr. A. BUSACCA, V. Tasso, 4 - Prof. Dr. A. SEGUINI - Dr. G. ZONCA.

Otorinolaringoiatri

Bergamo: Dr. I. CALDEROLI - Dr. G. PALVIS.

BOLOGNA

Odontoiatri

Bologna: Dr. F. BIGNARDI, V. Saffi, 2 - Dr. G. CAPUZZI, P. de Marchi, 6 - Dr. A. CARAMITI, V. Innerio, 17 - Dr. A. FRANCESCONI, V. Saffi, 2 - Dr. M. GIANNOTTI, V. Saffi, 2 - Dr. G. PIVA, V. Maggiore, 5.

Oculisti

Bologna: Dr. L. CAPRA, V. Indipendenza, 2 - Prof. Dr. C. MARIOTTI, V. Castiglione, 5 - Dr. G. NARDI, V. Frassinago, 21 - Dr. D. PALMIERI, V. Righi, 34 - Prof. Dr. G. Ricchi, V. San Stefano, 43 - Prof. Dr. X. NAPOLEONE, V. Guerrazzi, 29.

Otorinolaringoiatri

Bologna: Prof. Dr. A. CANEPELE, Viale XII Giugno, 12 - Dr. G. B. FACCHINI, V. Artieri, 2.

BOLZANO

Odontoiatri

Bolzano: Dr. E. GRONES, P. Erbe, 12 - Dr. F. TRANQUILLI, P. Vitt. Emanuele, 8.

Merano: Dr. G. DE BOSIO - Dr. A. KONIG, Corso Goethe, 6 - Dr. F. SINGER, V. Dante, 38.

Oculisti

Bolzano: Prof. Dr. G. MENESTRINA, Osp. Civile - Dr. F. ROSSLER, V. Regina Elena.

Bressanone: Dr. E. NIEDEREGGER.

Merano: Dr. C. BAR, Corso Principe Umberto, 32 - Dr. G. KEISER, Corso Principe Umberto, 34.

Otorinolaringoiatri

Bolzano: Dr. A. BRIANI, V. Duca d'Aosta, 2 - Dr. A. SCHNABL, P. Grano, 2.

Merano: Dr. M. DIESBACHER, Corso Principe Umberto, 20 - Dr. G. NUSSBAUMER, Corso Goethe, 11.

BRESCIA

Odontoiatri

Brescia: Dr. O. BERTOLI - Dr. E. CASTELLI, V. Dante, 42 - Dr. M. JORI, Corso Vittorio Emanuele, 58 - Dr. G. B. RIETTI, V. Mazzini - Dr. G. RIETTI, V. Mazzini - Dr. D. SALVAGNI, Viale Stazione - Dr. D. SCACHERI, Corso Palestro.

Gardone Riviera: Dr. G. GOIO.

Salò: Dr. G. SIMONI.

CALTANISSETTA

Oculisti

Caltanissetta: Prof. Dr. E. CAVALLARO - Prof. Dr. G. NICOLETTI.

Otorinolaringoiatri

Caltanissetta: Dr. P. RESTIVO.

CAMPOBASSO

Odontoiatri

Campobasso: Dr. A. MARTINO - Dr. SANTORO Manfredi.

Oculisti

Campobasso: Dr. N. BARBATO - Comm. Dr. E. GRIMALDI.

Agnone: Dr. S. SAVASTANO.

CATANIA

Odontoiatri

Catania: Dr. M. DI GRAZIA, V. Garibaldi, 9 - Dr. S. GRECO, V. Umberto, 8 - Dr. G. MILONE, V. Umberto, 41 - Dr. R. MUSUMECI GRASSI, V. Vittorio Emanuele, 215 - Dr. F. POLITI, V. Etna, 208.

Oculisti

Catania: Prof. Dr. M. DE CRISTOFARO, V. Plebiscito, 280 - Prof. Dr. G. FAVALORO, V. S. Maddalena, 59.

Otorinolaringoiatri

Catania: Prof. Dr. A. LIOTTA, V. Mancini, 6.

CHIETI

Odontoiatri

Chieti: Dr. Cav. E. MASTROPASQUA, V. S. Gaetano, 7.

Oculisti

Chieti: Prof. Dr. G. COZZOLI, Corso Maruccino, 104.

Lanciano: Dr. V. SERAFINI.

COMO

Odontoiatri

Como: Dr. V. GORIN, V. Garibaldi, 19 - Dr. A. PADERI, Dr. L. TORI.

Lecco: Dr. M. HEUMANN, V. Stoppani, 28.

Oculisti

Como: Prof. Dr. G. GASPARINI, V. Volta, 30.

Otorinolaringoiatri

Como: Dr. F. BECCHERLE, V. Volta, 33 - Dr. G. TORLASCHI, V. Rezzonico, 7.

COSENZA

Odontoiatri

Cosenza: Dr. G. ANDREASSI - Dr. O. CERBELLI - Dr. A. CHIMENTI - Dr. F. LOFFREDO.

CREMONA

Odontoiatri

Cremona: Dr. L. BERTOLOTTI, V. Beltrame, 4 - Dr. G. IRITZ - Dr. E. REBIZZI, P. Roma, 17 - Dr. R. ZANNINI.
Casalmaggiore: Dr. O. BOLES.

Oculisti

Cremona: Dr. A. COSSU, V. Damiano Chiesa, 9 - Prof. Dr. G. MARGOTTA, Corso Stradivari, 8.

Otorinolaringoiatri

Cremona: Dr. F. BOCCHI, V. G. Tibaldi, 3.

CUNEO

Odontoiatri

Cuneo: Dr. F. MANFREDI.

Oculisti

Alba: Dr. G. VARALDI.

Otorinolaringoiatri

Cuneo: Prof. Dr. G. DONADEI, V. Gallo, 5.
Saluzzo: Dr. U. RACCA, V. Gualtieri, 5.

ENNA

Odontoiatri

Enna: Dr. D. COLOMBRITA, V. Roma, 262.

FERRARA

Odontoiatri

Ferrara: Dr. T. BARUFFALDI, V. Terranova, 9 - Dr. A. CAVALLARI, Largo Castello - Dr. G. FINI, Corso Giovacca, 3 - Dr. D. MORI, V. Cor-tevecchia, 3 - Dr. A. TESI, V. Palestro, 21 - Dr. G. TESI, V. Palestro, 21.

Otorinolaringoiatri

Ferrara: Dr. A. MANFREDI, V. Borgoleoni, 122 - Dr. E. MURATORI, V. Palestro, 62.

Oculisti

Ferrara: Dr. S. CECCOLI, Vicolo del Teatro, 2 - Dr. M. VERZELLA, Corso Porta Mare, 11.

FIRENZE

Odontoiatri

Firenze: Dr. V. ARNONE, V. Pandolfini, 26 - Dr. A. CITELLI, Lung' Arno Acciaioli, 22 - Dr. G. PUTTI, V. dei Servi, 6 - Dr. C. RAMONINO, V. Vecchietti, 9 - Dr. S. CALAMARI, V. Della Pergola, 14-bis.

FOGGIA

Odontoiatri

Foggia: Dr. G. ARBORE - Dr. E. DI MAIO.
Manfredonia: Dr. P. MELUCCO.
S. Severo: Dr. P. RECCA.

Oculisti

Foggia: Dr. A. ALTAMURA.
Carlantino: Dr. N. DE SIMONE.
S. Severo: Dr. G. COLIO.

Otorinolaringoiatri

Foggia: Dr. A. GALLO.
S. Severo: Dr. A. CERVASIO.

FORLÌ

Odontoiatri

Forlì: Dr. G. VESPIGNANI, Corso Garibaldi - Dr. MOLINAR GEZA, V. M. Missirini - Dr. A. BRIGANTI, Capitano 2° Fanteria - Dr. A. CASALI, Corso Garibaldi.
Rimini: Dr. E. LAZZAROTTO - Dr. L. PEDRAZZI - Dr. R. PELOSI.

Oculisti

Forlì: Dr. P. MARCHINI, Corso A. Diaz - Dr. O. SANTONOCETO, V. Giovanni dalle Bande Nere.

Otorinolaringoiatri

Forlì: Dr. F. SEGANTI, V. Madenti.

GENOVA

Odontoiatri

Genova: Dr. G. MORIANI, V. Milano, 18-a.
Cornigliano: Dr. G. TRAVAGLINI, V. Garibaldi, 13.
Genova: Dr. F. PUPPO, Salita S. Caterina, 1/2.

GORIZIA

Odontoiatri

Gorizia: Dr. P. U. NETZBANDT.

Otorinolaringoiatri

Gorizia: Dr. G. COMEL - Dr. S. RUZZATI.

GROSSETO

Odontoiatri

Grosseto: Dr. A. ANGELINI.

IMPERIA

Odontoiatri

Imperia: Dr. R. AMORETTI, V. Alfieri, 18 - Dr. O. DE VECCHI, V. del Monte - Dr. A. LA-

TRONICO, V. Berio, 5 bis - Dr. C. MURA, Corso Dante, 2 - Dr. A. NATTA, V. Gandolfo, 1.

Bordighera: Dr. E. BUFFA, V. Sant'Antonio - Dr. I. DEL BOCA, V. Vittorio Emanuele.

Sanremo: Dr. A. GERBOLINI, V. Vitt. Emanuele, 15 - Dr. G. GERBOLINI, V. Vitt. Emanuele, 17 - Dr. E. GISMONDI, V. Vitt. Emanuele, 11 - Dr. G. ELENA, V. Carli, 1.

Ventimiglia: Dr. G. BUONSIGNORE, V. Roma, 7 - Dr. F. UGOLINI, V. Cavour, 51.

Oculisti

Imperia: Dr. M. ODISIO, V. G. Berio, 9.

Oneglia: Dr. G. GRIVA.

Sanremo: Dr. G. GRIVA, V. Vitt. Emanuele, 18 - Dr. M. ODISIO, V. Vitt. Emanuele, 8.

Otorinolaringoiatri

Imperia: Dr. G. DURAND, V. Giardini.

Bordighera: Dr. E. VERDUN, V. Vitt. Emanuele, 8.

Sanremo: Dr. M. DE MARCHI, V. Vitt. Emanuele, 17.

Ventimiglia: Dr. E. VERDUN, V. Vitt. Emanuele, 18.

LIVORNO

Odontoiatri

Livorno: Dr. I. CAPITANI, Scali Ugo Botti, 2 - Dr. O. CASAGNI, V. Magenta, 8 - Dr. C. QUARANTORSI, V. Enrico Mayer, 18.

Portoferraio: Dr. A. LAGHI.

Oculisti

Livorno: Prof. Dr. E. BAQUIS, V. Marradi, 35 - Dr. M. PARDUCCI, V. del Fante, 3.

Otorinolaringoiatri

Suvereto di Livorno: Dr. L. CHERICI.

LUCCA

Odontoiatri

Altopascio: Dr. G. L. PIEGAIA.

Viareggio: Dr. G. GIUFFRIDA.

MANTOVA

Odontoiatri

Mantova: Dr. G. CONSOLO - Dr. R. LASAGNA, V. Marangoni, 4 - Dr. C. MAZZEI, V. Massari, 5 - Dr. E. PONGILUPPI, V. D. Fernelli, 3 - Dr. M. PREDARI - Dr. L. VENERI, V. Oberdan, 19 - Dr. G. ZAGNI, V. B. Grazioli, 32.

Oculisti

Mantova: Prof. Dr. D. FERRI, V. Grazioli, 5 - Prof. Dr. G. PREVEDI, V. Cesare Battisti, 14.

Otorinolaringoiatri

Mantova: Dr. G. FINZI, V. Accademia, 4 - Dr. FUCCI, V. Carlo Poma, 15 - Dr. L. ZAPPAROLI, Corso Vittorio Emanuele, 103.

MASSA-CARRARA

Odontoiatri

Carrara: Dr. G. BATT. LODOVICI, V. Lunense.

MATERA

Odontoiatri

Matera: Dr. D. MARINARO - Dr. S. LO RUSSO.

MESSINA

Odontoiatri

Messina: Dr. F. TODARO, V. Dei Verdi.

Oculisti

Messina: Dr. V. LA ROSA, V. Pavia - Prof. Dr. F. SCULLICA, V. Oratorio della Pace.

Otorinolaringoiatri

Messina: Dr. C. CAMINITI, V. Verdi, 57 - Prof. Dr. G. SALVADORI, V. Colombo, 40 - Dr. V. VALSECCHI, V. U. Bassi, 129.

MILANO

Oculisti

Milano: Prof. Dr. A. BUSACCA, Foro Bonaparte, 46.

Odontoiatri

Milano: Dr. G. BIAGINI, V. Aversa, 17.

Monza: Dr. E. BONSAGLIO, V. Vitt. Emanuele, 1 - Dr. A. CAMPANARI, V. Italia, 13 - Dr. P. SAVIO, V. B. Luini, 1.

MODENA

Otorinolaringoiatri

Modena: Gr. Uff. Dr. G. SILLUNGARDI, P. Muratori, 31.

NAPOLI

Odontoiatri

Napoli: Dr. A. COPPOLA, V. Cesario Console, 3 - Dr. F. DE NOTARIS, V. Cappella Vecchia, 6 - Dr. C. DONATO, V. R. De Cesare, 7 - Dr. V. GIUFFRÉ, V. Santa Brigida, 76 - Dr. G. IZZO, V. Sant'Arcangelo a Baiano - Dr. P. LIPPO, V. S. Lucia, 15 - Dr. E. MASUCCI, P. Torretta, 36 - Dr. A. SANSONE, V. S. Spirito di Palazzo, 9 - Dr. F. SANTANIELLO, Corso Vitt. Emanuele, 400 - Dr. G. VIOLET, V. Capodimonte, 31 - Prof. Dr. A. ZONA, P. Bellini, 68.

Meta di Sorrento: Cav. Uff. Dr. V. RUSSO, Corso Littorio, 113.

Sparanise: Dr. F. GRANDE.

Otorinolaringoiatri

Sparanise: Prof. Dr. E. DI LAURO, Riviera di Chiaia, 84 - Prof. Dr. S. JANNUZZI, V. S. Spirito di Palazzo, 31.

NOVARA

Odontoiatri

Novara: Dr. F. BORRINI, Dr. D. SCENDRATI.

Oculisti

Novara: Dr. Prof. G. LADDONI, Ospedale Maggiore.

PADOVA

Oculisti

Padova: Dr. L. ZOLDAN, V. Altinate, 69.

Otorinolaringoiatri

Padova: Prof. Dr. E. RUBALTELLI, V. Gabelli, 17.

PALERMO

Odontoiatri

Palermo: Dr. P. AVELLONE, V. XII Gennaio, 15 - Dr. G. CIMINO, V. Villafermosa, 6 - Dr. G. DI CARLO, V. Roma - Dr. P. GARLO, Largo Santa Sofia, 1 - Dr. C. MILAZZO, P. G. Verdi, 22 - Dr. A. NICOSIA, P. Aragona, 4 - Dr. R. PEZZOLI, P. Castelnuovo, 11 - Dr. G. PIAZZA GARGANO, P. San Domenico, 23 - Dr. F. PIZZUTO, V. Villareale, 32 - Dr. A. RIBOLLA, V. Rosolino Pilo, 12 - Dr. E. TEMPESTINI, V. Maqueda, 200.

Oculisti

Palermo: Dr. G. BELLINA, V. Celso, 14 - Prof. Dr. A. CUCCO, V. Villafranca, 20 - Prof. Dr. F. P. DE BONO, V. Stabile, 120 - Dr. G. LA PLAGA, Via Stabile, 155 - Prof. Dr. S. LONGO, Corso Scinà, 941 - Prof. Dr. P. STELLA, P. Castelnuovo, 4.

Otorinolaringoiatri

Palermo: Prof. Dr. G. ALAGNA, V. Roma, 471 - Dr. F. CAMPO, Via Stabile, 109 - Dr. G. FERRUZZA, V. Lincoln 96 - Prof. Dr. A. ZANOLA, V. Rodi, 1.

PARMA

Odontoiatri

Parma: Dr. S. ALBERTI, V. Farini, 52.

Oculisti

Parma: Prof. Dr. F. CANDIAN, Viale Umberto I - Prof. Dr. A. CARMÌ, V. San Biagio, 1.

Otorinolaringoiatri

Parma: Prof. Dr. F. LASAGNA, Piazzale Cervi, 17 - Prof. Dr. U. TASSI, V. XXII Luglio, 15.

PERUGIA

Odontoiatri

Perugia: Prof. Dr. F. BRAJO, Corso Vannucci.

Oculisti

Perugia: Prof. Dr. C. GIANNANTONI, Corso Vannucci, 9.

Otorinolaringoiatri

Perugia: Dr. A. BAROLA, V. Fani, 2.

PIACENZA

Odontoiatri

Piacenza: Dr. E. CAVANNA, GOBBI, V. San Marco, 5 - Dr. U. MISTRALETTI, V. Chiapponi. *Castelsangiovanni*: Dr. G. PATRIOLI.

PISA

Odontoiatri

Pisa: Prof. Dr. R. CARRERAS, V. San Lorenzo, 19 - Dr. F. DELLE SEDIE, P. San Frediano, 5 - Dr. G. PAOLI, Borgo Stretto, 5 - Dr. S. SERRI, V. Vittorio Emanuele, 4. *Bientina*: Dr. P. MARCHIANI.

PISTOIA

Otorinolaringoiatri

Pistoia: Dr. M. A. CASANUOVA, V. della Madonna, 9.

POLA

Odontoiatri

Pola: Dr. F. STOCCO.

Oculisti

Pola: Dr. M. DE PIERA.

Otorinolaringoiatri

Pola: Dr. E. MAZZARO.

REGGIO CALABRIA

Odontoiatri

Reggio Calabria: Dr. R. S. RETEZ, Corso Vittorio Emanuele.

Oculisti

Reggio Calabria: Dr. A. DE LOGU - Prof. Dr. D. LAGANÀ - Prof. Dr. A. G. STILO.

Otorinolaringoiatri

Reggio Calabria: Prof. Dr. G. SALVADORI, V. Lazio, 9.

ROMA

Odontoiatri

Roma: Dr. A. BENAGIANO, V. Salaria, 44 - Prof. Dr. B. DE VECCHIS, V. Cornelio Celso, 1 - Dr. BONCRISTIANI-NEMES, V. Arenula, 53 -

Dr. A. PIERLUIGI, Corso Trieste, 141 - Dr. A. ERCOLANI, Largo Magnagrecia, 3.

Oculisti

Roma: Prof. Dr. A. COLANGELI, V. A. Canova, 12 - Prof. Dr. C. MAZZANTINI, V. Milano, 24 - Prof. Dr. I. NEUSCHÜLLER, V. Regina Elena - Prof. Dr. B. STRAMPELLI, Corso Italia, 33.

Odontoiatri

Roma: Prof. Dr. G. TURTUR, Via XX Settembre, 95 - Dr. S. CIPOLLONI, V. Cola di Rienzo, 297.

ROVIGO

Odontoiatri

Rovigo: Dr. B. BENATTI - Dr. A. BORELLINI.
Adria: Dr. G. FERRONI - Dr. N. GIORDANI.

SASSARI

Odontoiatri

Sassari: Dr. A. FENU, Vicolo Bartolinis - Dr. G. NIEDDU, V. Manno - Dr. R. TOCCO, P. Castello.

SAVONA

Odontoiatri

Savona: Dr. Cav. Uff. G. GASTI, Corso Principe Amedeo, 2-5 - Dr. Comm. P. FAGGI, V. Paleocapa, 3 - Dr. G. VEIRANA, V. Guidobono, 30.

Otorinolaringoiatri

Savona: Dr. E. LANFRANCO, P. A. Diaz, 4/4.

SIENA

Odontoiatri

Sienna: Dr. P. MARZANO, V. di Città, 3.

Otorinolaringoiatri

Sienna: Dr. Prof. L. BELLUCCI.

SONDRIO

Odontoiatri

Sondrio: Dr. L. OTTANI, Via XXVIII Ottobre, 8.

TARANTO

Odontoiatri

Taranto: Dr. V. BARBARO, Corso Umberto - Dr. F. MONTANARI, P. G. Bruno, 33 - Dr. C. SANTOSTASI - Dr. N. VITANTONIO, Corso Umberto.

Oculisti

Taranto: Dr. V. CARDUCCI, V. D'Aquino - Prof. Dr. A. MARICOSCI, V. di Palma - Dr. R. MARINOSCI, V. Regina Elena, 33 - Prof. Dr. G. Villasevaglios, V. De Cesare, 1.

Otorinolaringoiatri

Taranto: Prof. Dr. A. BIASOLI, V. Due Mari, 18 - Dr. V. BATTISTA, V. Cavour, 27 - Dr. V. NATALE, V. Massari, 5.

TERAMO

Odontoiatri

Teramo: Dr. G. BIANCO - Dr. A. SACCONI.

TORINO

Odontoiatri

Torino: Dr. G. BUJATTI, Corso Vinzaglio, 104 - Prof. Dr. L. CASOTTI, V. Roma, 15, Palazzo I.N.A. - Dr. E. FAVERO, V. Camerana, 10 - Dr. Prof. G. GIORELLI, V. S. Quintino, 18 - Dr. C. MARAZZINA, V. Volpiano, 5 - Dr. R. OTTOLENGHI, V. Sacchi, 58 - Dr. A. TOMMASINELLI, V. Mercati, 3 - Dr. V. TOMMASINELLI, P. Vittorio Emanuele, 20.

Oculisti

Torino: Dr. C. CAFFARATTI, Corso Oporto, 47 - Dr. C. CANTÙ, V. Madama Cristina, 6 - Prof. Dr. A. CORRADO, V. Juvara, 19 - Prof. Dr. A. FUMAGALLI, V. Lamarmora, 28 - Dr. M. GARZINO, V. Mazzini, 2 - Prof. Dr. F. GRINGNOLO, Corso Oporto, 21 - Dr. M. LEVI, V. Maria Vittoria, 21 - Dr. E. MORINI, V. Carlo Alberto, 18 - Prof. Dr. G. MOSSO, V. Cibrario, 1 - Dr. L. ORSI, Via XX Settembre, 17 - Dr. T. PECCHIO, Corso Vittorio Emanuele, 19 - Prof. Dr. S. PICCALUGA, Via XX Settembre, 60 - Prof. Dr. C. PISSARELLO, Corso Vinzaglio, 21 - Dr. G. PRECERUTTI-TAPPARELLI, V. Principe Amedeo, 29 - Prof. G. TIRELLI, R. Clinica Oftalmica - Dr. G. TOSO, Via S. Secondo, 15 - Prof. Dr. O. VALLI, V. Nizza, 27 - Dr. S. VAUDETTI, V. Cernaia, 18 - Prof. Dr. F. VERDERAME, Corso Oporto, 31-bis.

Otorinolaringoiatri

Torino: Dr. E. BATTAGLIOTTI, V. Santa Chiara, 20 - Prof. Dr. C. BRUZZONE, V. Davide Bertolotti, 2 - Prof. Dr. A. CASASSA, V. Principe Amedeo, 52 - Prof. Dr. I. DIONISIO, Corso Vinzaglio, 10 - Prof. Dr. G. DONADEI, V. Marco Polo, 19-bis - Dr. A. FERRERO, V. Goito, 6 - Dr. G. LEALE, Corso Oporto, 5 - Prof. Dr. A. MALAN, Corso Oporto, 40 - Dr. P. T. MANCINI, V. Plana, 11 - Dr. C. MEANO, V. Della Rocca, 6 - Prof. Dr. E. PALLESTRINI, Corso Roero di Cortanze, 2 - Prof. Dr. G. PINAROLI, Corso Vittorio Emanuele, 82 - Dr. PRECERUTTI-TAPPARELLI G., Via Principe Amedeo, 29 - Dr. C. VASSI, V. Santa Chiara, 20.

TRAPANI

Otorinolaringoiatri

Trapani: Dr. M. SAMMARTANO, V. Mercè.

TRENTO

Odontoiatri

Trento: Dr. F. AGOSTINI - Dr. C. LACHMANN, P. Silvio Pellico, 2 - Dr. F. RIGHI, V. Belenzani, 27 - Dr. C. SEPPI, V. Gazzoletti.

Arco: Dr. E. Pennecher.

Cavalese: Dr. G. BROSECHINI.

Levico: Dr. F. CALIRI.

Rovereto: Dr. M. SOMMADOSSI - Dr. G. ZANINI.

Oculisti

Trento: Dr. G. GENTILINI, P. Venezia, 2 - Dr. G. GRILLO, Via Santa Maria Maddalena, 21.

Odontoiatri

Trento: Dr. Cav. T. BANFIGHI, V. Roma, 33 - Prof. Dr. G. GARBINI, Via S. Maria Maddalena, 10 - Dr. D. MAESTRANZI, V. Rosmini, 25 - Dr. Cav. G. MAFFI, Via Oss. Mazzurana, 16.

TREVISO

Oculisti

Treviso: Dr. A. BIFFIS, V. F. Filzi, 12

TRIESTE

Odontoiatri

Trieste: Dr. L. CHIUMINATTO, V. San Francesco, 20 - Dr. A. FERRAGUTI, V. Coroneo, 10 - Dr. A. MINAS, V. A. Diaz, 10 - Dr. G. OTTOCHIAN, V. XXX Ottobre, 17 - Dr. B. REBEZ, V. G. Gallina, 2 - Dr. G. ROSANZ, V. San Nicolò, 33.

Oculisti

Trieste: Prof. Dr. C. KOCH, Viale XX Settembre, 24 - Dr. G. MANZUTTO, V. Roma, 22.

Otorinolaringoiatri

Trieste: Dr. A. ROCCO, V. Mercato Vecchio, 3 - Dr. Cav. G. MONTINI, V. Cesare Beccaria, 8.

UDINE

Odontoiatri

Tolmezzo: Dr. P. CANDUSIO, P. XX Settembre.

Udine: Dr. D. DAMIANI - Dr. E. CLONFERO.

Otorinolaringoiatri

Udine: Dr. F. PELLIZZO, V. Rivis, 32.

Oculisti

Udine: Dr. M. SONZIO, V. Rivis, 32.

VARESE

Odontoiatri

Varese: Dr. R. BERTOLI - Dr. C. FRANZI - Dr. S. GUSCETTI - Dr. L. MANGARELLI - Dr. G. P. RIVA - Dr. V. BARBEDO, V. Piave, 2.

Gallarate: Dr. F. OTELLI - Dr. A. PATARINO.

Tradate: Dr. L. COOPMANS DE JOLDI.

Oculisti

Varese: Dr. E. MORETTI.

Luino: Dr. R. MARGARITELLA, Viale Umberto I, 18.

Otorinolaringoiatri

Varese: Dr. S. ROVERA - Dr. G. SIOLI.

Somma Lombarda: Dr. P. A. BURATTI.

VERCELLI

Odontoiatri

Vercelli: Dr. C. A. POZZOLO.

Oculisti

Vercelli: Dr. L. PAGANI, V. Garibaldi, 20.

Otorinolaringoiatri

Vercelli: Dr. P. PETERINO, V. Oldoni.

VERONA

Odontoiatri

Verona: Dr. G. BRIVIO, V. Marsala - Dr. L. CARAZZA, P. Dante, 8 - Dr. A. DELLA CHIARA, P. Duomo - Dr. E. FRANCHINI, Corso Vittorio Emanuele, 9 - Dr. A. SAGRAMOSO, V. Santa Chiara, 13.

Bardolino: Dr. P. PEDUZZI.

Legnago: Dr. U. BONFANTE.

VICENZA

Odontoiatri

Vicenza: Dr. L. CARLE, Corso Principe Umberto, 53 - Dr. S. FIORETTI, V. Morette - Dr. L. MARTINELLI, S. Corona.

Arzignano: Dr. G. VERONESE.

Oculisti

Vicenza: Dr. C. ANTUZZI, P. Duomo, 4.

Otorinolaringoiatri

Vicenza: Dr. E. BASSO, V. Racchetta, 5 - Dr. A. BOER, V. Carpagnon, 13.

VITERBO

Odontoiatri

Viterbo: Dr. B. BAGEDDA.

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 de 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. Mancioi, 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, fino al 18-2-1939.

TREVISO

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

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

ABBAZIA (FIUME)

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

BOLOGNA

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

— *Villa Rosa*, Via Castiglione, 103.

— *Villa Verde*, Via S. Mamolo, 45.

BRESCIA

Poliambulanza delle specialità medico-chirurgiche, Piazzale Garibaldi: 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.

PIACENZA

Casa di cura *Piacenza*: riduzione 20 % sulle tariffe in vigore.

REGGIO CALABRIA

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

ROMA

Istituti Fisioterapici Ospedalieri:

1) Ospedale dermosifilopatico di S. Gallicano: 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 Ocozonica, 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 presso 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.

LIVORNO

« Acque della Salute » - Acque iodo-clorurato-sodiche; forti e deboli per bibita, bagni, enterocleaner, irrigazioni vaginali, nebulizzazioni secche: nelle forme di stitichezza spastica ed atonica, obesità, disfunzione del fegato, ipercloridria, **ar**trismo, forme flogistiche dell'apparato genitale, asma bronchiale, adenoidismo, faringiti croniche, ecc.

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

MONSUMMANO (PISTOIA)

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

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

MONTECATINI (PISTOIA)

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

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

MONTEGROTTO TERME (PADOVA)

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

Uniche Premiate Terme Preistoriche.

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

PORRETTA (BOLOGNA)

Acque salsobromoioniche 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 1^a classe, e 50 % 2^a classe.

S. PELLEGRINO (BERGAMO)

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

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

S. CESAREA (LECCE)

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

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

SARDARA (CAGLIARI)

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

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

SCRAJO EQUENSE (NAPOLI)

Acqua salino-sulfurea 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.

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

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

(151) 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: PER L'ITALIA L. 20; PER L'ESTERO L. 40; PER I MEDICI FIDUCIARI L. 10

SOMMARIO

- | | |
|---|---|
| <p>1. Provvidenze Sanitarie a favore degli assicurati dell'INA . I-XVI</p> <p>2. Consigli agli assicurati:</p> <p>a) Dott. A. STARNA, Le indicazioni dei fanghi e dei bagni termali 82</p> <p>b) Dott. T. CICU, Il Favismo . . . 87</p> <p>d) Rassegna di articoli d'igiene . 89</p> <p>3. Notiziario 90</p> <p>4. Studi e ricerche di medicina delle Assicurazioni Vita:</p> <p>a) Dott. F. MARSELLA, I tumori maligni in rapporto alla A. V. 95</p> <p>b) Dott. M. BIASOTTI, Ricerche sul valore comparativo della reazione Wassermann 103</p> <p>c) Dott. P. CIATTI, La diagnostica della piuria 119</p> <p>5. Indagini di Statistica medica:</p> <p>a) Distribuzione per trimestre dei sinistri verificatisi durante il biennio 1935-36 132</p> | <p>b) Dott. C. CLARK, Tavole di pesi medi in rapporto alle altezze 133</p> <p>6. Medicina legale delle Assicurazioni Vita:</p> <p>Dott. S. FIANDACA, Le nefropatie in medicina delle A. V. 137</p> <p>7. Dalle riviste che riceviamo in cambio 145</p> <p>8. Semeiotica di Medicina delle assicurazioni Vita:</p> <p>Dott. T. RICCIOTTI, L'esplorazione radiologica della pleura e del diaframma 147</p> <p>9. Varie:</p> <p>Cav. Gr. Cr. Dott. I. GIORDANI, La politica Sanitaria dell' I. N. A. 156</p> <p>10. Dai Libri e dai Periodici . . . 158</p> <p>11. Pubblicazioni ricevute 160</p> <p>12. Vuoti nelle file dei nostri fiduciari 160</p> |
|---|---|

NORME PER I COLLABORATORI: Si pubblicano lavori brevi (massimo venti pagine dattilografate), che trattano argomenti di medicina preventiva ovvero diagnostica e prognostica medica, con speciale riguardo alla durata della vita umana, o altri problemi di medicina delle Assicurazioni Vita. — Agli autori di lavori originali si concedono gratuitamente cinquanta estratti. — Gli originali non si restituiscono.

Consigli agli assicurati

Le indicazioni dei fanghi e dei bagni termali

Chi per la prima volta giunge a Roma, non appena ha superato il vasto atrio della Stazione di Termini e si affaccia sul piazzale, ammira dirimpetto, dietro la chioma verde scura degli elci, un susseguirsi di archi e di mura antiche, eterne vestigia dello splendore del primo Impero Romano.

Oltre sedici secoli esse hanno sfidato e testimoniano quanto fosse curata, presso gli antichi, l'igiene e la salute pubblica, perchè quegli edifici costituirono nell'età aurea le grandiose terme imperiali. L'imponente complesso che là costruì Diocleziano è uno dei molti esempi di questi stabilimenti fatti erigere dagli imperatori i quali vi profusero denaro e li abbellirono di innumeri capolavori d'arte. Perchè, accanto alle piscine, vi erano le esedre ed i portici che servivano a raccogliere non solo coloro che si riposavano dopo il bagno ma anche filosofi, politicanti e perditempo in vena di far quattro chiacchiere e tagliare i panni addosso ai nobili ed ai senatori.

Lo scopo delle terme però, prima di essere luogo di convegno, era quello di permettere a tutti i buoni quiriti la cura igienica della propria persona non disgiunta dall'azione tonica dei bagni caldi e del sudatorio sopra i muscoli e sopra la cute.

Il massaggio coll'olio, l'esercizio ginnico del lancio del giavelotto e del disco, completavano e corroboravano questa reazione cutanea e muscolare dopo gli effetti termici del *calidarium*.

Non so se qualcuno di voi abbia mai pensato all'azione che i bagni tiepidi

o caldi usuali provocano sul nostro organismo; erroneamente molti ritengono che essi siano preferiti soltanto perchè facilitano la detersione della cute, e soprattutto dalle pliche ove si depositano a preferenza, gli epitelii cutanei desquamati, la secrezione seborea mista a granuli di polvere ed a germi saprofiti.

Pur non disconoscendo l'importanza dell'azione detersiva, quel senso di benessere che invade piacevolmente tutta la nostra persona dopo un bagno tiepido associato ad un massaggio modico ci indica che esistono reazioni nel nostro organismo in rapporto alla termoregolazione per cui, superata una temperatura d'ambiente detta temperatura indifferente, il nostro corpo reagisce con modificazioni funzionali. Oltre i 37 C. la circolazione nelle piccole arterie superficiali subisce dilatazioni e provoca eccitazioni cardiovascolari interne, mentre la respirazione contemporaneamente si accentua. Vedremo, successivamente, gli effetti delle acque termominerali anche sul sistema nervoso e sull'apparato digerente.

Infatti, oggi, le distanze non impensieriscono più ed ai semplici bagni di acqua riscaldata, si preferisce utilizzare sul posto le acque medicamentose termali, per la maggiore azione provocata dalle sostanze in esse disciolte. Delle antiche terme rimangono, tranne poche eccezioni, alcuni pilastri isolati e mura dirute sulle quali si abbarbica l'edera romantica ed a primavera, qualche ranuncolo selvatico ne festona la sommità col suo pendulo fiore. Nei lunghi pomeriggi

d'estate vi gale, per fare una cura... di sole, la zigrinata lucertola che si bea del calore fino a quando un gruppo di stranieri, in giro d'istruzione, non venga a turbarle la calma di quell'angolo assolato e tranquillo.

* * *

Ai metodi empirici, nell'uso dei bagni termali, la moderna scienza medica ha sostituito dei sistemi razionali di cura pratica. Essi comprendono il bagno di acque termominerali, quello dei fanghi e la pratica delle grotte e delle stufe naturali. A tutte queste forme di cura, basate sull'associazione del calore con la azione percutanea di sostanze solute nel fango o nell'acqua, accenneremo ora brevemente, come pure alle malattie che ad esse si confanno ed a quelle che le controindicano.

I bagni termo-minerali, nel vasto campo della crenoterapia, cioè per dirla tra noi, nella cura per mezzo di acque, occupano un posto importante. Già la maggior parte delle acque minerali che avemmo occasione di ricordare, quando in un altro articolo passammo in rivista le cure idropiniche (cioè l'uso per bibita), hanno la possibilità di essere utilizzate per bagni termali, in quanto sgorgano naturalmente dal sottosuolo con temperature che raggiungono 15° C. Ma, in modo speciale, saranno utilizzate per i bagni le acque che raggiungono alla sorgente temperatura intorno ai 37° C.; le prime invece dovranno essere ulteriormente riscaldate.

Non si deve credere che l'azione dell'elemento termico sia trascurabile, anzi, sappiamo che le acque, che superano i 40° C., determinano la sudorazione anche delle membra immerse.

Molto più difficile è accertare l'azione delle sostanze minerali disciolte perchè, come dimostrarono in passato Magendie e Bernard, la pelle integra non assorbe

nè sali nè acqua. Nistri immaginò che, a contatto del sistema nervoso cutaneo capillare, la soluzione minerale provocasse reazioni le quali, per via ganglionare centripeta giungessero a stimolare gli organi interni. Successivamente, è stato possibile accertare che il cloruro di sodio, nei bagni ipertonici, ben presto si fissa negli strati epidermici superficiali. Nè qui finirono i tentativi di interpretazione sul meccanismo dei bagni medicamentosi. E' merito di un italiano, il Bertelli, avere emesso la teoria dell'elettricità, la quale venne, per così dire, perfezionata, quando si accertò il potere radioattivo di quasi tutte le sorgenti termali.

Accanto alla importantissima azione radioattiva, oggi si deve ammettere nelle acque anche l'azione dei vari gas disciolti che, una volta assorbiti, vengono a modificare e riattivare i processi nutritivi organici delle singole cellule. E, con ciò, credo di aver contentato alla meglio quel mio lettore che fosse afflitto dalla mania dei « perchè ».

A differenza delle acque idropiniche le più importanti cure per bagni sono praticate con *acque sulfuree* e specialmente con le *sulfureo-sodiche*. La presenza in queste acque, di alcune sostanze alcaline e di metalli allo stato colloidale, completano l'azione dello zolfo. Questi bagni saranno consigliati nelle malattie croniche della pelle, nelle flogosi delle mucose respiratorie come pure nelle artriti croniche. Sono al contrario sconsigliabili per i gottosi e nelle forme polmonari specifiche.

Minore importanza hanno le acque *solfate*; invece le *solfate-calciche* trovano largo uso nelle sinoviti, nel reumatismo, nelle artriti, nella obesità ed anche nelle malattie ginecologiche.

Un'importanza veramente rilevante hanno, per i bagni, le acque termali *clorurato-sodiche*. A differenza delle al-

tre, esse determinano, attraverso l'accennato riflesso cutaneo, un aumento della secrezione di tutte le ghiandole annesse al tubo gastrointestinale migliorando la digestione e facilitando così il vuotamento dell'intestino e della vescichetta biliare. Queste acque termali nella varietà *clorurata-sodica* trova anche applicazione nelle ipertensioni.

Una varietà importante di quest'ultimo tipo di acque è costituito dalle cosiddette acque *clorurate forti*, caratterizzate da un contenuto alto di cloruro di sodio e dalla contemporanea presenza di sensibili quantità di bromuri e di ioduri. Esse sono indicate nelle malattie genitali femminili dopo aver superato il periodo acuto, nel linfatismo e nelle tubercolosi ghiandolari od ossee, come pure nelle malattie catarrali croniche polmonari, in quelle del naso-faringe e in quelle della laringe; vengono somministrate in questi ultimi casi sotto forma di inalazioni.

Minore importanza nella terapia balneare offrono le acque *bicarbonato* che più spesso si somministrano come bevanda; possono però, quando naturalmente presentano una alta termalità, essere usate nelle forme artritiche e reumatiche muscolari.

Nell'ultimo decennio hanno trovato notevole applicazione nell'ipertensione e nell'arteriosclerosi iniziale le acque *bicarbonato-sodiche* come pure le *cloruro-bicarbonato-sodiche*. Le bollicine di anidride carbonica vengono assorbite dalla cute e procurano una dilatazione periferica vasale, mentre la gittata cardiaca si fa più ampia.

Chiudono la serie di queste acque termali per bagni le acque *arsenicali* e le *ferruginose*; queste ultime sono talvolta associate allo zolfo, più spesso all'acido carbonico; trovano indicazione per tutti gli stati anemici e nelle malattie cutanee.

Il suolo d'Italia presenta vaste regioni di carattere vulcanico ed è forse questa la causa di tante e così svariate sorgenti termo-minerali; ad arricchirle entrano, in modo cospicuo, i fanghi termali cui ora accenneremo.

* * *

I **fanghi** possono essere costituiti da materiale prevalentemente *vegetale* o *minerale*. I primi si formano in seguito al rapido e rigoglioso sviluppo di alghe o di diatomee per la luce e per l'intenso calore; questa flora termale poi sollecitamente muore e si decompone; a secondo della composizione minerale delle acque, può assumere vari colori per la prevalenza di diversi tipi di alghe e per la precipitazione delle sostanze solute. Tali *fanghi vegetali* sono in Italia relativamente rari.

Invece i *fanghi minerali* sono costituiti dal detrito, trascinato fino alla superficie, degli strati del terreno che attraversano prima di affiorare. Si presentano come una pasta molle ed untuosa, di colore scuro e non raramente si associano a muffe assumendo in tal caso la qualifica di fanghi termo-vegeto-minerali.

Il gorgogliare di queste acque fangose, fumanti, dai colori zafferano o rubino, come le rive che esse bagnano, provoca in noi, ancora oggi, una impressione di timorosa meraviglia tanto ci sembra insolito un simile spettacolo con buona pace di Laplace e degli altri geologi. Allo sguardo attonito degli antichi, queste valli fumiganti e nebbiose devono aver provocato un senso di vero terrore tanto che le considerarono espressioni maligne dell'Erebo sotterraneo.

Se Cocito è immaginato da Omero come un fiume lento e melmoso, il Flegetonte, invece, è formato da acque violente ed infuocate che snodano la propria corrente vorticoso in senso contra-

rio allo stesso Stige. Ed è proprio il Flegetonte che circonda, a guisa di fosfato, il Tartaro; luogo di pena dei Titani, situato nei più profondi abissi della stessa terra.

Questo fenomeno naturale che terrorizzò gli antichi ed ispirò con la sua forza occulta l'Alighieri, il quale vi tuffò i lussuriosi di Sodoma ed i violenti prendendo a prestito il « *bollore dell'acqua rossa* » dalle sorgenti del Bulicame presso Viterbo; questo fenomeno veramente è stato, dalla scienza e dall'arte, trasformato in un mezzo terapeutico utile e talvolta addirittura prezioso.

Mi avvedo ora che la bellezza orrida mi conduce fuori del seminato, invece di continuare la sfilza di nomi e di termini medici, vorrebbe farmi aguzzare lo sguardo attraverso le spire del fumo acre e rossiccio che salgono fino all'orlo dell'abisso dantesco; ma è proprio buio fitto, e, da quassù, non riesco a vedere nemmeno la coda dello spietato Minosse.

E torniamo subito a noi. Le applicazioni di fango vanno poi fatte con cautela, anche per abituare il nostro corpo a sopportare temperature superiori ai 45° C.; ed inoltre l'applicazione viene fatta quasi sempre parzialmente sulla parte malata. Più raramente, è possibile praticare applicazioni generali perchè queste possono praticarsi solo con fanghi di media temperatura. In Italia, invece, prevalgono i fanghi a composizione minerale che presentano un'alta temperatura, nè è semplice raffreddarli senza far loro perdere le proprietà curative.

Non è questa la sede per scendere in particolari tecnici delle fangature; ricordiamo solo che, ogni applicazione non deve superare mai i trenta minuti e viene seguita da un bagno di acqua tiepida. Ogni applicazione, che con termine tecnico è detta lutazione, provoca,

dopo pochi minuti, una congestione diffusa anche al volto cui segue una abbondante sudorazione della parte scoperta del corpo, senza provocare alcuna sensazione sgradevole. Dopo il bagno, una energica frizione ed un breve riposo in letto completano l'effetto della lutazione.

L'azione curativa del fango è un po' diversa da quella delle acque, perchè la debole capacità termica di esso permette di praticare applicazioni a temperature maggiori; inoltre il peso del fango ostacola ogni movimento ed evita in tal modo la dispersione del calore e dei gas. La pressione avrebbe una notevole importanza in quanto stabilirebbe un contatto persistente tra le emanazioni gassose e la pelle.

A ciò poi si deve aggiungere l'azione revulsiva praticata dai detriti delle alghe e delle diatomee, come pure la notevole radioattività dei fanghi naturali. Infine la presenza di una elettricità negativa riscontrata nel fango sembra che influisca, a quanto riferisce il Vinai, sulla ionizzazione dei sali e sopra i fenomeni osmotici del sottocutaneo e dei relativi processi metabolici.

E' bene che le lutazioni, di solito non inferiori a 20, siano accompagnate ad un massaggio ed in certi casi a somministrazione di acqua tiepida per facilitare le sudorazioni; anche l'alimentazione richiede speciale attenzione. Le malattie che si avvantaggiano dalle lutazioni sono svariate; tra queste prevalgono le forme artritiche croniche e le affezioni polimorfe neuro-muscolari di natura multiple. Dopo tali applicazioni il ripristino dei movimenti, della funzionalità e la cessazione del dolore si riscontrano molto frequentemente.

Tutti i traumi articolari o pararticolari, le lussazioni, le distorsioni le artritiche e le borsiti traumatiche, i calli ossei deformi traggono da questa cura

grande giovamento. Nei casi ostinati, sempre secondo Vinai, si possono ottenere guarigioni con la elettrofangatura. Anche il gottoso migliora notevolmente dopo i fanghi; ma queste applicazioni vanno fatte lontane dall'accesso e sempre con cautela.

Si curano anche felicemente in tal modo le malattie dei nervi periferici, dalle paralisi tronculari reumatiche alle nevralgie. In queste ultime si dovrà però, attendere che il periodo acuto del male sia superato; le forme di nevralgie sciatiche e brachiali, specie se associate a massaggio, giungono in tal modo molto spesso a guarigione. Più difficile è ottenere lo stesso esito nelle nevriti e nelle atrofie muscolari; in queste sembrano utili le associazioni fango-elettroterapiche.

Senza continuare questo arido elenco basterà tener presente, ad un disprezzo, che le indicazioni dei fanghi corrispondono a quelle dei bagni termali con acqua di eguale composizione; così i *fanghi salsoiodici* saranno consigliati nelle malattie ginecologiche e quelli *solfurei* nelle malattie cutanee.

Quanto alle **controindicazioni** ricordiamo che, durante queste cure, il sistema cardiovascolare viene sottoposto ad un notevole sforzo; e quindi dovranno essere evitate le applicazioni nei soggetti portatori di malattie di questo apparato. Naturalmente, sta al criterio del medico specialista stabilire quali possono essere gl'individui che, sebbene malati, possono ugualmente sottoporsi ai bagni od alle lutazioni senza pericoli. In linea di massima si possono inviare alle terme anche i portatori di *vizi mitralici* purchè ben compensati. Devono invece esserne esclusi sempre i *miocarditici* ed i portatori di evidente *scompenso cardiaco*; come pure gli *arteriosclerotici* e

coloro che subirono un ictus cerebrale. Sono da discriminare, in base ad un'accurata visita, i soggetti *cardiopatici-scompensati*, gli *ipertesi*, gli *aortici* ed i sofferenti di *arterio-sclerosi* nei primi stadi.

Nel chiudere questa breve rivista non possiamo non ricordare le **grotte naturali umide** cariche di vapor d'acqua e le **stufe** che sono ambienti nei quali viene immesso il vapore proveniente dalle sorgenti termali. Regularizzando l'immissione e l'aereazione si può ottenere la temperatura caldo-umida che si desidera; abitualmente essa viene mantenuta sui 38-42 C., più che sufficiente per provocare un'abbondante sudorazione.

Oltre all'azione disintossicante ed ipotensiva dovuta alla sudorazione, si otterrà dalle grotte una modica reazione revulsiva ed il vapore termale, inspirato nei polmoni, avrà anche effetto inalatorio. La pratica di questa applicazione è specialmente riservata alle: *artriti, intossicazioni, scrofolosi, nefriti, sifilide, ipertensione*, come pure alle *forme bronchiali croniche* ed alle *ipercloridie*. Le controindicazioni sono all'incirca le stesse di quelle dei fanghi.

Qui, per mia e vostra fortuna, ho finito, altrimenti qualcuno potrebbe malignare che, per seguire la mia filastrocca, senza andare alle terme, ha dovuto sudare... quattro camicie. Quod non est in votis.

Comunque, mi lusingo che queste poche notizie possano servire di orientamento a quanti vogliano cercare un lenitivo ai propri dolori ed alla torpidezza delle articolazioni, nelle forze ancora misteriose delle acque termo-minerali che la natura ci ha voluto signorilmente elargire.

Dott. A. STARNA

IL FAVISMO

E' questa una malattia primaverile che si presenta con una certa frequenza in certe regioni.

Nell'Italia settentrionale è sconosciuta o quasi, rara nella Toscana e nel Lazio, diviene comune nell'Italia meridionale, in Sicilia e specie in Sardegna ove la coltivazione delle fave (da cui il nome favismo) è assai intensa.

Il favismo è stato definito come una complessa sintomatologia clinica determinata dalla ingestione di fave o di parti di esse, oppure dalla inalazione di sostanze emesse dalle piante delle fave o dai loro fiori.

La sua esistenza, sebbene in maniera alquanto rudimentale, era conosciuta fin dai tempi dell'antica Grecia. Gli abitanti dell'Egitto temevano le fave ed in alcune regioni ne era vietata la coltivazione.

Le prime segnalazioni della malattia però, così come oggi le conosciamo, risalgono al 1851, al 1856 ed al 1858 rispettivamente per opera del Messina, La Greca e Di Pietro.

Un lungo succedersi di studi al riguardo ha assodato che il favismo è un fenomeno morboso complesso, a determinare il quale intervengono: 1) fattori predisponenti; 2) fattori concorrenti; 3) fattori ambientali; 4) fattori determinanti.

Fattori predisponenti: la constatazione che su un numero più o meno grande di individui, esposti tutti allo stesso contatto con i fiori delle fave e che le mangiano, vivono in condizioni eguali di ambiente e di territorio solo una piccola parte sia ipersensibile

alle fave od ai fiori, non può essere spiegato se non ammettendo il fattore predisposizione. Il favismo è per lo più una malattia dell'età infantile ed in generale bastano pochissimi contatti con le fave (talvolta uno solo) perchè esploda la malattia, il che dimostra che la predisposizione ereditaria familiare offre la maggiore importanza.

Fattori concorrenti: si è dimostrato che il favismo avviene con maggior frequenza per ingestione che per inalazione. E' pure stato dimostrato che il favismo da inalazione si contrae per azione diretta sull'olfatto, quindi mai aspirando i fiori a narici chiuse. Non è possibile stabilire a che cosa si debba attribuire questa reazione locale; è da presumere che esistano cause localizzanti e predisponenti che facilitino l'entrata in circolo di sostanze nocive, quali l'aumento di permeabilità della mucosa nasale ed uno stato di ipersensibilità locale.

Fattori ambientali: secondo gli ultimi A. A. che si sono occupati dell'argomento, ai fattori ambientali non si può dare eccessiva importanza.

Per quanto riguarda la professione e la condizione sociale, pur essendo maggiormente colpiti i poveri ed i contadini, il favismo scoppia in qualunque ceto di persone.

Fattori determinanti: la malattia si presenta in un'epoca dell'anno ben determinata, dall'aprile al giugno, che coincide col periodo di fioritura e maturazione delle fave. Qualche raro caso

che si è osservato fuori di questa epoca, è da attribuirsi alla ingestione di fave secche.

La malattia ha inizio acuto e tra le forme cliniche, la più frequente è la emolitico-itterica con o senza manifestazioni a tipo di orticaria e la itterica pura. Il favismo con manifestazioni ittero-emoglobinuriche è il più comune ed il più spesso insorge con sintomatologia gravissima. Il quadro generale in complesso è dato da prostrazione grande, colorito itterico, anemia, e comparsa di emoglobina nelle urine, per cui queste, per disfacimento dei corpuscoli rossi del sangue, acquistano una tinta sanguigna.

Forme sintomatologiche secondarie date sia da ingestione di fave che da inalazione di fiori di esse, si manifestano con fenomeni vari a carico dei diversi apparati, specie il digerente. Una forma morbosa dovuta esclusivamente alla inalazione dei fiori di fave è quella che ha per sintomatologia dominante la cefalea accompagnata a nausea ed inappetenza ed ha inizio con la fioritura delle fave e può perdurare sin che la leguminosa arrivi a maturazione.

Nota caratteristica del favismo è che anche la forma morbosa più grave non dà all'organismo alcuna modificazione permanente, avendo tutte le alterazioni carattere di transitorietà.

Cessata la fase acuta, il così detto attacco, la malattia sembra guarita, ma rimane in uno stato di latenza per ridiventare acuta o nella stessa stagione o nelle stagioni successive, a periodi più o meno lunghi.

Nel favismo esistono periodi cosiddetti stagionali nelle persone che ammalano tutti gli anni e che, passata la stagione delle fave tornano in pieno benessere alla stagione successiva.

Molte forme apparse fin dall'infanzia, si attenuano con l'età e possono

anche scomparire. A volte il morbo può ripresentarsi ogni anno con la sua fase acuta, altre volte ha remissioni lunghe, dopo di chè si ripresenterà con gli stessi caratteri e con la stessa forma.

Il favismo non colpisce solo persone con determinato *habitus* fondamentale però, in linea generale, si può asserire che i tipi magri, pallidi, con frequenti fenomeni eretistici ed anche con qualche segno di ipertiroidismo, sono i più facilmente colpiti dalla malattia.

Per quanto riguarda la terapia, non si sono fatti molti progressi, e fino ad oggi essa è puramente sintomatica.

L'azione profilattica invece è di grande importanza e poichè si conosce la natura allergica della malattia, essa dovrà tener lontano il soggetto ipersensibile da questa leguminosa. Ciò però è solo attuabile in un dato numero di persone perchè a chi lavora in campagna e vive del lavoro dei campi, non è possibile evitare i contatti con le fave ed i fiori.

Così, se per una persona agiata che abbia già sofferto nell'infanzia di favismo è facile tenere lontano dal suo nutrimento quotidiano le fave ed ancor più facile evitare nelle passeggiate i campi ove esse vengono coltivate, non si può dire altrettanto per le persone che passano buona parte della loro vita dedicandosi alla coltivazione dei campi. Infatti per queste persone, specie nelle regioni maggiormente dedite all'agricoltura, il contatto con le fave tra aprile e giugno può essere inevitabile e, anche astenendosi dal mangiarle, possono sempre venire colpite dalla forma prettamente inalatoria. Per questi soggetti quindi è assolutamente indispensabile che, oltre non mangiare tale leguminosa, si tengano lontano dai campi almeno nel periodo della fioritura.

E' bene che le donne che allattano non si nutrano di fave in quanto pos-

sono trasmettere, anche se personalmente sono immuni, il favismo alla prole attraverso il latte materno.

Aprile-giugno: vasti campi di fave sono in fiore e danno il loro frutto: gradevole, nutriente leguminosa: ma atten-

zione per l'uomo che si accinge a gustarne, oppure soltanto ad attraversare uno di questi campi in fiore, qualche poco gradita sorpresa può giungergli inaspettata.

Dott. T. CICU

RASSEGNA DI ARTICOLI D'IGIENE

Viva Cien Años, 2 febbraio 1938, n. 9.

Dr. E. RUIZ CASAL, *La fatica ci evita le malattie.*

Viene messa in evidenza l'importanza di questo fenomeno che non è unico ma comprende varie forme di fatica, quella fisica, quella intellettuale, muscolare, industriale, ed inoltre un affaticamento dei diversi organi sui quali dobbiamo richiamare la nostra attenzione. Essa va alternata a periodi di riposo altrimenti può condurre a vere malattie, quindi essa ci difende in certo modo dall'incorrere in disturbi di una certa entità.

Dr. J. KAUFMANN, *Disturbi dell'equilibrio mentale.*

L'evenienza della vita moderna colle sue delusioni, la miseria e le tristi esperienze non raramente produce nell'uomo un'irritabilità od una profonda malinconia a seconda del temperamento e del carattere degli individui colpiti.

Dr. M. ALZÙA, *Decadenza e riabilitazione del fegato.*

Mentre gli antichi greci e romani davano una grande importanza al fegato e la sua fisiopatologia spiegava quasi tutte le malattie, successivamente con l'andare del tempo il centro dell'organismo si è spostato secondo la concezione medica e venne anche troppo dimenticato; solo adesso si tende a riconoscergli una grande importanza specie nella emopoiesi.

Dr. R. MARTINOZ, *Le tonsille contro il cuore.*

Viene ricordato come le tonsilliti siano la causa della maggior parte delle malattie del cuore; specialmente insidiosi sono i punticini bianchi che possono costituire un focolaio latente di infezione pronto a divampare al momento opportuno.

Dr. A. PITA, *Che tipo di obesità l'ha colpita?*

Dopo avere esposto le cause generali di questi disturbi del ricambio sono riferiti i vari tipi clinici da insufficienza della tiroide della ipofisi delle ghiandole interstiziali, del tessuto insulare, e dell'associazione tiro-pituitaria.

Viva Cien Años, 16 febbraio 1938, n. 10.

Dr. A. TABANERA, *La cura dell'uva.*

Questo frutto costituisce non solo un ottimo elemento per la cura di alcune malattie ma è soprattutto un'arma efficace per prevenirne molte altre; l'azione dell'uva si esplica in vari modi e cioè come sostanza tonica, antitossica, antiartritica e diuretica.

Dr. E. ESCOMEL, *Nemici insospettati della salute.*

L'abbigliamento moderno troppo spesso si dimostra anti-razionale e dannoso; tale si dimostra ad esempio il colletto nell'uomo specialmente quando la conformazione del collo risulta piuttosto tozza procurando con la compressione ostacolo alla circolazione cerebrale; anche le cinture, le fasce e le legature possono ugualmente riuscire nocive.

Dr. J. FRANKLIN MOTAGUE, *La questione dei purganti.*

I pericoli di queste sostanze sono maggiori di quanto non si creda soprattutto la loro somministrazione in casi di appendicite e di occlusione intestinale; quindi vengono passati in rassegna i vari tipi di purganti dalla polvere di liquirizia al calomelano e ai sali.

Dr. J. KAUFMANN, *Combustibile per i muscoli.*

Dopo aver riferito l'importanza del glicogeno nell'attività muscolare, vengono riportate le moderne cognizioni sull'insulina che rende utilizzabile quella sostanza trasformandola in glucosio, vero nutrimento del muscolo che lavora.

Notiziario

Concorso per Medici della Direzione dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

Il Consiglio di Amministrazione dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni nella seduta del 31 marzo 1938-XVI, visti gli Atti della Commissione esaminatrice per il concorso a n. 6 posti di medico della Direzione dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni bandito in data 26 novembre 1937, ha approvata la graduatoria dichiarando vincitori i sigg. Dottori:

- Dr. Mariano Clausi Schettini,
 » Cesare Fava,
 » Clemente Pegoraro,
 » Federico Lombardi,
 » Paolo Santambrogio,
 » Giulio Momigliano Levi,

e dichiarando idonei i sigg. Dottori:

- Dr. Vittorio Accarino,
 » Pasquale Romano,
 » Fausto Marchesi,
 » Giovanni Cottin,
 » Giuseppe Curione,
 » Ettore De Jorio,
 » Guglielmo Chiti,
 » Ugo Chiarini,
 » Paolo Belnava,
 » Michele Andrucci,
 » Angiolo Berni,
 » Ugo Audino,
 » Antonio Ammanato.

La riunione del Comitato Medico Consultivo (sessione invernale)

Nelle giornate del 17 e 18 febbraio scorso, il C. M. C. ha tenuto le consuete sedute della sessione invernale.

Fra gli argomenti che sono stati trattati aveva particolare sapore di attualità quello illustrato dal Dr. Trottarelli: l'organizzazione sanitaria in Africa Orientale Italiana, relazione molto interessante ed assai completa.

Il Dr. Cavalié ha concluso il suo lavoro sulle « Albuminurie » ed il Comitato Medico Consultivo ha adottato in pieno le proposte suggerite. Analogamente ha fatto il Dr. Marsella circa l'argomento relativo alle questioni morali connesse con la stipulazione del contratto di assicurazione vita. Argomento, questo, se non proprio esclusivamente medico, per lo meno tale da giustificare ampiamente un interesse da parte di un Organo quale è appunto il Comitato Medico Consultivo, dati gli scopi che gli fissarono la Federazione Nazionale Fascista delle Imprese Assicuratrici e l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, quando lo crearono.

Il Comitato, poi, ribadendo il principio della opportunità che nel campo della Medicina Assicurativa Vita ogni iniziativa che dovesse portare sul terreno internazionale la discussione di determinati problemi sia controllata dal C. M. C. stesso, ha fissato i seguenti relatori ufficiali per gli argomenti assegnati all'Italia dal Comitato organizzatore del Secondo Congresso Internazionale di Medicina dell'Assicurazione Vita.

Tema sull'« Albuminuria »: Dott. Giulio Cavalié, Medico Capo della Compagnia di Assicurazione di Milano, in collaborazione con il Dr. Alberto Starna, Medico della Direzione dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni;

Tema sulla « Valutazione dei postumi della tbc. polmonare »: Prof. Dr. Guido Malan, Consulente della Compagnia Anonima d'Assicurazione di Torino, in collaborazione con il Dr. Tommaso Ricciotti, Medico della Direzione dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni;

Tema di « Statistica medica »: Prof. Dr. Leopoldo Winternitz, Medico Capo delle Assicurazioni Generali di Trieste, in collaborazione con il Dr. Pietro Trottarelli, Medico Capo della Direzione Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

La prossima riunione del C. M. C. è fissata per la seconda quindicina di giugno.

Dr. A. Lamberti-Bocconi.

Attività assistenziale svolta dai Centri Sanitari e dai Consulenti di medicina preventiva e d'igiene durante l'anno 1937

CENTRI e CONSULTORI	P R E S T A Z I O N I														T O T A L E									
	Visita di collaudo della salute	Esame urine	Esame espettorato	Esami di sangue						Telerradiografia torace	Radiografie	Radioscopie	Elettrocardio- gramma	Pressione arteriosa		Peso e altezza	Visite idoneità coloniale	Collaudo della vista	Visite otorinolaringo- interiche	Visite odontoiatrico	Consulti d'igiene	Pronto soccorso		
				Azotemia	Glicemia	Uricemia	Reazione Kahn	Reazione Meincke	Reazione Wassser.															
per il PIEMONTE	777	275	9	78	78	5	83	—	—	127	162	64	25	376	261	1	107	—	—	—	647	56	3131	
per la LOMBARDIA	293	218	1	81	78	—	78	—	—	20	21	74	—	251	208	—	—	—	—	—	283	3	1687	
per la VENEZIA VENETA e GIULIA	361	350	8	113	115	3	120	—	—	122	177	201	—	353	355	1	—	—	—	—	135	4	2418	
per a VENEZIA TRIDENTINA	1001	888	13	327	328	10	326	324	—	433	485	425	—	982	994	—	8	—	—	—	551	19	7064	
per le MARCHE e la DAL- MAZIA	90	82	1	34	31	22	34	—	—	50	44	41	—	60	56	—	—	—	—	—	38	2	585	
per il LAZIO e L'UMBRIA (esclusa la Dir. Gen.)	735	515	—	294	309	279	366	232	361	—	113	5	62	—	—	1	54	37	127	—	—	—	—	3490
per le CALABRIE e la SIGI- LIA	966	961	10	75	76	11	86	1	—	114	112	333	—	961	894	16	—	—	—	—	1022	45	5683	
per la SARDEGNA	189	117	13	33	30	13	29	—	—	—	13	31	—	124	72	15	—	—	—	—	205	28	972	
TOTALE	4412	3466	55	1035	1045	343	1122	635	361	866	1077	1174	87	3107	2840	34	169	37	127	2881	157	25.080		

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 Ferrarini, Direttore della Clinica Medica della R. Università di Bari.

1^a Assemblea annua dei Medici di Direzione degli Enti di Assicurazione Vita

Il 19 febbraio 1938-XVI, ha avuto luogo in Roma, la prima Assemblea dei Medici di Direzione degli Enti di Assicurazione Vita.

La partecipazione di una cinquantina di Medici, la presenza di S. E. il Senatore Bevione, del Gr. Uff. Dr. Giordani, nonchè del Dr. Smolensky in rappresentanza della Federazione Imprese Assicuratrici, hanno conferito alla riunione un particolare tono di solennità alla inaugurazione dei lavori.

Assume la Presidenza il Dr. De Mori, Vice Presidente del Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati. Egli rivolge un cordialissimo saluto agli intervenuti anche a nome del Presidente del Cirt, Ing. Ambron, ed accennando agli scopi che si prefigge di conseguire il C.M.C., esprime la convinzione — che ritiene e si augura condivisa anche dai maggior esponenti dell'industria assicurativa — che le vaste possibilità offerte dalla Medicina dell'Assicurazione Vita, coltivate con l'amore e la passione dei Medici del Comitato stesso, si risolveranno in notevoli benefici per le Imprese stesse. Il Dr. De Mori pone poi in particolare rilievo l'interessamento del Consorzio Italiano Rischi Tarati all'attività del C.M.C., tanto più in quanto il CIRT è divenuto, per determinazione dell'ultima Conferenza Internazionale (Parigi, giugno 1937) centro europeo di coordinamento e di studio di problemi prettamente attinenti al

dominio della Medicina dell'Assicurazione Vita.

Dopo aver rivolto un particolare ringraziamento a quanti — Istituto Nazionale delle Assicurazioni, Compagnie private e Signori Medici — cooperano per il miglior successo della iniziativa sorta in seguito a fecondo ed utile accordo fra Istituto Nazionale delle Assicurazioni e Federazione Imprese Assicuratrici, dichiara aperti i lavori a cui augura un cordiale successo.

Il discorso inaugurale è stato tenuto dal Presidente del Comitato Medico Consultivo, Prof. Romanelli, mentre l'altro Presidente Dott. Coen-Porto, sostituisce il Dr. De Mori nella presidenza dell'Assemblea.

Il Prof. Romanelli inizia il suo dire rivolgendo un fervido saluto ed un cordiale ringraziamento alle Direzioni Generali dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e delle Compagnie private per l'appoggio che hanno dimostrato di voler dare a questa iniziativa che mira a coltivare un campo di studio molto interessante ma finora piuttosto trascurato.

Riassunto il lavoro del primo anno di vita del C.M.C., lavoro che costituisce per gli argomenti studiati, conclusioni adottate e le proposte suggerite all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, alla Federazione Imprese Assicuratrici ed al CIRT, una affermazione degna di alto rilievo della utilità di un simile organo, traccia un interessante programma per l'attività futura, programma che certamente sarà possibile svolgere perchè la cordiale collaborazione degli Enti

a cui si deve l'importante iniziativa, non verrà mai meno.

Dopo aver accennato alla possibilità che solo un organo come il C.M.C. consente l'esperimento di una attività intesa ad allargare le basi di quell'alto fine sociale a cui tende appunto l'assicurazione vita, di permettere cioè a quanti hanno responsabilità verso terzi di provvedere all'avvenire economico di costoro non solo col risparmio, ma anche con la previdenza che garantisce tutto il risparmio di una vita anche in caso di premorienza, il Prof. Romanelli termina il suo discorso fra gli applausi dell'Assemblea, con queste parole:

« Oggi che la Nazione rinnovellata riprende la tradizione di Roma, oggi, che « giovani ventenni in poche ore attraversano deserti interminabili ed oceani sconfinati per portare l'ala d'Italia al primo posto nel mondo, desideriamo anche noi « ardentemente cooperare e collaborare per « la grandezza della Patria nostra ».

Successivamente il Presidente concede la parola ai Relatori i quali riferiscono all'Assemblea sui lavori svolti dal C.M.C. durante il 1937, ed ai quali essi hanno portato un contributo personale per esser stati i relatori dei singoli argomenti in seno al Comitato stesso.

Il Prof. Boni infatti parla della valutazione delle « Glicosuri », il Dott. Cavaliè delle « Albuminurie », il Dr. Marsella sulle « questioni morali connesse con la stipulazione del contratto di assicurazione vita » ed infine il Dr. Trottarelli sui concetti fondamentali di una organizzazione sanitaria periferica.

Si iniziano quindi le comunicazioni, numerose e tutte interessanti, da parte dei Medici di Direzione degli Enti di Assicurazione Vita intervenuti all'Assemblea, e cioè:

— Prof. WINTERNITZ: « Il criterio clinico nella medicina assicurativa vita ».

— Dott. PICCHIOTTI: « Le dichiarazioni dell'assicurando in alcune malattie a carattere accessuale e la importanza dell'anamnesi ».

— Prof. BARINETTI: « Il Tabagismo ».

— Prof. WINTERNITZ: « La prognosi assi-

curativa delle malattie di cuore ». Lavoro, questo, di particolare interesse, illustrato anche con moltissime epidiascopie, per la completezza della trattazione dell'argomento, la ricchezza dei dati raccolti e le deduzioni a cui giunge l'Autore.

— Dr. CIATTI: « La ipotensione in assicurazione vita ».

— Dr. PAPETTI: « Il sistema neuro-vegetativo in assicurazione vita ».

— Dr. CICU: « Tromboangiote obliterate (morbo di Burger) in assicurazione vita ».

— Dr. COMIRATO: « Di alcuni criteri prognostici ».

— Dr. BIASOTTI: « La diagnosi sierologica di sifilide in assicurazione vita ».

Non sono mancate discussioni sui temi svolti e ciò prova, se ve ne fosse stato bisogno, l'interesse con il quale sono state ascoltate e seguite le varie comunicazioni che, a cura del C. M. C. appariranno integralmente nella raccolta degli « Atti » del 1937, del Comitato Medico Consultivo stesso, di prossima pubblicazione.

Il Prof. Romanelli, infine, compiacendosi della completa riuscita di quella che egli ha chiamato « la prima rassegna delle forze sanitarie degli Enti di Assicurazione Vita », ed augurandosi che si potrà presto considerarla come il Congresso Nazionale Annuale di Medicina dell'Assicurazione Vita, porge un fervido ringraziamento a tutti e particolarmente ai colleghi che hanno voluto contribuire ai notevoli risultati conseguiti e dichiara chiusi i lavori della prima Assemblea dei Medici di Direzione degli Enti di Assicurazione Vita.

Dr. A. Lamberti-Bocconi.

Il Congresso internazionale di oftalmologia.

Dall'8 al 14 dicembre 1937 è stato tenuto al Cairo il XV Congresso Internazionale di Oftalmologia. I lavori scientifici del Congresso sono stati dedicati specialmente ad argomenti importanti che hanno formato oggetto delle due relazioni ufficiali e cioè: L'ipertensione arteriosa della retina e l'endocrinologia in rapporto all'occhio.

Dal lato assicurativo riveste speciale interesse l'argomento della ipertensione ocu-

lare che è stato trattato da Vagener, e Heith come pure da Baillart. Questi ha potuto accertare che nell'ipertensione i vasi retinici devono assorbire una forza notevole e subire uno choc il quale porta un ispessimento della parete talvolta fino ad obliterazione come pure può provocare emorragia o dilatazione dei capillari. Descritto il quadro clinico di « Oftalmologia » nei suoi 3 stati Baillart propone che tale sindrome venga chiamata « *Neuroretinite ipertensiva* » distinta da quella nefritica.

Ve.

XIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro.

Dal 10 al 12 settembre 1938-XVI, in coincidenza con la Fiera del Levante si svolgerà in Bari, il XIII Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro indetto da questa Società.

Vi saranno due relazioni rispettivamente su:

1° Patologia professionale dell'aviazione, Padre Prof. A. GEMELLI (Milano);

2° Patologia professionale dell'atletismo Prof. U. CASSISNIS (Roma);
e tre conferenze:

1° Silicosi, Prof. G. QUARELLI (Torino);

2° Adattabilità dell'operaio italiano al clima dell'Africa Orientale, Prof. A. HERLITZKA (Torino);

3° Patologia professionale dei lavori agricoli stagionali.

Tassa d'iscrizione L. 50.

Tutti gli iscritti usufruiranno di tutte le riduzioni e concessioni accordate per la Fiera del Levante.

Per qualsiasi schiarimento rivolgersi alla Segreteria del Congresso nella R. Clinica Medica di Bari.

Il Presidente:

Prof. LUIGI FERRANNINI
Direttore della R. Clinica di Bari

Elenco di onore dei produttori dell' I.N.A.

Siamo lieti di pubblicare l'elenco dei produttori dell'Agenzia Generale di Genova che si sono distinti in modo speciale nella loro attività professionale durante lo scorso anno.

AGENTI PRINCIPALI - GENOVA C. e SAMPIERDARENA: Sig. Foà Rag. Mario; Sig. Patella Cav. Amerigo; Sig. Pavia Rag. Edoardo; Sig. Campo Antico Federico; Sig. Vidotto Cav. Ferdinando.

AGENTI FIDUCIARI - AGENTI PRINCIPALI - DELEGAZIONI: Sig. Kekez Raul; Sig. Basile Carlo, Rivarolo; Sig. Saredo Parodi Arrigo; Sig. Raggio Pietro, Nervi; Sig. na Bianchi Gemma Maria, Sestri.

AGENTI PRODUTTORI: Sig. Laura Rag. Giuseppe; Sig. Arvigo Enrico; Sig. Criscuolo Nicola; Sig. Bonfanti Primo.

AGENTI LOCALI: Sig. Cornelli Luigi, Cogoleto; Sig. Girola Mario, Isola del Cantone; Sig. Giordano Celso, Mele.

ASSICURAZIONI POPOLARI: Sig. Laura Rag. Giuseppe; Sig. Medio Melchiorre; Sig. Solari Severino; Sig. Saredo Parodi Arrigo; Sig. Merkel Floriano.

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.

*Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita***I TUMORI MALIGNI IN RAPPORTO ALL'ASSICURAZIONE VITA**

Dott. FABIO MARSELLA

Medico Capo dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

Le statistiche della mortalità di tutti i popoli civili, mentre mettono in evidenza una notevole diminuzione della mortalità generale con conseguente prolungamento della vita media, denotano un aumento sensibile della mortalità per tumori maligni.

Tale fenomeno è dimostrato chiaramente anche dalle statistiche delle cause di morte per sinistri delle Compagnie ed Istituti di Assicurazione vita. Si può dire che mentre in passato l'incubo delle Società assicuratrici poteva dirsi la tubercolosi, oggi cominciano a destare serie apprensioni i tumori, per la loro alta e crescente mortalità.

Mi piace al riguardo riportare il tasso della mortalità (per 100.000) della Metropolitan Life Insurance di New York dal 1901 al 1932. Tale tasso da 203 per la tubercolosi è andato progressivamente diminuendo fino a 62,4, mentre per il cancro è salito da 68 a 92,1.

Anche in Italia si constata che i tumori maligni sono causa frequente e sempre crescente di sinistri di morte, specialmente tra le donne, in relazione alla massa assicurata, che è di gran lunga inferiore nel sesso femminile.

Nel decennio 1922-1931 nell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni si ebbero 1129 morti per cancro tra assicurati

maschi e 227 femmine, con una percentuale relativa di 8.935 rispetto alla cifra totale dei sinistri verificatisi fra gli uomini e di 12.705 fra le donne.

Nelle donne, dopo le malattie infettive e parassitarie, furono i tumori a cagionare il maggior numero di sinistri, mentre negli uomini i tumori furono preceduti in ordine crescente dalle malattie dell'apparato respiratorio (10.114) dell'apparato digerente (10.558) del sistema nervoso (10.738) dalle morti violente accidentali (11.133) dalle malattie dell'apparato circolatorio (12.202) e da quelle infettive e parassitarie (22.315).

Anche nel campo delle assicurazioni popolari i sinistri di morte per cancro furono relativamente di molto superiori nelle donne rispetto agli uomini. Infatti la percentuale di morti per cancro rispetto alle altre cause di morte, fu di 6.853 fra gli uomini e di 11.055 fra le donne.

Circa l'età alla morte, quella maggiormente colpita fu dai 40 ai 60 anni, ma ciò è dovuto indubbiamente al fatto che dopo i 60 anni diminuisce molto la massa degli assicurati arrivando molti contratti a termine a quell'età.

Trascrivo i dati riferentisi ai vari periodi di età:

0-20 anni	20-25 anni	25-30 anni	30-35 anni	35-40 anni	40-45 anni	45-50 anni	50-55 anni	55-60 anni	60-65 anni	65-70 anni	70 anni ed oltre
1	8	14	48	105	183	250	260	240	154	63	17

Da quanto sopra si rileva che si sono avuti ben 177 sinistri in età inferiore ai 40 anni, nella proporzione del 15 % sul totale. Tale proporzione è di molto

superiore alla mortalità che si verifica nelle varie età nella popolazione generale.

Circa l'antidurata dei contratti sini-

strati per cancro, nello stesso periodo 1922-1931 si sono fatte le seguenti rilevazioni statistiche:

da	0	a	6	mesi	19
»	6	mesi	a	1	anno
»	1	anno	a	2	anni
»	2	anni	a	5	»
»	5	»	a	10	»
»	10	»	a	15	»
»	15	»	ed oltre		88

Dal quadro riportato si rileva che la percentuale dei sinistri con antidurata inferiore ad un anno fu di circa il 5% essendo di poco inferiore all'1% quelli al disotto dei sei mesi.

La percentuale salì al 12.50% per quelli di antidurata fino a due anni.

Per questi sinistri verificatisi prima dei due anni dall'assicurazione si può dubitare della preesistenza del male, ma al riguardo non si possono stabilire norme e criteri aprioristici. Il medico deve dare il suo giudizio valutando tutte le circostanze riferentisi al singolo caso. E' ben noto che i tumori maligni hanno sviluppo, decorso e durata variabilissimi.

Vi possono essere epitelomi cutanei a lento decorso e vi sono carcinomi viscerali, specialmente nei giovani che hanno andamento così rapido da ricordare la « galoppata della morte scintillante sul suo cavallo verde ».

A noi preme di accertare se l'assicurato al momento della stipulazione del contratto di assicurazione era affetto da cancro o da disposizione al cancro per fattore ereditario o per affezione precancerina e se sapeva di esserlo. Questo importa per le esigenze dell'industria assicurativa. In ciò si riassume il compito del medico di assicurazione vita, che deve operare la selezione dei rischi e deve fare le considerazioni e deduzioni medico-legali per la valutazione dei sinistri di invalidità e di morte.

Della selezione dei rischi e dell'opera del medico non ci sarebbe bisogno se le persone di un dato paese si assicurassero tutte per lo stesso capitale, giacchè in tal caso la mortalità sarebbe uguale a quella prevista dalle tavole di mortalità generale e il principio della mutualità sarebbe applicato con vantaggio di tutti e senza danno di alcuno.

Viceversa con l'assicurazione facoltativa, senza adeguata selezione, si rischierebbe di far entrare in assicurazione per forti capitali, soprattutto coloro, che, per malferme condizioni di salute o gravi tare organiche, sono destinati a morte prematura.

Ritengo opportuno parlare dei compiti del medico di assicurazione nella valutazione del rischio assicurativo rispetto ai tumori.

Nell'assunzione dei rischi, inversamente a ciò che avviene per la tubercolosi, temibile soprattutto nei giovani, il cancro deve essere oggetto di speciale considerazione per l'età matura cioè dopo i 35-40 anni.

Per tale riguardo con molta cura si devono raccogliere dal medico esaminatore i dati riflettenti il gentilizio, tenendo presente che talora l'esaminando sostituisce alla parola cancro altre denominazioni che non suscitano idee tanto tristi e che non pesano sulla eredità.

Il tema dell'ereditarietà oncogena, tema di confine fra la statistica e la biologia è stato sempre oggetto di vive discussioni e di diversi pareri. Hausmann ebbe a dire che la ereditarietà del cancro è una leggenda. Hunter dopo numerose ed accurate indagini presso ospedali e compagnie di assicurazione giunse alla seguente conclusione: « In genere non esiste predisposizione ereditaria per i tumori e una persona, di cui uno o entrambi i genitori muoiono di cancro, non ha maggiori probabilità di

morire per la stessa causa di una persona, la cui anamnesi familiare fosse esente da tale malattia ».

Da altri si è detto che quel 13, 14% dei casi nei quali si riscontra la morte per cancro in familiari, sia da farsi assorbire dalla frequenza stessa dei tumori.

Al riguardo però si è osservato che non si può ammettere ciò, e che la ripetizione del fenomeno è troppo frequente da potersi pensare ad una pura e strana coincidenza.

I fenomeni che si ripetono troppo spesso hanno una loro ragione di essere che non sempre si riesce a spiegare, ma il fatto resta ed ha la sua importanza.

Il Niceforo dice che la percentuale dei supposti casi di eredità cancerigna supera quello che vi sarebbe da aspettarsi se quella percentuale fosse dovuta al caso.

Vi sono stati esempi di neoplasie familiari degne della massima considerazione. E' ben noto quello dei Napoleonidi, fra cui il padre, un fratello e due sorelle del grande corso, oltre che lui stesso, furono vittime del cancro.

Il Manichon illustrò la discendenza neoplastica di 69 cancerosi, dei quali 57 erano stati colpiti allo stomaco; descrisse una famiglia nella quale i genitori e sei dei sette figli morirono di cancro dello stomaco e Newton studiò una famiglia con 16 bambini di cui 10 morti di glioma retinico, in 7 casi bilaterale.

Recentemente in Norvegia è stato compiuto uno studio molto interessante sulla eredità dei tumori maligni.

Con ricerche accuratissime catamnestiche fatte da medici e studenti di medicina sono stati studiati 6000 casi di cancro registrati dal 1908 al 1931 compulsando registri ospedalieri, parrocchiali e municipali, investigando, risa-

lendo alla ricerca dei precedenti familiari, seguendo le discendenze ecc.

Si arrivò alla conclusione che la disposizione ereditaria è certamente un fattore eziologico del cancro. In generale dagli studiosi si riconosce l'influenza ereditaria dei tumori maligni.

Ammissa l'ereditarietà per cancro, è necessario tenerne il debito conto nella valutazione dei rischi assicurativi.

Anzitutto si deve osservare che molto dipende dall'età dell'assicurato e dalla forma e durata dell'assicurazione. Se si tratta di soggetto molto giovane che vuole stipulare un contratto di assicurazione avente termine nell'età in cui più frequentemente suol manifestarsi il cancro, può anche omettersi una sopravvalutazione del rischio. E' diversa la cosa nelle forme vita intera a premi vitalizi e negli assicurandi adulti o prossimi all'età adulta.

Il Mareau nel *Dictionnaire de médecine à l'usage des assurances sur la vie*, dice che sono da accettarsi i proponenti ben portanti e di preferenza giovani che abbiano avuto i genitori morti di cancro ma non abbiano casi di cancro nei collaterali; sono da accettarsi con riserva quelli che hanno avuto i genitori morti di cancro e qualche collaterale affetto da cancro.

Egli fa osservare che si muore di cancro da 40 a 70 anni ma soprattutto da 50 a 65.

Il Weeill Mantou (*Manuel du médecin d'assurance sur la vie*) ritiene che la presenza di un sol caso di cancro non implica riserve nell'accettazione; casi multipli negli ascendenti controindica in generale l'assicurazione specie se il candidato si avvicina all'età in cui il cancro ha fatto più vittime nella famiglia.

Il dott. Havillaud Hall (*The medical examination for life assurance*) dice che si può accettare senza riserve il can-

didato che ha avuto un sol caso di cancro in famiglia; se ve ne sono stati due, si deve applicare un piccolo soprapremio; propone il rifiuto quando entrambi i genitori sono morti di cancro. Avverte che bisogna essere più severi con le donne.

Byron-Bramwebl ritiene che anche la morte di due parenti prossimi, anche se sono entrambi i genitori, non deve imporre riserve se la morte avvenne in età avanzata; se in età giovanile bisogna applicare un soprapremio.

Dopo avere diligentemente raccolta l'anamnesi gentilizia occorre raccogliere quella personale.

Nei precedenti individuali dell'assicurando può riscontrarsi una pregressa neoplasia, allo stato attuale non più rilevabile per opportune cure eseguite, specialmente operatorie o anche di terapia fisica.

In tal caso è della massima importanza stabilire la natura del tumore e la data delle cure eseguite.

Se si tratti di tumore benigno l'assicurazione può essere fatta senz'altro, non così se la neoplasia fu di carattere maligno. Al riguardo non bisogna fidarsi delle dichiarazioni dell'assicurando, sia perchè questi può non dire la verità temendo che possa essere di ostacolo al contratto assicurativo e sia perchè la verità potè a lui essere nascosta dai medici per considerazioni psicologiche portando sempre un grave incubo nell'animo del paziente la diagnosi di cancro.

Per conoscere la verità dei fatti, occorre rivolgersi per informazioni direttamente al chirurgo operatore o allo specialista che fece applicazioni radioterapiche.

Tali medici all'uopo devono essere prosciolti dall'obbligo del segreto professionale.

Per i tumori maligni anche se appa-

rentemente guariti, si deve tener conto dello stato generale dell'assicurando e non fare l'accettazione prima che siano decorsi almeno cinque o anche otto anni dal favorevole trattamento terapeutico.

Circa le recidive post operatorie è interessante riferire quanto risultò dalle inchieste fatte nel 1924-25 sulla mortalità per tumori in Italia.

La recidiva si ebbe abbastanza frequentemente, circa nel 40-60 % di interventi. Si dimostrò più frequente per la mammella (60 % dei casi) e meno sul totale degli uomini (41 %).

In quanto al tempo decorso tra l'intervento e la recidiva, nella metà circa dei casi si manifestò, per gli uomini in un periodo post-operatorio di circa cinque mesi (tempo medio di mesi 4.80) mentre per il totale delle donne tale periodo fu di mesi 7.50.

Per le donne la metà dei casi di recidiva si ebbe per la mammella nel periodo post-operativo di dieci mesi, e soltanto di mesi 6.2 per l'utero, mentre per le altre localizzazioni fu di mesi 5.52.

La stessa inchiesta sulla mortalità per tumori fatta nel 1924-25 dimostrò che le metastasi post-chirurgiche si ebbero negli uomini in un tempo medio di mesi 4.68 e nelle donne dopo mesi 8.28. Per queste ultime le metastasi più tardive si ebbero per la mammella nel tempo medio di mesi 11.64, mentre per l'utero tale periodo fu di mesi 6 e per le altre localizzazioni di mesi 5.34.

Le vere guarigioni chirurgiche, nella inchiesta praticata nel 1925, si ebbero in una percentuale variante dal 16 al 35 % e precisamente nel 28 % sul totale uomini e per le donne 35 % per la mammella, 20 % utero, 16 % altre localizzazioni.

A proposito dei risultati di dette inchieste, si deve tener presente che i dati statistici si riferiscono ai casi di morte

per tumori maligni e quindi non sono stati considerati i casi di tumori maligni operati tempestivamente con esito felice e poi defunti per causa diversa da quella dei tumori.

Ed ora dopo aver parlato delle questioni interessanti i precedenti familiari e personali dell'assicurando rispetto ai neoplasmi, passo a considerare quanto interessa il medico di assicurazione nell'esame dello stato attuale dell'assicurando con speciale riguardo ai tumori.

Stato generale e costituzione.

Si deve tener conto dello stato generale che può essere alterato dalla esistenza di un tumore e soprattutto al colorito, data l'influenza che i neoplasmi esercitano sullo stato della nutrizione e sulla crasi sanguigna.

Si deve peraltro riflettere che specialmente negli stadi iniziali dei tumori lo stato generale del soggetto può essere buono. Il medico di assicurazione che non conosceva precedentemente il soggetto non può fare utili confronti. Inoltre egli con una sola visita deve dare il suo giudizio e potrebbe essere tratto in inganno se volesse fondarlo sullo stato generale buono dell'assicurando. Si deve riflettere che i tumori maligni si riscontrano più frequentemente tra persone di costituzione robusta e con soprapeso. Negli stadi iniziali dei tumori, quando non è intervenuta la cachessia, non è dato trovare deperimento manifesto.

Molto interessante è il problema dello studio dei rapporti fra tumori e costituzione. Con un'indagine preliminare fatta su donne affette da cancro della mammella si è potuto constatare che in esse, rapportate ad uguale numero di donne affette da altre malattie comuni, prevale la costituzione robusta e scarseggia il tipo longilineo.

Il Romanelli in uno studio « Saggio

di mortalità fra gli assicurati » trovò che le persone con soprapeso andrebbero molto più facilmente soggette al cancro in confronto alle persone magre.

Sesso.

Il cancro, come è noto, è più frequente nel sesso femminile. Si è detto che ciò dipende dal fatto che sulle donne tiene il primo posto il cancro dell'utero; ma si è visto che tra i 30 e i 50 anni la mortalità femminile per tumori maligni, pur alleggerita da quella che ebbe luogo per localizzazioni dell'utero, vagina ed ovaia, rimane leggermente superiore alla corrispondente mortalità dell'uomo.

Nel complesso sembra che per la specifica localizzazione uterina la donna debba la sua superiore mortalità per tumori maligni rispetto all'uomo. Se questo è nella popolazione generale, ancor più evidente è la preponderanza femminile nella mortalità per cancro fra gli assicurati, come vedemmo nelle cifre proporzionali altrove riportate. Tale circostanza deve avere ben presente il medico di assicurazione specialmente nell'esame delle donne di età avanzata.

Vi sono regioni che danno un maggior contingente di altre ai tumori maligni. In Italia un triste primato hanno la Toscana, l'Emilia, la Venezia Tridentina. Gli indici più bassi di mortalità li offrono le regioni meridionali ed insulari, come si può dedurre dalle tabelle pubblicate dall'Istituto Centrale di Statistica.

Esame obbiettivo dell'assicurando.

Una speciale attenzione bisogna portare agli organi e tessuti che sono più frequentemente sede del cancro, con particolare riguardo a tutte le manifesta-

zioni precancerose, o lesioni che possono diventare cancro.

Nella distribuzione topografica dei tumori sul corpo umano, parlando però delle sole localizzazioni primarie, e non di quelle metastatiche, in base ai dati statistici dei vari paesi, si può stabilire una certa media di frequenza con la seguente scala decrescente:

1. apparato digerente;
2. apparato sessuale femminile;
3. apparato tegumentario;
4. apparato sessuale maschile;
5. apparato respiratorio;
6. apparato urinario.

Per i cancri dell'apparato digerente viene in prima linea lo stomaco, poi la bocca e gli organi boccali (labbra, lingua, tonsille, palato, ecc). Poi l'altro estremo del tubo digerente: retto ed ano, quindi l'esofago, il ceco, il colon, ed in ultimo l'intestino tenue.

Per le ghiandole annesse dapprima la cistifellia e le vie biliari, poi le ghiandole salivari, il fegato e il pancreas.

Per l'apparato genitale femminile il primo posto spetta all'utero e di questo prima il collo e poi il corpo, quindi le mammelle, la vagina, l'ovaia.

Nell'apparato tegumentario il 90% dei tumori riguarda la faccia.

Data l'alta morbosità e mortalità per tumori dell'apparato digerente, è a questo che bisogna portare speciale attenzione nell'esame degli assicurandi. Si deve esaminare lo stato delle labbra, specialmente di quello inferiore, essendo in questo più frequente il cancro, che è invece molto raro nel labbro superiore. Il tumore si inizia con un noduletto o una piccola spaccatura della mucosa che non ha tendenza a guarire, che sanguina facilmente e che assume sul fondo l'aspetto della carne cruda. Alla lingua pure bisogna portare grande attenzione con l'ispezione, ed occorrendo, con la palpazione. Il colore della lingua deve

essere sempre osservato, giacchè subisce cambiamenti notevoli nelle malattie dell'apparato digerente e specialmente dello stomaco, per cui è stata definita lo specchio dello stomaco. La lingua normalmente deve avere un colorito bianco roseo, più vivo nei margini e verso la punta.

Nei gastropatici, nei vecchi e nei cachettici il colore diventa grigiastro per una patina di cui si copre. E' importante osservare se esistono quelle speciali deformazioni della lingua denominate leucoplasie, che si possono considerare affezioni precancerigene.

Le leucoplasie sono lesioni superficiali la cui etiologia è oscura. Consistono in ispessimenti epiteliali disseminate sulla mucosa della lingua e di rado anche sulla mucosa delle guance e delle labbra. La lingua assume l'aspetto di una carta geografica-lingua geografica. La lesione generalmente dura per anni senza recare notevoli disturbi, ma l'importanza vera della leucoplasia consiste in ciò che spesso su di essa può svilupparsi più tardi un epitelioma.

La sede più frequente del cancro della lingua sono i bordi e la punta per quanto possa dirsi che nessun punto della lingua vada immune dal male. Questo si inizia con un noduletto indolente del parenchima della lingua che tende a crescere rapidamente e a farsi aderente alla mucosa ulcerandola.

Divenuta così da cancro chiuso, cancro aperto che sanguina facilmente a contatto con i denti e con i cibi duri e non tende a guarire. Altre volte si inizia come una ipertrofia papillare, come una vescicola o come un'ulcera superficiale coperta o no di crosta. Spesso si ha aumento di salivazione.

Il cancro della lingua è molto più frequente nell'uomo che nella donna forse per moventi etiologici concomitanti, come le irritazioni prodotte dal tabacco.

Tralasciando ciò che riguarda altri organi, passo ora all'esame dello stomaco per quanto concerne i tumori essendo i cancri dello stomaco di gran lunga più frequenti, come abbiamo visto dalle cifre statistiche.

Lo stomaco è una delle sedi predilette del carcinoma e vi è stato chi ha detto che il cancro dello stomaco rappresenta la forma più caratteristica e genuina del cancro e forse in esso, anche per la sua frequenza, può risiedere la chiave di volta della soluzione del misterioso problema dei tumori maligni. Nello stomaco i punti preferiti dal cancro sono la regione pilorica e la piccola curvatura. Il neoplasma si presenta in forma di tumore circoscritto o di infiltrazione diffusa e di ispessimento della parete gastrica. Il cancro si propaga ulteriormente lungo le vie linfatiche segnatamente del mesentere.

Si hanno metastasi anche al peritoneo e soprattutto al fegato pel trasporto di cellule cancerigne pei rami della porta.

La malattia si inizia subdolamente con sintomi gastrici e generale che hanno ben poco di caratteristico nè nei suoi singoli elementi nè sul loro complesso. Essi consistono nei fenomeni frequentissimi ad aversi in ogni caso di digestione disturbata; lingua impaniata, inappetenza, frequente ripugnanza pei cibi carnei, peso allo stomaco, eruttazioni, malessere generale. Negli stadi più avanzati si hanno gastralgie, vomito, ematemesi e quindi cachessia. L'esame fisico, quando la malattia è conclamata, lascia rilevare l'esistenza del tumore duro a superficie ineguale per lo più nell'epigastrio. Si può osservare l'esistenza di un ristagno gastrico, assenza di acido cloridrico e presenza di acido lattico nel succo gastrico.

Ma non bisogna arrivare a questo studio per fare la diagnosi.

Nei casi dubbi bisogna avvalersi del-

l'indagine radiologica che costituisce un valido e prezioso aiuto alla diagnosi di carcinoma gastrico. Questa indagine può apportare un contributo decisivo al giudizio diagnostico ed è necessaria soprattutto nell'assicurazione vita dove l'individuo può dissimulare le sue sofferenze e tacere deliberatamente precedenti familiari e personali oltre che sul suo stato presente.

Il cancro può manifestarsi anche in altri organi del tubo digerente e specialmente al fegato per lo più secondariamente, ma anche primitivamente.

Il cancro del fegato suole avere un decorso molto rapido. Si manifesta ora sotto forma di grossi nuclei isolati ed ora allo stato di infiltrazione cancerigna diffusa. I cancri primitivi del fegato si hanno per lo più nei grandi canali biliari sia nella cistifellia che nel coledoco dando luogo a numerose metastasi nell'organo. Talora il cancro delle vie biliari si sviluppa in individui già affetti da colelitiasi.

Il fegato canceroso si presenta ingrandito con la faccia anteriore coperta per lo più da nodosità e col margine inferiore anch'esso ineguale per sporgenze cancerigne.

Nell'intestino il cancro può invadere non infrequentemente il colon e il retto. In tali casi si rende necessario l'esame delle feci, che lasciano rilevare la comparsa del sangue. In ogni caso dubbio la radiologia può dare un notevole contributo alla diagnosi.

Ed ora passo a considerare i tumori maligni degli organi genitali femminili. Il medico di assicurazione deve avere ben presente l'alta percentuale dei tumori di tali organi specialmente dopo i 40 anni di età.

Il cancro dell'utero è una delle forme più frequenti di cancro delle donne specialmente in quelle che hanno avuto figli. Nelle visite alle assicurande bi-

sogna porre molta attenzione alle domande speciali per donne contenute nei questionari medici.

Occorre chiedere se vi sono disturbi o malattie delle ovaie, dell'utero o dei genitali esterni (dolori, emorragie, perdite bianche ecc.) il comportamento delle mestruazioni, i parti avuti, ecc. Bisogna tener presente che le infiammazioni croniche e le lacerazioni che seguono al parto agiscono come un fattore predisponente ai tumori. Nei casi di perdite di qualsiasi genere è consigliabile la visita dello specialista ginecologo.

Il primo sintomo del cancro dell'utero, nella maggioranza dei casi, consiste in perdite vaginali irregolari, acquose, tinte di sangue come lavatura di carne, specie nei periodi intermestruali. Se queste perdite, che talora si hanno anche per lesioni quasi innocue, si verificano durante la menopausa quando le mestruazioni sono cessate, sono molto sospette.

Nei primi stadi dei tumori uterini può non rilevarsi nulla di speciale all'esame obiettivo e può non esistere alcun dolore. L'esame microscopico della secrezione potrebbe dare utili elementi di giudizio. In alcuni ospedali, come quello Maria Vittoria di Torino, i primari ginecologi sogliono mandare al Centro diagnostico del cancro tutti i prodotti di raschiamento uterino e, in alcuni casi, è stato così scoperto con l'esame microscopico un tumore maligno iniziale dell'utero.

Quando le perdite sono di cattivo odore e comincia un dolore che dall'addome si irradia alla regione vicina, vuol dire che il cancro ha già progredito nella sua evoluzione.

Dopo il cancro dell'utero nella donna, per ordine di frequenza, viene quello della mammella.

Il primo sintomo è un indurimento di una parte della mammella o la forma-

zione di un nodulo che può essere al principio piccolo come un pisello e divenire sempre più grande. Il neoplasma si rileva applicando la mano a piatto sulla mammella.

Altro sintomo frequente e sospetto può essere una leggera secrezione del capezzolo quando essa compare all'inizio della gravidanza e dell'allattamento. Il capezzolo stesso si presenta retratto.

Da principio il tumore suole essere indolente, ma in prosieguo diventa doloroso e crescendo si fa aderente alla pelle e assume l'apparenza della corteccia di arancio e in ultimo si ulcera.

Nel cancro della mammella si ha la partecipazione dei gangli ascellari, sotto e sopra clavicolari.

Il medico di assicurazione deve sempre procedere all'esame delle glandole mammarie soprattutto nelle donne di una certa età, e non deve lasciarsi deviare dal compimento del suo dovere dalle ragioni di pudore che ostentano certe assicurande. In tal modo queste sono riuscite talora a non far rilevare cicatrici da pregresse operazioni subite o anche a nascondere carcinomi mammari ulcerati in piena evoluzione e che poi determinarono la morte dell'assicurata a breve distanza dalla stipulazione del contratto di assicurazione.

In questa breve rassegna voglio parlare infine dei cancri cutanei.

Questi si manifestano con la comparsa di un ispessimento circoscritto con alterazione del colorito naturale della cute. Si può anche avere una piccola ulcerazione che non tende a guarigione, ma che si approfonda ed allarga più o meno rapidamente.

Bisogna prestare attenzione ai nei, alle verruche, ai piccoli fibromi che ordinariamente non sogliono arrecar alcun disturbo ma che a un dato momento

possono presentare i segni di uno strano accrescimento con facili ulcerazioni.

Le alterazioni dei tessuti di rivestimento sono più pericolose se si verificano al livello delle mucose.

Dopo aver parlato delle sedi più frequenti del cancro debbo dire che il compito del medico di assicurazione non è facile, sia per le difficoltà di diagnosi dei tumori, sia per le reticenze e le dissimulazioni degli assicurandi e sia perchè il giudizio deve essere dato di solito con un solo esame.

Nei casi dubbi il medico deve ripetere le sue osservazioni e non lasciarsi convincere dalle premure dei produttori e dare un responso troppo affrettato e abbandonarsi a conclusioni premature che

richiederebbero di essere contraddette l'indomani.

Per non incorrere in facili errori, il medico deve avere molto discernimento ed abilità nel raccogliere i dati anamnestici oltre ad eseguire l'esame con grande scrupolosità e obbiettività.

Una diagnosi precoce di tumore giova all'Istituto assicuratore che non assume un rischio cattivo e giova all'assicurando in buona fede che può venire a conoscenza del grave male ignorato, che sorpreso nella sua fase iniziale, può essere efficacemente curato e guarito.

E' ben noto che l'unica via di salvezza nel cancro sono la diagnosi precoce e la cura tempestiva.

RICERCHE SUL VALORE COMPARATIVO

della Reazione Wassermann e di alcune reazioni di flocculazione
e sulla loro importanza nella pratica assicurativa

Dott. MARCELLO BIASIOTTI

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

La diagnosi clinica di lues è senza dubbio difficile in medicina A. V. sia per la facile sua occultabilità che specialmente per la cura colla quale la lues è sistematicamente nascosta al medico fiduciario. Anche nella ordinaria pratica medica la diagnosi della lues, o della natura luetica delle malattie interne, urta spesso contro notevoli difficoltà per la incertezza degli elementi sui quali ci si può basare per la diagnosi eziologica, per il fatto che la lues decorre spesso sotto forma di infezione latente e per la frequenza di forme atipiche della malattia. La latenza dell'infezione fa sì che essa rimanga ignorata in quanto molti, pur sapendo di aver sofferto molti anni prima di una ulcera di dubbia natura,

rapidamente scomparsa sia spontaneamente che con semplici cure locali, per il fatto di non aver avuto altre manifestazioni luetiche e di godere una apparente buona salute dopo qualche anno non ricordano quasi l'ulcera sofferta, o non gli attribuiscono maggiore importanza di quella che darebbero ad un leggero attacco influenzale; altri pur sapendo di essersi contagiati ritengono di essere completamente guariti solo perchè hanno saltuariamente praticato cure del tutto insufficienti. Inoltre la sifilide va annoverata al primo posto tra le malattie che più spesso vengono nascoste al medico: l'infezione luetica infatti sia perchè abitualmente contratta per mezzo di rapporti che molti non vogliono

confessare per un falso ed esagerato senso di pudore, sia perchè capace, per la sua contagiosità, di provocare un certo senso istintivo di repulsione da parte dei sani verso gli individui notoriamente infetti, viene tutt'ora gelosamente nascosta persino al medico curante. In medicina delle A. V. un assicurando che abbia interesse a stipulare un contratto di A. V., per il timore di essere rifiutato dichiarando la sifilide pregressa sarà portato a tacerla. D'altra parte la sifilide è una infezione che particolarmente si presta, quando è taciuta, a sfuggire al più accurato esame obiettivo non presentando spesso alcuna manifestazione clinicamente rilevabile.

Vero è che la sifilide cosiddetta latente spesso è tale solo in apparenza e che un attento esame del malato può mettere in rilievo dei piccoli segni che ad una osservazione superficiale sfuggono o vengono trascurati; quando saranno affinati e perfezionati gli attuali mezzi diagnostici forse potremo ricavare altri piccoli segni fisici ora insospettati e svelare così tutte le forme di sifilide oggi considerate come latenti. Ma allo stato attuale delle nostre conoscenze dobbiamo ritenere che in medicina delle A. V., le difficoltà che si frappongono alla diagnosi clinica di sifilide sono ancora maggiori che nella ordinaria pratica medica, e spesso insormontabili perchè i dati anamnestici sono ancor più infidi essendo l'assicurando talvolta realmente ignaro ma più spesso volontariamente reticente nei riguardi della contratta infezione e perchè i dati clinici dimostrativi per la lues sono quasi sempre assenti.

Ora se consideriamo che i clinici hanno varie volte richiamato l'attenzione sul fatto che quasi dappertutto e specie in alcune regioni vi è un numero molto elevato (fino al 50-60 %) di infezioni luetiche che rimangono ignorate o sono

diagnosticate accidentalmente quando già la lues ha profondamente leso l'organismo infetto, ed alla sifilide ignorata aggiungiamo la sifilide taciuta possiamo spiegarci quanto è stato messo in evidenza da statistiche antiche e recenti sulla sifilide in A. V.

Da queste interessanti statistiche risulta nel modo più evidente che nei casi in cui la morte dell'Assicurato deve attribuirsi con certezza o con molta probabilità alla lues solo una minima parte di A. aveva dichiarato la sifilide.

D'altra parte la pratica medica assicurativa ci insegna che ben di rado è possibile raccogliere la dichiarazione di un sofferto contagio luetico e per lo più viene dichiarato solo qualche aborto o qualche pregresso contagio blenorragico. Credo utile ricordare che qualche autore ha recentemente richiamato l'attenzione sulla maggiore importanza da attribuire al dato anamnestico « blenorragia » nei riguardi del sospetto di lues, e ciò sia per la frequenza colla quale le due infezioni si associano e sia per la grossolana facilità colla quale i malati, anche se in buona fede, possono confondere i sintomi delle varie malattie veneree, sia perchè spesso si tenta di nascondere la grave infezione luetica sotto il termine di « blenorragia » che per la sua maggiore benignità e diffusione i più ammettono senza difficoltà di aver sofferto.

Sin dal 1915 il Romanelli aveva richiamato l'attenzione sul grande peso che la sifilide esercita sul giudizio del rischio perchè causa di innumerevoli malattie sia del sistema nervoso (paralisi progressiva, tabe dorsale, ecc.) che del sistema cardio-vascolare (arteriosclerosi precoce, insufficienza delle valvole aortiche, aneurisma, emorragia cerebrale precoce, ecc.) che degli organi parenchimatosi (nefrite, epatite, ecc.).

Ed infatti la sifilide, specie acquisita,

ha una grande importanza in assicurazione vita per l'alta e precoce mortalità cui può dar luogo, fatto dimostrato nel modo più evidente dalle statistiche delle varie Compagnie d'Assicurazione vita tra le quali ricordo le interessanti statistiche dell' I.N.A. raccolte ed illustrate prima dal Romanelli e poi dal Vicentini.

Ben a ragione quindi il Romanelli sin dal 1915, considerando la forte mortalità tra gli assicurati per malattie addebitabili alla lues e tenendo conto dello scarsissimo numero di assicurandi che dichiara la lues e delle gravi difficoltà presentate dalla diagnosi clinica per la mancanza dei dati anamnestici e la scarsa entità ed il polimorfismo dei sintomi clinici, riteneva giusta, dal solo punto di vista teorico, la proposta avanzata da alcuni medici di assicurazione-vita che per tutti gli assicurati indistintamente si procedesse all'esame del sangue per la Reazione di Wassermann. Però il Romanelli faceva giustamente osservare che molti assicurandi, certamente non sifilitici, potevano sentirsi offesi per la richiesta della Reazione Wassermann ed abbandonare senz'altro l'idea di assicurarsi e che molti altri si sarebbero rifiutati a sottoporsi al prelevamento di sangue per puntura venosa. E aggiungeva ancora il Romanelli: « quando la Reazione di Wassermann sarà più diffusa nel pubblico, quando la Reazione di Wassermann sarà più perfezionata e saranno unificati i vari metodi per eseguirla, allora si potrà mettere in attuazione la proposta di praticare sistematicamente la R. W. ».

Ed oggi a distanza di 20 anni possiamo considerare pienamente realizzate queste condizioni necessarie per un largo impiego nella pratica assicurativa dell'esame sierodiagnostico per la sifilide. Da un lato la maggiore diffusione della Reazione Wassermann, oggi universalmente conosciuta e praticata an-

che a solo scopo precauzionale, prematrimoniale, ecc., la grande diffusione e la maggiore confidenza del pubblico e dei medici colle punture venose effettuate sia per prelevamento di sangue che per introduzione di medicinali, fa sì che la massima parte degli assicurandi, anche se convinti di non essere luetici, si sottopongono senza alcuna difficoltà al prelevamento del sangue per la reazione Wassermann senza sentirsi offesi per tale richiesta. Ed anche di fronte ad assicurandi particolarmente suscettibili nei riguardi di una eventuale Reazione Wassermann si potrà spesso effettuare egualmente il prelevamento di sangue giustificandolo colla necessità di un esame chimico (azotemia, ecc.).

In considerazione di quanto abbiamo sopra esposto noi riteniamo che oggi la Reazione Wassermann possa essere sempre praticata e debba esser richiesta ogni qualvolta dall'anamnesi o dall'esame obbiettivo nasca anche un semplice e lieve sospetto che l'A. abbia, in buona o malafede, taciuto una sifilide o per confermare la guarigione della sifilide denunciata che per qualche motivo si sospetta non ben guarita malgrado le cure, specie se si tratta di capitali cospicui.

Il Romanelli nel lavoro sopracitato scriveva: « la clinica ci insegna che anche quando ogni altra manifestazione tace e noi siamo inclinati, in base all'assenza di ogni sintomo, a dichiarare guarito un sifilitico, sarebbe necessario ricorrere alla Reazione Wassermann che se ripetutamente negativa sarebbe un dato di indiscutibile valore » ed aggiungeva: « bisogna anche tener conto del fatto che l'A. può con cure adatte riuscire a presentare R. W. negativa ed inoltre nelle manifestazioni sifilitiche tardive la R. W. talvolta riesce negativa ». Vedremo meglio in seguito come oggi, grazie ai recenti progressi della

sierologia, si riesca a diminuire notevolmente il numero di queste carenze sierologiche.

Certamente la sierologia colla Reazione Wassermann e le varie reazioni di flocculazione costituisce uno dei più preziosi e sicuri mezzi di diagnosi di cui possa disporre il medico di assicurazione vita per la diagnosi della sifilide latente, sia ignorata che taciuta.

Ma non bisogna cadere nell'opposto errore di ritenere che la diagnosi di lues si debba basare esclusivamente sulla sierodiagnosi perchè non bisogna dimenticare che nella sifilide antica e curata le reazioni sierologiche sono spesso negative.

Da un trentennio il problema della sierodiagnosi della sifilide ha, per la sua enorme importanza, richiamato l'attenzione degli studiosi che si sono preoccupati da un lato di perfezionare la tecnica delle reazioni proposte e selezionare quei metodi che per la loro maggiore sensibilità e specificità possono nella pratica sierologica fornire dati sempre più precisi e sicuri; e dall'altro lato di trovare mezzi di tecnica tanto semplice da rendere più facile e più rapida l'indagine sierologica. Tra i diversi metodi sierodiagnostici della sifilide la reazione di Wassermann e le reazioni di flocculazione, tra le quali in particolar modo la Reazione di Kahn, si imposero alla considerazione degli studiosi ed entrarono nella pratica sierologica.

La reazione Wassermann consiste nell'accertare mediante un reattivo biologico (emolisi) se il siero in esame ha o no la proprietà di reagire con speciali estratti alcoolici di organi contenenti lipoidi, in modo da formare un nuovo complesso avido di complemento e quindi capace di sopprimere l'attività complementare (emolitica) di un siero fresco (di cavia) con conseguente inibizione dell'emolisi.

In altre parole col classico dispositivo sperimentale della Reazione di Wassermann noi ricerchiamo nel siero in esame la presenza di speciali sostanze (reagine o anticorpi antilipoidei specifici) capaci di conferire al siero stesso (previamente inattivato o scomplementato cioè privato della sua attività complementare col riscaldamento a 55° per mezz'ora) la capacità di reagire con estratti alcoolici che hanno quale costituente attivo dei lipoidi, formando un nuovo complesso che per la sua avidità di complemento assorbe ed inattiva il complemento contenuto nel siero fresco di cavia.

La R. W. consiste perciò di 2 tempi fondamentali: in un 1° tempo la miscela siero in esame + soluzione alcoolica di lipoidi viene tenuta per un'ora insieme al siero fresco di cavia (complemento) in termostato a 37°, in modo da ottenere la eventuale fissazione (o deviazione od assorbimento) del complemento, e si prepara nello stesso tempo una serie di controlli; in un secondo tempo si ottiene la rivelazione della fissazione del complemento svolgasi nel 1° tempo, grazie all'aggiunta del cosiddetto « sistema o complesso emolitico » miscela in proporzioni adatte di siero emolitico di coniglio antimontone (1) + globuli rossi lavati di montone, che permette di stabilire se la reazione degli estratti (antigeni) col siero in esame ha prodotto o no l'assorbimento (e la inattivazione o deviazione) del complemento contenuto nel siero fresco di cavia: se il complemento fu assorbito si ha l'inibizione dell'emolisi od emolisi nulla = R. W. positiva, se il complemento non fu assor-

(1) Questo siero è ricavato dal sangue dei conigli sensibilizzati verso le emazie di montone ed ha la proprietà di determinare entro 1 ora la emolisi completa in una sospensione di emazie di montone in soluzione fisiologica tenuta in termostato a 37 gradi, previa aggiunta del complemento necessario.

bito si ha l'emolisi = R. W. negativa.

La delicatezza e la complessità della tecnica della Reazione Wassermann sono da attribuire in gran parte all'intimo legame della reazione colla cosiddetta « funzione complementare » del siero a sua volta legata ad una labilità od instabilità di talune frazioni proteiche del siero (globuline). Infatti solo se i fiocchi prodottisi nella reazione antigene (soluzione alcoolica limpida di lipoidi) + anticorpo antilipoideo (siero in esame) hanno una sufficiente superficie di adsorbimento si ha la condizione ambientale necessaria alla totale fissazione del complemento (= inibizione totale della emolisi = R. W. positiva completa); se le condizioni sopraesposte si verificano solo parzialmente la funzione complementare del siero non scompare ma si ha solo una « fissazione parziale » del complemento (= inibizione parziale dell'emolisi od emolisi incompleta).

Inoltre la funzione complementare del siero di cavia può venire alterata ed anche scomparire, indipendentemente dalla reazione antigene + anticorpo, per opera di particolari condizioni ambientali o della cosiddetta « azione anticomplementare » o potere anticomplementare aspecifico posseduto sia dai sieri in esame, anche se normali, che dalle soluzioni colloidali di lipoidi usate come antigeni.

Per svelare questa eventuale azione anticomplementare si usano perciò tutti i controlli capaci di rivelare se un dato reparto di fissazione del complemento debba o non essere ritenuto specifico, e si impiega una quantità di siero complementare (siero fresco di cavia) molto superiore a quella necessaria per ottenere la emolisi, in modo da offrire un eccesso di complemento per la saturazione di eventuali influenze fissatrici specifiche.

* * *

Le reazioni di flocculazione sono basate sull'apparizione di un precipitato o flocculato, nel liquido che si esamina quando su di esso si fa agire questo o quel reattivo da determinare e sull'abbondanza del precipitato si basa il maggiore o minore grado di positività della reazione. Sorvolando per necessità di spazio sull'intimo complesso meccanismo che regola lo svolgersi di queste reazioni ricordo che si tratta probabilmente di fenomeni chimico-fisici colloidali e che la modificazione colloidale consiste essenzialmente in una diminuzione di dispersione cioè in una modificazione in senso geloidale. Credo invece utile ricordare che non esiste alcuna differenza sostanziale nell'intimo meccanismo dei due tipi di reazione: deviazione del complemento e flocculazione.

Ed infatti sia nella reazione di Wassermann che nelle reazioni di flocculazione il reagente fondamentale è una soluzione colloidale di lipoidi, sostanze alcool-solubili per le quali il siero sifilitico presenta una particolare affinità (per la presenza in esso delle reagine od anticorpi antilipoidei) addizionata di adatti sensibilizzatori (colesterina, ecc.) in dose optimum stabilita empiricamente.

In tutte le reazioni sierodiagnostiche per la lues si ha una precipitazione sospesa per miscela dell'estratto con una soluzione di cloruro sodico e le particelle disperse di questa precipitazione sospesa reagiscono colle reagine contenute nel siero luetico.

Infatti le classiche ricerche di Jacobstahl hanno dimostrato che anche nel miscuglio siero sifilitico + soluzione lipoidica (rappresentata dall'antigene usato per la reazione Wassermann) si formano dei fiocchi impercettibili ad occhio nudo ma chiaramente visibili all'ultra-

microscopio in campo oscuro. Questi fiocchi microscopici per la enorme superficie di adsorbimento derivante dalle loro piccolissime dimensioni provocano nel siero fresco di cavia aggiunto al sistema siero sifilitico + antigene, quella particolare modificazione delle proteine del siero che viene chiamata fissazione del complemento e conseguente inibizione dell'emolisi quando si aggiunge il complesso emolitico che come abbiamo già detto ha solo funzione di rivelatore. Se invece la reazione tra siero sifilitico e soluzione lipoidea (antigene) si svolge in condizioni diverse, soprattutto per quel che concerne lo stato fisico della soluzione lipoidea, i fiocchi che si formano sono meno numerosi ma tanto grossi da essere percettibili ad occhio nudo o con una semplice lente di ingrandimento: ed allora il fenomeno fisico-chimico si rivela direttamente sotto forma di flocculazione in seno al miscuglio siero sifilitico + antigene e non già indirettamente sotto forma di deviazione del complemento.

In breve la reazione tra il siero sifilitico ed i vari antigeni usati per la diagnosi sierologica di lues non è altro che una reazione fisico-chimica tra i colloidi del siero in esame (globuline) ed i colloidi delle soluzioni degli antigeni (lipoidi), e consiste sempre nella formazione di un precipitato che può essere evidente macroscopicamente (reazione di flocculazione) o soltanto un precipitato allo stato nascente o microprecipitato che è in grado di assorbire il complemento di cavia rivelandosi macroscopicamente coll'inibizione dell'emolisi sul sistema emolitico indicatore o microscopicamente all'ultramicroscopio in campo oscuro (sierodiagnosi ottica).

Perciò le reazioni di flocculazione sono state giustamente paragonate ad un ingrandimento rivelatore dei fenomeni fisico-chimici che si svolgono nel 1° tempo della Reazione Wassermann, prima del-

l'aggiunta del complesso emolitico; in queste reazioni la modificazione colloidale consistente in una diminuzione di dispersione dei colloidi per aggregazione di particelle, viene lasciata decorrere fino alla fine ed aiutata da particolari artifici (aggiunta di rinforzatori [resine, ecc.] agli antigeni, mezzo salino ottimale) e si manifesta macroscopicamente sotto forma di una flocculazione o di un intorbidamento.

Naturalmente il parallelismo tra l'intimo meccanismo della R. W. e quello della reazione di flocculazione non è assoluto perchè i due tipi di reazione registrano due stadi diversi dello stesso fenomeno: infatti la deviazione del complemento registra lo stato iniziale del microprecipitato visibile solo all'ultramicroscopio in campo oscuro (flocculazione allo stato nascente), mentre le reazioni di flocculazione registrano lo stato terminale della reazione, sotto forma di flocculazione grossolana visibile ad occhio nudo o con una semplice lente di ingrandimento. Inoltre nella R. W. interviene sin da principio nel campo reattivo il siero di cavia coi suoi colloidi e questo non si ha nelle reazioni di flocculazione.

Questa diversità di condizioni può spiccare alcune differenze di comportamento fra la Reazione di Wassermann e le reazioni di flocculazione quando vengono cimentate sullo stesso siero in esame.

* * *

Le reazioni di flocculazione debbono il loro grande numero ed il loro successo al vantaggio che presentano dal punto di vista della tecnica estremamente semplice e rapida, nei confronti della indagatosa tecnica delle sieroreazioni che, come la Reazione Wassermann, si basano sulla deviazione del complemento.

Inoltre in questi ultimi anni nel cam-

po delle reazioni di flocculazione si sono conseguiti notevoli progressi tecnici consistenti principalmente in perfezionamenti apportati alla preparazione della soluzione colloidale dell'antigene lipoideo allo scopo di ottenere soluzioni che per concentrazione dei lipoidi e stato fisico possedessero la massima sensibilità e la massima specificità.

Anche nel campo delle reazioni di deviazione del complemento si è fatto qualche progresso nel campo tecnico perfezionando la preparazione degli antigeni, dimostrando la utilità dell'aggiunta di colesterina agli antigeni allo scopo di conferire alle soluzioni colloidali lipoidee una maggiore reattività e sensibilità; e l'uso degli antigeni con l'aggiunta di colesterina si è universalmente diffuso nella pratica sierologica.

Ma mentre per la Reazione Wassermann al di là di un certo limite di concentrazione in lipoidi e di grossezza delle particelle colloidali delle soluzioni degli antigeni si può avere una fissazione aspecifica (cioè anche con sieri non sifilitici) del complemento oppure si possono formare dei fiocchi troppo grossi e troppo scarsi per avere una superficie di adsorbimento sufficiente a produrre la fissazione del complemento, per le reazioni di flocculazione invece la reattività delle soluzioni antigeni può venire spinta, senza timore di fissazione aspecifica, oltre i limiti imposti alle soluzioni degli antigeni usati nella Reazione Wassermann, perchè è possibile aumentare in maggior misura la quantità dei lipoidi e della colesterina ed allestire soluzioni più grossolanamente disperse.

In considerazione dei maggiori progressi tecnici conseguiti in questi ultimi anni dalle reazioni di flocculazione si potrebbe essere indotti a ritenere senz'altro che una reazione di flocculazione scelta tra quelle più sensibili e più specifiche possa sostituire la Reazione Was-

sermann, e venire usata da sola come tecnica di elezione, capace di assumersi da sola la grave responsabilità di una diagnosi sierologica di sifilide.

L'argomento del valore comparativo delle reazioni di flocculazione di fronte alle reazioni di deviazione del complemento è stato ampiamente discusso in tre conferenze sierologiche internazionali alle quali parteciparono i migliori sierologi del mondo.

Ed anche nella terza Conferenza sebbene alcuni sierologi consigliassero la sostituzione della Reazione Wassermann colle reazioni di flocculazione, la maggioranza non accettò la proposta limitandosi a consigliare che accanto alla R. W. si praticasse, quale reazione di complemento, almeno una reazione di flocculazione.

Da ciò chiaramente risulta che anche oggi i sierologi sono del parere che nessun metodo di flocculazione, malgrado la maggiore sensibilità ed i maggiori progressi tecnici conseguiti in questi ultimi anni dalle reazioni stesse, possa senz'altro sostituire la R. W. e venire usato da solo come metodo di elezione e da solo sufficiente ad assumersi la responsabilità di una diagnosi sierologica di sifilide.

Da quanto ho esposto sinora chiaramente risulta che ancora non possediamo un metodo sierodiagnostico che possa definirsi veramente sovrano e che dal nostro punto di vista assicurativo presenti tutti i requisiti necessari ai metodi di laboratorio da usare in Medicina A. V. e cioè:

1) possedere il massimo grado di specificità (dare cioè risultati positivi soltanto con sieri luetici);

2) essere tanto sensibile da svelare come positivi tutti i sieri di sifilide antica, latente o curata, cioè tutti quei casi in cui le modificazioni del siero sono poco spiccate e quindi difficili a rilevare;

3) non presentare reazioni dubbie;

4) essere dal lato tecnico di estrema semplicità e rapidità presentando al tempo stesso facilità e rapidità di lettura;

5) richiedere solo piccolissime quantità di siero in modo da non presentare la necessità della puntura venosa ed essere facilmente ripetibile in caso di bisogno;

6) dare risultati corretti anche con sieri laccati o torbidi perchè nella pratica assicurativa è spesso impossibile ripetere il prelevamento del sangue.

Ora se ci addentriamo un po' nell'esame di questi requisiti confrontandoli con quelli posseduti dalle sieroreazioni di cui oggi disponiamo saremo costretti a riconoscere che è impossibile trovare riuniti in un solo metodo tutti questi requisiti.

Così vediamo che i metodi che presentano in maggior grado il requisito indispensabile « specificità » hanno il difetto di una minor sensibilità (in altre parole sensibilità e specificità si comportano in senso inverso in quanto le reazioni più sensibili presentano il maggior numero di risultati aspecifici e viceversa).

Anche nei riguardi dell'essenziale requisito (particolarmente importante in M. A. V.) della « sensibilità » non esiste oggi alcun metodo che da solo sia in grado di svelare tutti i sieri luetici ed inoltre sappiamo per esperienza che la sensibilità dei vari metodi è diversa di fronte ai vari sieri; perciò avviene talvolta che si riesca a dimostrare la positività di un siero luetico col metodo che abitualmente si dimostra il meno sensibile, mentre metodo più sensibili cimentati collo stesso siero avevano dato risultato negativo.

Così per le reazioni dubbie, nelle quali si è al confine tra la positività e la negatività, in quanto essendo il fenomeno

rivelatore appena accennato non è possibile dare un sicuro responso, dobbiamo dire che esse possono presentarsi sia nelle reazioni di deviazione del complemento (sotto forma di emolisi incompleta, ritardo di emolisi, ecc.) sia nelle flocculazioni.

Il requisito della estrema rapidità di esecuzione e semplicità di tecnica è indubbiamente posseduto soltanto dalle reazioni di flocculazione. Esse sono delle tipiche reazioni rapide, inoltre avvenendo a temperatura ambiente non richiedono l'uso del termostato, per la loro semplicità di tecnica possono venire eseguite anche da personale non specializzato, ecc. Ma d'altra parte tutte queste reazioni sono molto labili e vanno eseguite attenendosi scrupolosamente alle istruzioni tecniche: dobbiamo aggiungere che la loro lettura non è priva di difficoltà specie nelle reazioni debolmente + e che ad onta della loro apparente semplicità sono in realtà molto delicate dal punto di vista tecnico perchè basta un piccolo difetto di tecnica per alterarne gravemente i risultati.

Le reazioni di flocculazione presentano inoltre un grave inconveniente che bisogna ben conoscere e tenere in considerazione: esse presentano un optimum di proporzioni fra antigene e siero in esame che rappresenta l'estremo limite della sensibilità. Ora se per causa di un difetto di tecnica anche lieve nella diluizione della soluzione antigenica, circostanze ambientali sfavorevoli ecc. inavvertitamente andiamo al di sopra od al di sotto di questo optimum, oltre ad incorrere nel pericolo dell'aspecificità possiamo determinare, con intensità maggiore di quella che si può avere nelle reazioni di fissazione del complemento, il cosiddetto « fenomeno di zona » che consiste nella diminuzione e financo nella scomparsa del fenomeno rivelatore « flocculazione ». Ci possiamo così spie-

gare perchè talvolta alcuni sieri nettamente positivi con metodi meno sensibili danno risultati falsamente negativi colle più sensibili reazioni di flocculazione.

* * *

Ora se nessuno dei metodi sierodiagnostici a nostra disposizione presenta da solo se non tutti almeno la massima parte dei requisiti che riteniamo necessari ai metodi di esame da usare in questa particolare branca della medicina, e poichè d'altra parte ci è sommamente utile l'ausilio dell'esame sierodiagnostico, siamo costretti a sforzarci di ottenere tali requisiti mediante la contemporanea esecuzione di più reazioni presentanti ciascuna in grado più spiccato uno o più di tali requisiti.

* * *

Poichè è condizione essenziale per ottenere risultati corretti il potere disporre di un siero limpido, non laccato ed in quantità sufficiente, credo qui opportuno richiamare l'attenzione dei medici fiduciari sulle norme da seguire nel prelevamento del sangue.

Prima avvertenza è quella di praticare il prelevamento possibilmente sul soggetto digiuno od almeno in un momento lontano dalla digestione perchè il sangue prelevato durante il periodo digestivo contiene delle particelle grassose e dà pertanto un siero chilooso di aspetto torbido o lattescente anche dopo centrifugazione; questa opalescenza del siero può nuocere alla precisione del metodo sierodiagnostico (ad es. disturbare lo svolgimento dell'emolisi) e falsarne i risultati.

Seconda avvertenza è quella di raccogliere direttamente il sangue dall'ago in una provetta sterile perchè se si aspira il sangue con una siringa quasi sempre,

specie se l'ago è piccolo e per conseguenza l'aspirazione è lenta, si determina una iniziale coagulazione del sangue nella siringa ed il coagulo, frammentato, nel suo iniziale periodo di formazione dalla pressione esercitata nei tentativi di spingere il sangue nella provetta, si retrae male e dà quasi sempre un siero scarso e laccato per l'avvenuta mescolanza coll'emoglobina.

Terza avvertenza utile è quella di usare un ago relativamente grosso e corto, collo sghembo della punta breve onde evitare di ferire la parte opposta della vena, ma bene affilato onde permettere la facile puntura della vena. L'ago sarà possibilmente nuovo ed almeno ben pulito perchè la ruggine diminuisce l'acutezza della punta e la scorrevolezza dell'ago, mentre la ruggine dell'interno del lume creando delle scabrosità facilita la coagulazione del sangue nel lume dell'ago.

Sia l'ago che la siringa (qualora si voglia usarla) dovranno essere bene asciutti e sterilizzati col calore secco a 180° o coll'ebollizione in soluzione fisiologica.

Inoltre è bene attendere la completa evaporazione dell'alcool usato per disinfettare la cute prima di praticare la puntura venosa. Si raccoglierà poi il sangue direttamente nella provetta sterile ed asciutta e non appena raccolta la quantità di sangue necessaria si chiuderà la provetta col tappo di cotone sterile e la si lascerà in posizione inclinata a temperatura ambiente od in termostato a 37° per 2 ore, tempo abitualmente sufficiente per ottenere la separazione del siero.

Si abbia cura di evitare l'errore di mettere in ghiacciaia il sangue subito dopo il prelevamento perchè le basse temperature ostacolano la buona retractione del coagulo che imprigiona il siero così tenacemente da rendere difficile

la separazione di un siero limpido senza globuli rossi e si otterrà perciò solo un siero laccato.

Infine ricordo che se si deve spedire il siero da esaminare ad un laboratorio centrale bisogna raccogliere il siero perfettamente limpido, servendosi eventualmente della centrifugazione, in una provetta asciutta sterile ben chiusa con un tappo di gomma o meglio in una fialetta sterile e bene asciutta che si chiude alla fiamma; si deve evitare assolutamente la spedizione di sangue totale.

Poichè non vi è nulla di più spiacevole che esser limitati da una quantità troppo scarsa di siero che toglie fra l'altro la possibilità di fare tutti i controlli che si ritengono necessari e costringe talora a fornire solo risultati dubbi, e dato che nella pratica assicurativa è quasi sempre impossibile procedere ad un nuovo prelevamento si cerchi sempre di raccogliere 8-10 c.c. di sangue, necessari e sufficienti per ottenere i 2-3 c.c. di siero che occorrono per praticare le tre sieroreazioni.

* * *

Nella scelta delle reazioni da praticare ci siamo basati in primo luogo sul requisito « specificità » che per noi è indubbiamente il più importante; riteniamo infatti assolutamente necessario usare almeno un metodo assolutamente specifico, anche se meno sensibile.

Ricordo che recenti studi sull'argomento hanno dimostrato la esistenza di un duplice meccanismo di aspecificità: dobbiamo infatti considerare una aspecificità da labilità globulinica ed una aspecificità di ordine immunitario.

Abbiamo già ripetutamente accennato che tutti i metodi di sierodiagnosi della sifilide si basano sulla ricerca nel siero in esame, per mezzo di antigeni lipoidei, di specifici anticorpi antilipoidei o reagine, costituite dalle sieroglobuli-

ne. Ora bisogna tener presente che, come da un lato col variar del metodo variano, più o meno sensibilmente, gli antigeni lipoidei, così dall'altro ogni siero reagisce con i vari antigeni in modo diverso perchè contiene sempre, accanto agli eventuali specifici anticorpi antilipoidei, un fattore aspecifico rappresentato dalla labilità globulinica.

Questa labilità se da un lato può giovare allo svolgimento della reazione rinforzando la reazione specifica dei sieri positivi, dall'altro, sia pur raramente in metodj molto corretti dal punto di vista della tecnica di esecuzione, può dar luogo nei sieri negativi a reazioni aspecifiche falsamente positive. E' noto infatti che anche nei sieri normali, tra i componenti proteici del siero, la frazione « globuline » presenta una maggiore labilità colloidale; ed è noto altresì che questa labilità aumenta non soltanto nella sifilide ma anche nella tubercolosi, nei tumori maligni ed in altre condizioni morbose. Queste cosiddette « Reazioni di labilità globulinica » si incontrano con relativa frequenza nei sieri sifilitici e se per difetti di tecnica oltrepassiamo l'optimum di concentrazione della soluzione colloidale di antigeni lipoidei può avvenire che i due tipi di reazione (e cioè la reazione immunitaria antilipoidea e la reazione di labilità globulinica) si sommino aumentando da un lato la sensibilità della reazione e la evidenza della positività, ma diminuendone dall'altro la specificità.

Dobbiamo perciò evitare con adatti accorgimenti di tecnica queste reazioni aspecifiche di labilità globulare.

Nella pratica sierologica possediamo fortunatamente un mezzo molto semplice, il riscaldamento a 55° per mezz'ora necessario per l'inattivazione, che determina una stabilizzazione delle quote globuliniche più labili che potrebbero determinare la sopracitata reazione di

labilità globulinica nei sieri non luetici che sovrapponendosi al fenomeno specifico della reazione potrebbe determinare false reazioni positive.

Oggi è universalmente abbandonata la pratica della R. W. sui sieri non inattivati, perchè con questi pur essendo esaltata la sensibilità della reazione si avevano spesso risultati aspecifici cioè reazioni positive in sieri non luetici.

Ma in considerazione del fatto che, se si ha l'avvertenza di lavorare solo su sieri inattivi, la R. W. è indubbiamente quella che dà il minor numero di risultati aspecifici, e si è ormai imposta ovunque dimostrando attraverso una trentennale esperienza, di essere un mezzo di indagine dotato di grande finezza, sensibilità e specificità, abbiamo creduto opportuno di considerarla quale reazione basale pur riconoscendole gli inconvenienti della tecnica indaginosa e costosa, di un laboratorio bene attrezzato ed organizzato, delle necessità dell'impiego del termostato e di alcuni reagenti non conservabili (emazie di montone e complemento fresco di cavia), ecc.

Le Reazioni aspecifiche di labilità globulinica non debbono essere confuse colle reazioni aspecifiche che si possono avere in alcune malattie tropicali (lebbra, framboesia, tripanosomiasi) ed in alcune infezioni acute febbrili (scarlattina, tifo, morbillo) nelle quali si può avere una formazione di anticorpi anti-lipoidei con un processo immunitario analogo a quello che si verifica nella sifilide.

E' noto che anche il siero degli itterici e degli alcoolisti, delle gravide, degli individui affetti da psoriasi e dei malati di forme esaurienti a lungo decorso (cirrotici, cardiopatici scompensati, tubercolotici, portatori di tumori maligni, ecc.) può presentare il fenomeno della fissazione del complemento.

Queste reazioni aspecifiche di ordine

immunitario sono del tutto trascurabili dal nostro punto di vista assicurativo e nelle nostre ricerche infatti esse sono ridotte allo zero perchè il nostro materiale è composto da soggetti in apparente buona salute e quindi (a parte la eccezionale eventualità di un alcoolista, di un psoriasico o di un malarico cronico) in esso non potevano essere inclusi malati infettivi acuti, malati tropicali, itterici, gravide ecc.

* * *

Quanto abbiamo esposto può almeno in parte spiegare l'apparente discordanza tra i risultati delle varie reazioni e conferma in modo evidente la necessità di usare più metodi sierodiagnostici che si completino a vicenda: infatti solo mediante la contemporanea esecuzione di tre reazioni potremo far sì che i risultati eventualmente aspecifici di una reazione siano controllati dalle altre.

Ed in secondo luogo, per quel che concerne il requisito « sensibilità » solo con tale accorgimento di tecnica potremo riuscire ad aumentarne la sensibilità, potremo meglio interpretare le reazioni dubbie, quelle ottenute da sieri laccati, torbidi, ecc.

Come abbiamo già accennato per quello che riguarda la R. W. si è dimostrato che l'uso degli estratti con aggiunta di colesterina ne aumenta notevolmente la sensibilità.

In medicina delle A. V. il problema della sensibilità è di particolare importanza perchè a noi interessa svelare specialmente le sifilidi latenti, antiche e curate nelle quali la R. W. può essere talvolta negativa.

Questa negatività della R. W. sembra da attribuire al fatto che coll'invecchiamento dell'infezione luetica o coll'uso di preparati antiluetici viene a diminuire e financo a mancare la formazione di

quegli speciali aggregati, probabilmente di natura lipoproteica, prodotti dall'alterato ricambio cellulare per effetto dell'infezione luetica.

Perciò nella sifilide antica o curata questi aggregati possono mancare o trovarsi in quantità così scarsa da non dare la fissazione del complemento e si hanno quindi reazioni negative. In tale caso di carenza di anticorpi antilipoidei le reazioni di flocculazione si sono dimostrate particolarmente utili perchè per la loro maggiore sensibilità sono talora in grado di svelare una quantità di anticorpi antilipoidei così piccola da sfuggire a metodi meno sensibili quali la fissazione del complemento.

In altre parole le reazioni di flocculazione non sono altro che dei rivelatori dotati di maggiore sensibilità e differiscono dalle Reazioni Wassermann solo in senso quantitativo e non già in senso qualitativo, perchè non ci rivelano qualche cosa di nuovo non rivelabile colla deviazione del complemento.

I metodi di flocculazione hanno perciò particolare valore in medicina delle assicurazioni vita per la diagnosi di quei casi di sifilide tardiva anamnesticamente muta, perchè taciuta od ignorata, con manifestazioni viscerali o nervose, in cui per la carenza di anticorpi antilipoidei che suole spesso verificarsi nel periodo tardivo dell'infezione, la reazione di Wassermann può dare risultato negativo.

Le reazioni di flocculazione inoltre sono talora positive nelle sifilidi recenti più precocemente della Reazione di Wassermann; nelle sifilidi insufficientemente curate si mantengono positive anche quando metodi meno sensibili come la R. W., danno un reperto negativo; in medicina delle assicurazioni vita ci forniscono quindi utili elementi per il giudizio di guarigione di una sifilide progressiva e per la prognosi.

A questo punto sorge il problema della scelta dei metodi di flocculazione, problema difficile perchè numerosissime sono le reazioni di flocculazione proposte in pochi anni, ma tra queste molte non hanno resistito al severo vaglio della esperienza nei grandi laboratori sierologici. Tra i metodi di flocculazione che hanno dimostrato sia nella pratica quotidiana che nelle conferenze internazionali di sierologia, di possedere le maggiori doti di sensibilità e specificità abbiamo al primo posto la Reazione di Kahn nella sua tecnica ordinaria o « standard test » mentre il « presuntive test » è risultato più sensibile ma meno specifico. Numerosi raffronti tra i diversi metodi di flocculazione hanno dimostrato nel modo più evidente che la Reazione di Kahn (« standard test ») deve essere considerata la migliore tra le varie flocculazioni sinora proposte e quindi quella che oggi ha maggior valore. Solo la Reazione di Kahn ha infatti il diritto di stare a fianco della Reazione di Wassermann quale metodo di elezione da usare specialmente in medicina delle assicurazioni vita, possedendo una specificità non inferiore a quella della Reazione Wassermann ed una sensibilità maggiore della Reazione Wassermann nella sifilide latente e tardiva, particolarmente nei casi insufficientemente curati. Unici suoi inconvenienti in confronto ad altre flocculazioni di tecnica più semplice sarebbero il più alto costo dell'estratto, il suo maggior consumo per la esecuzione della prova in 3 dosi e la necessità dell'uso dell'agitatore.

Quale seconda reazione di completamento abbiamo scelto la reazione di Meinicke detta di intorbidamento (M.T.R.) per la sua facilissima esecuzione, per la estrema semplicità del materiale occorrente, per la rapidità e chiarezza di lettura ed infine perchè, pur non potendo reggere al confronto colla

reazione di Kahn nei riguardi della sensibilità e della specificità, presenta queste due qualità in misura abbastanza rilevante.

Ricordiamo però che la M.T.R. richiede una grande rapidità nell'operare e la più stretta osservanza delle regole tecniche perchè altrimenti l'estratto si intorbida con estrema facilità e ciò va a scapito della rapidità di lettura perchè in tal caso non si può più praticare la lettura immediata ma si debbono attendere parecchie ore ed eseguire la lettura solo dopo avvenuta la sedimentazione dei fiocchetti.

* * *

Perciò da qualche anno nei nostri laboratori centrali pratichiamo contemporaneamente alla Reazione di Wassermann, quali reazioni di completamento due reazioni di flocculazione: la reazione di Kahn col metodo ordinario (« standard test ») e la reazione di intorbida-mento di Meinicke (M.T.R.).

* * *

Credo ora utile riportare i dati riassuntivi dei risultati ottenuti nei nostri laboratori centrali e ciò non tanto per il numero delle osservazioni che è relativamente piccolo (circa 900) quanto per l'interesse che possono presentare sia nei riguardi delle deduzioni che se ne possono trarre sulla presumibile morbilità per la sifilide tra gli assicurati dell'I.N.A., essendo questo il primo lavoro pubblicato sull'argomento, e per l'interesse che può presentare dal lato tecnico sierologico nei riguardi della specificità dei vari metodi sierodiagnostici. Il materiale da noi studiato per la sua particolare composizione differisce molto da quello abitualmente esaminato dai vari A.A. che si sono occupati dell'argomen-

to e che è costituito per lo più da malati ricoverati in reparti dermatologici o di medicina generale, o frequentanti ambulatori o dispensari, cliniche od altri Enti specializzati, luoghi di cura insomma dove affluiscono individui in gran parte affetti da lues più o meno recente e più o meno curata od almeno da altre condizioni morbose che possono dar luogo a speciali modificazioni del siero e conseguenti positività aspecifiche.

La diversità del materiale da noi studiato, che riguarda in massima parte individui apparentemente sani, spiega da un lato la bassissima percentuale di positività e dall'altro è di notevole importanza nei riguardi della sensibilità e specificità dei metodi impiegati.

Per quello che riguarda il numero dei risultati aspecifici possiamo ritenere che nel nostro materiale di osservazione, per le ragioni su esposte, esso si riduca praticamente a zero: ed infatti in tutti i casi nei quali le sieroreazioni ci fornirono dei risultati concordemente positivi avemmo dai dati clinici od anamnestici piena conferma nei riguardi dell'infezione luetica.

* * *

In questo ultimo periodo di tempo abbiamo avuto occasione di esaminare 898 sieri dei quali:

37 (e cioè il 4,12 %) risultarono positivi colla R. W. (mentre 11 presentarono solo un ritardo di emolisi);

47 (e cioè il 5,23 %) risultarono positivi colla Reazione di Kahn;

36 risultarono positivi colla M.T.R. (che però fu praticata solo su 637 sieri);

di questi 27 (e cioè il 3,01 %) risultarono positivi sia colla R. W. che colla R. Kahn che colla M.T.R.;

22 sieri invece (e cioè il 2,45 %)

dettero risultati positivi discordanti ripartiti nel modo seguente:

R. W. in difetto:

- R. W. — K + M. T. R. + n. 4;
- R. W. — K + M. T. R. — n. 2;
- R. W. — K — M. T. R. + n. 2;
- R. W. — K + n. 4.

Reaz. di flocculazione in difetto:

- R. W. + K — M. T. R. — n. 6;
- R. W. + K + M. T. R. — n. 4.

Solo in sei casi con R. Kahn in difetto avemmo la R. W. + e dati clinici concordanti colla R. W.; ma in 20 casi con R. W. negativa o con semplice ritardo di emolisi avemmo la reazione di Kahn + e dati clinici concordanti colla R. Kahn (la maggior parte di questi sieri proveniva da luetici insufficientemente curati).

Infatti negli 11 casi di R. W. con ritardo di emolisi le reazioni di flocculazione si comportarono nel modo seguente:

- R.W. con R.E. K. + M.T.R. + n. 3;
- R.W. con R.E. K. — M.T.R. — n. 5;
- R.W. con R.E. K. + M.T.R. — n. 2;
- R.W. con R.E. K. + n. 1.

Le reazioni di flocculazione ci sono state quindi di notevole utilità per la corretta interpretazione delle R. W. dubbie.

I casi di R. W. con azione anticomplementare del siero furono 10 ai quali corrispose sempre una negatività delle reazioni di flocculazione.

Se esaminiamo i nostri risultati dal punto di vista della presumibile morbilità per sifilide tra gli assicurati dobbiamo riconoscere che essa si mantiene entro limiti molto modesti: infatti la percentuale di positività è del 4% circa. Anche volendo tener conto di qualche caso di totale carenza sierologica e del valore relativo che dal punto di vi-

sta diagnostico può avere l'esame sierodiagnostico praticato una sola volta, tale cifra subirebbe solo aumenti del tutto trascurabili.

E d'altra parte noi abbiamo cercato di ridurre al minimo la carenza sierologica usando antigeni scelti tra i più sensibili, servendoci del doppio controllo delle più sensibili reazioni di flocculazione e praticando, nei casi in cui ciò era possibile, la riattivazione biologica della sierodiagnosi. A questo proposito ricordo che vari ricercatori hanno osservato che la riattivazione ha maggiore influenza sulla ricomparsa della positività nella R. W. che nelle reazioni di flocculazione che spesso rimangono negative.

Abbiamo potuto praticare sempre la riattivazione nei soggetti che si presentavano a noi per visita di collaudo della salute e che temevano di essere affetti da lues: naturalmente tale pratica, richiedendo la iniezione di un preparato antiluetico ed un secondo prelevamento di sangue, non è stata mai usata negli assicurandi.

In sifilidi latenti nelle quali non esistevano segni clinici e specialmente in casi curati che presentavano carenza sierologica nei riguardi della reazione Wassermann abbiamo potuto osservare una permanenza nel reperto positivo delle reazioni di flocculazione, ed in ispecial modo della reazione di Kahn, che ci ha dato spesso risultati positivi nelle sifilidi insufficientemente curate, ed in qualche caso di sifilide tardiva con manifestazioni viscerali o nervose.

Quindi dobbiamo ritenere ancora una volta confermata la sovranità della Reazione di Kahn (standard test) tra i diversi metodi di flocculazione sebbene anche la M. T. R. ci sembri un metodo di sierodiagnosi della lues molto raccomandabile per la sua facilissima esecuzione, rapidità di lettura e notevole spe-

cificità e per la sua maggiore sensibilità che ci permette di svelare qualche caso di sifilide latente.

In base ai risultati della nostra esperienza crediamo di poter affermare che la reazione di Kahn per la sua maggiore sensibilità e per la sua maggiore resistenza a scomparire anche nei luetici curati a lungo o tuttora in cura può molto utilmente venire usata nella pratica assicurativa per svelare i perturbamenti sierologici prodotti dalla lues anche quando per effetto dell'invecchiamento dell'infezione o di un adeguato trattamento specifico questi perturbamenti sono tanto regrediti da non essere più svelabili colla sola Reazione di Wassermann; e se negativa ha un certo valore per il giudizio di guarigione: poichè è l'ultima a scomparire in seguito alla cura.

In medicina delle assicurazioni vita bisogna anche considerare la possibilità che un luetico possa con cure adeguate riuscire ad ottenere non solo la completa scomparsa di sintomi clinici ma anche la scomparsa di ogni alterazione sierologica; se in questo periodo di latenza di manifestazioni cliniche associata alla totale carenza sierologica si nega lues non possediamo alcun elemento capace di mettere in dubbio la esattezza delle dichiarazioni dell'assicurando.

Ho perciò recentemente richiamato l'attenzione sulla utilità che in tali casi di totale carenza sierologica e clinica può presentare la dimostrazione del bismuto nelle urine col semplice metodo degli stanniti alcalini, che costituisce un mezzo semplice e rapido per avere se non la matematica certezza almeno il sospetto di una infezione luetica curata recentemente.

Inoltre le nostre osservazioni dimostrano nel modo più evidente i grandi vantaggi derivanti all'impiego della sierodiagnosi della lues nella pratica assi-

curativa dalla contemporanea esecuzione di più reazioni.

Dall'esame dei risultati surriferiti appare infatti chiaramente che le reazioni di flocculazione allestite accanto alla R. W. quali reazioni di completamento ci sono state di grande utilità per la interpretazione dei ritardi di emolisi, delle reazioni dubbie, dei casi con azione anticomplementare del siero, in breve in tutti quei casi che sarebbero stati di difficile interpretazione se ci fossimo limitati all'uso di una sola sierodiagnosi; abbiamo potuto così aumentare notevolmente la sensibilità dell'indagine sierologica pur riducendo al minimo i risultati aspecifici.

Nella interpretazione dei risultati è bene tener conto di tutte le reazioni eseguite per trarre una conclusione dal complesso delle risposte: così alle reazioni dubbie abbiamo dato valore di positività solo sui casi in cui almeno una delle altre reazioni aveva dato risultato nettamente positivo. E d'altra parte la negatività sierologica ripetutamente constatata a sufficiente distanza di tempo dall'ultima cura praticata rappresenta indubbiamente una condizione necessaria, se non sufficiente, per il giudizio di guarigione in quanto la permanenza di un reperto sierologico positivo (tranne i casi eccezionali di R. W. irriducibili o persistente anche a guarigione clinica avvenuta) indica quasi sempre una lues non guarita; una negatività sierologica sia nei riguardi della R. W. che della sensibili-reazioni di flocculazione potrà esserci di grande aiuto nel giudicare guarita una lues curata.

Concludendo crediamo di poter affermare: 1) che oggi è quasi sempre possibile praticare l'esame sierodiagnostico per la sifilide in medicina della assicurazione vita; 2) che tale esame costituisce uno dei più preziosi mezzi di diagnosi della sifilide latente sia ignorata

che taciuta, e pertanto anamnesticamente ed obbiettivamente non rilevabile; 3) la contemporanea esecuzione delle reazioni di flocculazione, che per la loro estrema semplicità e rapidità di tecnica sono sempre ed ovunque attuabili, ci permette di cimentare il siero in esame con più reazioni che integrandosi a vicenda riescono ad eliminare almeno in gran parte le cause di errore alle quali si era esposti usando una sola reazione anche se ottima; 4) che l'allestimento accanto alla R. W. quali reazioni di completamento, dalle Reazione di Kahn e della M. T. R. è molto utile anche nella pratica assicurativa per diminuire il numero delle carenze sierologiche nelle sifilidi latenti antiche o curate, per controllare la guarigione clinica di una pregressa infezione curata, per interpretare più correttamente i ritardi di emolisi, le R. W. deboli o dubbie, per compensare un eventuale difetto di sensibilità o specificità di una data reazione. Tale pratica aumenta notevolmente la sensibilità dell'indagine sierologica senza alterarne la specificità ed aumenta la percentuale delle positività sierologiche proprio nei casi che più ci interessano in medicina delle assicurazioni-vita, cioè nei casi di sifilide latente o curata con carenza sierologica nei confronti della R. W. Inoltre nei casi di più sieroreazioni concordemente positive esse rappresentano una sempre utile conferma, specie nei riguardi della specificità, della positività della R. W. colla quale si dividono la grave responsabilità del reperto positivo; 5) riteniamo perciò che tale esame debba essere sempre richiesto per i capitali importanti e ogni qualvolta dall'esame obbiettivo, o soltanto dell'anamnesi, nasca anche un semplice e lieve sospetto che l'assicurando abbia, in buona o mala fede, ta-

ciuto una sifilide, o per confermare la guarigione di una sifilide denunciata che per qualche motivo si sospetta non guarita, malgrado le cure praticate.

BIBLIOGRAFIA

- ALESSANDRINI, PAMPANA e SABATUCCI, Pozzi Ed., Roma, 1936.
- ARMAND DELILLE P. F. e NÈGRE L., *Technique de la réaction de deviation du complement*. Masson Ed., Paris, 1922.
- BIASIOTTI M., *Assistenza Sanitaria*, 1935, n. 3 e 4.
- BOSELLINI P. L., *Rassegna clinico-scientifica*, I. B. I., maggio, 1931.
- CAPPELLI I., *Rassegna clinico-scientifica*, I. B. I., ottobre, 1931.
- DOURIS, *Guide pratique pour l'analyse du sang*, Vigot G. Ed., Paris, 1925.
- FLARER F., *Rassegna clinico-scientifica*, I. B. I., marzo, 1934.
- MIBELLI A., *Rassegna clinico-scientifica*, I. B. I., settembre, 1930.
- MONTAGNINI L., *Ospedale Maggiore*, marzo, 1933.
- NICOLETTI V., *Forze Sanitarie*, 1933, n. 17.
- PODESTÀ G. B., *Annali Istituto Maragliano*, vol. X, fasc. 4-5, Genova, 1923.
- RAVAUT P., *Monde Médical*, sett., 1930.
- ROMANELLI I., *Policlinico*, Sez. Pratica, 1915, fasc. 4.
- Idem., *Rivista Ospedaliera Sez. Scientifica*, 1918, n. 20-21.
- RONDONI P., *Rassegna Clinico-scientifica*, I. B. I., gennaio, 1931.
- SAHLI, *Metodi clinici di esame*, Soc. Editrice Libreria, Milano, 1935.
- SOLLAZZO G., *Ospedale Maggiore*, giugno, 1933.
- SPERANZA U., *Bollettino Accademia Lancisiana*, anno III, fasc. 1, Roma, gennaio, 1931.
- VICENTINI F., *Assistenza Sanitaria*, 1936, n. 3.
- VIGANÒ L., *Reazioni Biologiche*, Ed. Ist. Sieroterapico Milanese, 1934.

LA DIAGNOSTICA DELLA PIURIA

Dott. PIETRO CIATTI.

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

Credo che non sia fuor di luogo trattare in questa Rivista della piuria specie nei riguardi della diagnosi di provenienza del pus dalle diverse sezioni dell'apparato urogenitale perchè è facile comprendere quanto sia importante per il medico, data la molteplicità delle condizioni morbose che la possono originare, stabilirne l'origine per poter giungere ad una diagnosi e conseguentemente ad una prognosi.

Dobbiamo però riconoscere che la piuria non può avere origine solamente da affezioni dell'apparato urinario ma spesso volte è sintoma di processi morbosi di organi vicini che per aderenze infiammatorie, infiltrazioni neoplastiche ecc. possono versare all'esterno il pus, in essi formatosi, attraverso l'albero urogenitale.

Come ho detto credo opportuno ed importante trattare in questa Rivista l'argomento in questione perchè spesso un'esatta valutazione del sintoma piuria può portare alla diagnosi di forme morbose tali (t.b.c. per es.) per cui il medico di assicurazione dovrà rifiutare il rischio che a lui si presenta.

Dobbiamo dire però che il sintoma piuria può presentarsi in gradi diversi, sia nello stesso caso morbo, sia in casi morbo differenti.

Dalla piuria rilevabile solo con l'aiuto del microscopio si passa alla piuria macroscopicamente apprezzabile. E' da tenere presente però che rarissimi leucociti possono essere rilevati anche in urine perfettamente normali per cui è da ritenere doversi trattare di piuria quando all'esame, sia pur microscopico, la presenza di leucociti si impone per

il suo numero. Nel primo caso sarà più opportuno parlare di semplice leucocituria e non di piuria.

Nei casi però in cui la presenza di scarsi globuli bianchi nel sedimento urinario non rappresenta altro che una fase di intermittenza del sintoma morbo, come per esempio nel caso di piuria pellica, è meglio parlare di piuria microscopicamente accertabile.

Nella discussione diagnostica il medico dovrà innanzi tutto stabilire se urine che all'esame microscopico si presentano torbide siano tali per la presenza di pus.

Macroscopicamente infatti diverse condizioni morbose possono conferire all'urina un aspetto tale da richiamare alla mente il sintoma piuria. Ricorderò fra queste le più importanti nell'ordine in cui più frequentemente è possibile imbattersi in esse.

Fra le cause di ordine chimico della torbidezza dell'orina citerò in primo luogo la presenza di abbondantissimi fosfati (fosfaturia ed alcaliuria, calciuria) che può simulare a prima vista un sedimento purulento. Si potrà accertare la vera natura di tale sedimento acidificando l'orina con acido acetico; i fosfati che precipitano in ambiente alcalino, si discioglieranno in ambiente acido senza sviluppo di gas.

Pure gli urati potranno rappresentare un'altra causa di torbidezza dell'urina. Questi sali, che precipitano in ambiente acido con il raffreddamento del mezzo in cui si trovano disciolti, conferiscono al sedimento da loro formato un colore rosso mattone, sedimento che con facilità possiamo fare scomparire

riscaldando l'urina da noi presa in esame.

Pure la presenza di un'abbondante flora batterica, quale si può avere nell'urine dei diabetici che offrono un terreno propizio allo sviluppo di essa e di alcuni saccaromiceti, le batteriurie dovute a bacilli del tifo e della melitense, non accompagnate ad alcun fenomeno infiammatorio, abbondanti epiteli delle basse vie genitali commisti a mucco, come con facilità è possibile trovare nella donna, potranno in primo tempo far pensare alla piuria.

Più raramente la piuria potrà, macroscopicamente, essere simulata dalla chyluria quale si ha per es. nella filariosi. Quest'affezione oltre che per il fatto della sua rarità nei nostri paesi, oltre che per l'aspetto macroscopico abbastanza caratteristico delle urine, potrà essere con facilità esclusa mediante l'esame microscopico (presenza di minutissime goccioline di grasso nella filariosi) e mediante il trattamento dell'urina con etere (scomparsa della torbidezza mediante l'estrazione con solventi dei grassi).

Bisogna però riconoscere che queste false piurie possono essere riconosciute, da un occhio ben esercitato, al semplice esame macroscopico.

Importante è invece il riconoscimento delle piurie lievissime che non danno alcun intorbidamento apprezzabile a vista dell'urina e la cui importanza diagnostica è in taluni casi di prim'ordine. In simili circostanze il microscopio è sussidio indispensabile per un esatto apprezzamento del sintoma e per un esatto indirizzo diagnostico.

Prima di parlare dei criteri seguiti per accertarsi della presenza e della provenienza del pus e per arrivare ad una diagnosi topografica ed etiologica credo opportuno richiamare alla memoria alcuni elementi di tecnica che ritengo utili al ricercatore.

Per un buon esame microscopico, se saranno presenti fosfati in forte quantità, si acidificherà l'orina con acido acetico diluito; eccettuati i globuli rossi, che ne vengono distrutti, gli altri elementi rimarranno inalterati. Nel caso invece in cui l'orina sia ricca di urati basterà aggiungere ad essa un'apposita soluzione di borace e di acido bórico perchè questa si rischiarì.

All'esame microscopico i corpuscoli purulenti, se la reazione dell'orina è acida, appaiono ben conservati, mentre se le urine sono neutre o leggermente alcaline possono essere deformati per appendici protoplasmatiche o per movimenti ameboidi visibili specialmente se si riscalda lievemente il vetrino su cui è distesa l'urina. Nell'urine decisamente alcaline i leucociti possono rigonfiare ed assumere un aspetto vitreo ed omogeneo con scomparsa del nucleo, suscettibile però di essere messo in evidenza mediante acido acetico. Qualche volta i leucociti, ciò accade specialmente quando il pus rimane per lungo tempo nelle urine, si trasformano in una massa amorfa granulosa in cui difficilmente sarebbero riconoscibili i globuli purulenti da cui essa deriva.

Talora potrà essere difficile il differenziare i globuli bianchi da cellule epiteliali delle basse vie urinarie; in tal caso l'aggiunta di qualche goccia di soluzione jodo-jodurata chiarirà il dubbio, in quanto che il glicogeno contenuto nei leucociti si colorerà con la soluzione suddetta in rosso mogano, ciò che non avviene per le cellule epiteliali.

È possibile riconoscere la piuria per via chimica con le prove di Vitali e di Donné.

Nella prima di queste prove, sul filtro su cui è passata l'orina acidificata con acido acetico, si lasciano cadere alcune gocce di tintura di guaiaco; in caso positivo si avrà un bel colore bleu scuro

dovuto ad un nucleoproteide contenuto nei corpuscoli stessi.

Con la seconda prova, cioè con la prova di Donnè, si cerca di ottenere artificialmente ciò che naturalmente avviene in alcune cistiti per azione del carbonato di ammonio, vale a dire la trasformazione dell'urina purulenta in un liquido gelatinoso, viscido, mucillaginoso. A tal uopo si aggiunge del NaOH o del KOH in soluzione, nella proporzione di un terzo rispetto alla quantità di liquido in esame.

Goldberg ritiene che tale prova possa essere probativa qualora sia positiva, mentre, se negativa, non la ritiene tale qualora le urine siano alcaline. La prova con esito negativo, secondo questo A., può dare sicuro affidamento se le urine sono acide in quanto che ci indica che esse sono assolutamente prive di pus.

Altro metodo di esame è quello con l'acqua ossigenata. Per esso 6-7 cc. di sedimento urinario vengono trattati con tre o quattro gocce di ammoniaca inclinando cautamente il tubo da saggio; con l'aggiunta di 2 cc. di acqua ossigenata, se presente pus, si forma uno strato di schiuma di almeno un millimetro di spessore.

Una questione molto importante e degna della massima attenzione da parte del medico è il decidere se l'albumina, che normalmente si trova nelle urine purulente, sia un'albumina di origine extrarenale, cioè proveniente da una eventuale mescolanza dell'urina con liquidi albuminosi, quali pus, sangue, sperma, liquido prostatico, linfa, oppure se l'albumina sia di origine renale cioè stia a rappresentare l'indizio di un processo nefritico coesistente con la lesione a cui è dovuta la presenza del pus nell'urina. In linea generale possiamo ritenere che nell'albuminuria dovuta a nefrite è costante l'assenza della siero albumina.

Goldberg ha cercato di stabilire un rapporto fra tasso dell'albumina urinaria ed elementi bianchi presenti. Egli ritiene che ad 80.000 globuli purulenti per mmc. debba corrispondere un'albuminuria spuria dell'1‰, mentre nel caso che si constati un'albuminuria superiore il medico deve sospettare una nefrite. Altri AA. in genere ritengono che quando il rapporto albumine corpuscoli purulenti sia superiore a 1/50.000 sia da ammettere un'albuminuria renale congiunta da una albuminuria piogena.

Ritengo queste osservazioni degne della massima attenzione in quantochè l'esatta valutazione di tutti questi fatti può condurre, se non a diagnosticare, almeno a sospettare un'alterazione renale concomitante a lesione delle basse vie escrettrici e degli organi annessi.

Uno dei primi quesiti che si presenta al medico diagnosticatore di fronte ad una piuria è quello se il pus presente nelle urine provenga realmente dalle vie urinarie. Nell'uomo questo problema è facile a risolvere, senza artifici di tecnica, quando si tratti di una comune balanopostite associata a fimosi; la facilità con cui l'affezione può essere rilevata eliminerà ogni dubbio sulla provenienza del pus.

Nella donna spesso bisognerà invece ricorrere al cateterismo per eliminare la possibilità di mescolanza delle urine con pus di provenienza vaginale, specialmente nel caso che si voglia procedere anche ad un esame batteriologico.

Quando sarà accertata la presenza di pus nelle urine sarà necessario ulteriormente indagare per potere, con l'aiuto di altri sintomi, giungere ad una diagnosi precisa dell'affezione che la determina.

Esistono dei metodi coi quali si può, in modo sommario, determinare se la piuria sia di origine uretrale o prosta-

tica in confronto di piurie originate da altri organi.

Una delle prove più in uso nella pratica è la prova dei bicchieri. Con tale metodo, che può servire anche per le ematurie, a secondo che è torbida l'urina del primo, del secondo o del terzo bicchiere possiamo inferire che esiste un'afezione dell'uretra, della prostata, della vescica e dei reni. In questi due ultimi casi l'urina sarà torbida in tutti e tre i bicchieri, ciò che è in modo particolare caratteristica per la piuria renale e l'intorbidamento scomparirà per sedimentazione con difficoltà anche lasciando l'urina per molto tempo a sè. Nella piuria vescicale spesso l'urina del terzo bicchiere sarà anche più torbida. Prima di procedere alla prova bisogna lavare l'uretra anteriore con acqua sterile o con soluzione borica per accertarsi, dalla torbidezza o meno dell'acqua di lavaggio, se l'uretra anteriore è compromessa.

Il pus al meato uretrale farà pensare alla presenza di una flogosi dell'uretra, la presenza di filamenti natanti nell'urina farà pensare alla presenza di un'afezione dell'uretra posteriore e prostatica mentre la presenza di pus facilmente separantesi col riposo o con la centrifugazione farà indirizzare il nostro pensiero ad una piuria di origine vescicale. Le urine purulente per affezioni renali avranno i caratteri poco sopra descritti e cioè saranno urine difficilmente rischiarabili lasciate lungamente a sè (le così dette urine pielitiche o di Guyon). Nei processi di t.b.c. renale e vescicale si osserveranno facilmente frustoli o grumi caseosi nuotanti nel liquido mentre nei processi necrotici o difterici della vescica le urine saranno emopurulente o fetide.

Bisogna anche tener conto che la piuria può essere di origine extrarenale, però anche in questo caso l'apparato

urinario è secondariamente interessato per la propagazione ad esso dell'afezione dell'organo adiacente a cui è dovuta l'eliminazione del pus.

E' necessario quindi, nel diagnosticare la causa della piuria, che si proceda ad un'esatta valutazione di tutti i segni clinici, anche i minimi, sia diretti che indiretti e ben valutare tutti i fatti che possono risultare dalla storia clinica. Si procederà per via diretta se saremo in presenza di un complesso sintomatologico caratterizzante un dato processo morboso, oppure altrimenti si procederà in via indiretta con l'esclusione di tutte quelle malattie a cui presumibilmente non può riportarsi il caso in esame.

Penseremo alla piuria di origine extraurogenitale qualora l'apparato urinario non si presenti in nessun modo alterato.

Incomincerò a descrivere la piuria uretrale e gradatamente salendo verrò ad illustrare le piurie di origine prostatica, vescicale, ureterale, pielitica e renale. Accennerò in ultimo alle piurie originate dai processi morbosi completamente estranei all'apparato urinario.

* * *

Nel trattare la parte speciale riguardante cioè le singole affezioni in cui la piuria può esistere come sintoma mi tratterò solo brevemente, data l'indole ed i fini di questa Rivista, su quelle affezioni che poca importanza hanno per il medico di Assicurazione e cioè per le affezioni acute e conclamate e per le croniche in stadio avanzato mi limiterò a sunteggiarne brevemente la sintomatologia. Mi tratterò invece un po' più a lungo sui sintomi iniziali di quelle affezioni che rilevandosi precocemente con la piuria è necessario che il medico di assicurazione diagnostichi il più rapidamente ed esattamente possibile.

Piuria uretrale. — Inizierò la rassegna delle varie specie di piuria con la piuria uretrale che può essere data sia da un'uretrite acuta sia da un'uretrite cronica.

Nell'uretrite acuta l'urina si manifesterà torbida al primo getto. Al mattino, prima di avere urinato, con facilità potrà constatarsi una goccia di pus al meato uretrale, mentre il soggetto, durante la minzione, accuserà bruciore vivo lungo l'uretra a cui potrà associarsi pollachiuria.

L'uretrite cronica si manifesterà con la presenza di filamenti muco purulenti biancastri, natanti nell'urina, mentre nessuno o lievissimi disturbi soggettivi saranno accusati dal paziente.

Sia per l'uretrite acuta sia per la cronica è importante stabilire se il processo è limitato solamente alla porzione anteriore dell'uretra (peniena o bulbare) oppure alla porzione posteriore (prostatica), avendo queste due forme cliniche complicità diverse quali, nel caso dell'uretrite posteriore, la prostatite e la cistite. Spesso l'uretra può essere interessata in tutto il suo decorso.

E' importante conoscere se in un dato caso esista un'uretrite anteriore, posteriore e totale ed a questo fine la prova più in uso è la prova dei bicchieri (v. parte generale).

Per le forme blenorragiche saranno caratteristici i filamenti che si possono osservare pure nel liquido di lavaggio usato per irrigare l'uretra prima di procedere alla prova dei bicchieri.

Per quanto riguarda l'agente eziologico delle uretriti il gonococco è l'agente microbico più frequentemente in causa. Però non sono rare le uretriti date da stafilococchi che ricordano per sintomatologia e complicazioni la comune blenorragia e le uretriti da bacterium coli, secondarie per lo più a pieliti ed a cistiti della stessa natura. Possiamo pure

avere uretriti da corpi estranei introdotti nel canale uretrale e da calcoli incuneatisi in esso. L'esame batteriologico del sedimento urinario, l'endoscopia uretrale e la sintomatologia clinica confermeranno l'indirizzo diagnostico del medico.

Possiamo dire che la piuria è in queste affezioni un sintoma di importanza tale che sulla sua presenza e sulla sua scomparsa si basa il giudizio di persistenza o di guarigione del processo morboso. A tal proposito sono notissimi tutti quei procedimenti consistenti nella provocazione di una reazione infiammatoria dell'uretra mediante abbondante ingestione di vino o di birra o mediante instillazioni uretrali di nitrato d'argento in seguito ai quali procedimenti dalla comparsa o meno della piuria arguiamo la non avvenuta guarigione o meno del fatto morboso.

Piuria prostatica. — Nella prostatite acuta si ripetono i sintomi dell'uretrite posteriore acuta. In questi casi la prostata sarà ingrossata e dolente, fatto questo che farà escludere l'origine cistitica della piuria. Eventualità non rara è che alla prostatite acuta segua un ascesso prostatico il quale oltre che nel retto e nella vescica potrà aprirsi anche nell'uretra posteriore. La febbre a tipo suppurativo, il dolore e la dolorabilità al perineo, il senso di fluttuazione all' esplorazione della prostata, il dolore e la difficoltà nella defecazione, il tenesmo e la ritenzione urinaria ci saranno guida preziosa per la diagnosi.

Nella forma cronica di prostatite le urine presenteranno filamenti a forma di virgola, muco purulenti, più pesanti e più grossi dei filamenti di origine uretrale. La prostata sarà aumentata di volume e dolorabile mentre potrà essere accusato da parte dell'individuo in osservazione un senso di peso al perineo.

Potrà pure essere presente la pollachiuria e la prostatitorrea.

Dopo il massaggio della prostata è possibile osservare un aumento della piuria e talora anche una comparsa di essa nei casi in cui tale piuria non era presente.

Il medico di assicurazioni vita dovrà accertarsi, in casi di vecchia blenorragia in cui riscontri piuria, se nessuno dei sintomi patognomonici di questa affezione sia rilevabile dall'interrogatorio accurato e preciso dell'assicurando; chiederà se il soggetto in esame avverta senso di peso al perineo e ritardo e difficoltà nella minzione; chiederà se il getto di urina sia continuo oppure a riprese, se esista nicturia e difficoltà nella minzione. Il sospetto diverrà certezza solo con un accurato esame rettale.

Piuria vescicale. — La piuria vescicale può essere data sia dalla cistite acuta sia dalla cistite cronica. Possiamo dire che la vescica sia uno degli organi alla cui affezione più frequentemente si possa ascrivere il sintoma piuria. Di fronte ad una piuria che si accentui alla fine della minzione, di fronte ad una piuria abbondante e continua si deve pensare ad un'origine vescicale del pus. La pollachiuria, il tenesmo, il dolore nell'urinare ed il bruciore saranno in questo caso sintomi presenti ma non esclusivi e specifici della cistite, potendo questi, sempre associati alla piuria, essere presenti anche in altre affezioni dell'albero urogenitale come le prostatiti, le affezioni dei bacineti e dei reni. Questo presentarsi di sintomi comuni in affezioni di parti dell'albero urogenitale così distanti fra di loro viene attribuito all'esistenza di quei riflessi reno-vescicali che tanta parte hanno assunto nella fisiopatologia dell'apparato urogenitale.

Nelle cistiti acute il pus può formare uno spesso sedimento. All'esame chimico

troveremo che l'albumina sarà assente oppure che sarà presente in quella quantità che abbiamo visto essere proporzionale al numero dei globuli purulenti presenti per mmc. di urina e che si ritiene derivare dal disfacimento dei leucociti in degenerazione.

Nelle cistiti acute non è raro riconoscere all'esame microscopico del sedimento, mescolati ai leucociti, globuli rossi la cui presenza è dovuta talora alle piccole emorragie che facilmente vengono provocate dalle contrazioni e dal crampo dell'organo in preda al processo infiammatorio. L'urina può assumere un aspetto decisamente sanguigno nelle così dette cistiti emorragiche, nelle cistiti tubercolari, nelle cistiti da calcolosi, nelle cistiti neoplastiche e nelle cistiti da bilarziosi.

Caratteristica delle forme acute è anche la presenza di numerose cellule di sfaldamento vescicali e di una ricca flora batterica che può essere così abbondante da far credere si tratti di una comune batteriuria e non di un processo flogistico della vescica. Sono a tal proposito da ricordare le batteriurie che si possono riscontrare nel tifo e nella melitense le quali vanno scompagnate da fatti cistitici.

La reazione dell'urina può variare a seconda dei germi che hanno provocato il processo infiammatorio, germi, che per la scomposizione delle sostanze presenti, rendono la reazione del mezzo ora acida ora alcalina. A tal proposito sono da annoverare le frequentissime cistiti da coli in cui la reazione dell'urina è leggermente acida e le cistiti da proteo in cui l'urina è leggermente alcalina per la liberazione di ammoniaca da parte del germe nel processo di scomposizione dell'urea.

Si avrà sempre reazione acida nelle cistiti t.b.c. salvo il caso di infezioni miste in cui può divenire anche alcalina.

Pure le cistiti da calcoli uratici presenteranno urina acida. Sarà poi da ritenere come regola che la reazione alcalina escluderà la pielonefrite pura cioè disgiunta da cistite essendo le urine nei processi suppurativi dei bacinetti e dei reni sempre acide.

Come segni generali la febbre, che però non è un sintoma costante e spesso solo di breve durata, ed i disturbi propri degli stati settici possono accompagnare la cistite acuta e la cistite ulcerosa cronica.

Nelle cistiti croniche avremo la sintomatologia delle cistiti acute attenuata però in tutte le sue espressioni, compresa la piuria che talora sarà di così lieve entità da essere dimostrabile solo microscopicamente. In quest'ultimo caso specialmente il medico potrà rimanere perplessa nel decidere se il pus provenga dalla vescica o dalle porzioni superiori dell'albero urinario se si tratti cioè, anziché di una cistite pura e semplice, di una cistopielite o di una pielite. Però è da ricordare che nella pielite le urine spesso sono abbondanti, di bassa densità, con piuria diffusa, con la proprietà caratteristica della più facile sedimentazione del pus e la variabile quantità con cui esso si presenta.

L'esistenza di una delle tante cause che possono provocare una cistite può con facilità farci pensare alla reale origine della piuria. Il numero non indifferente di esse ci farà valutare pure l'importanza che ha questo sintoma in medicina in genere e nella medicina assicurativa per mettere il medico assicuratore in guardia ed indurlo a ricerche più dettagliate.

Sono da citare a tal proposito le cistiti da stati vescicale verificatesi in seguito ad un ostacolo al libero deflusso dell'urina, come nel caso di restringimenti uretrali, di forti tumefazioni infiammatorie dell'uretra, di ipertrofia

prostatica ed in particolare del lobo medio o lobo trigono, di prolasso uterino, di cistiti da paralisi vescicale per malattie nervose (vedi cistiti nei tabetici), di cistiti che si hanno in gravi malattie infettive per alterazioni del sensorio, di cistiti per t.b.c. vescicale, per calcolosi vescicale, per gravidanze, per fistole vescico-vaginali e vescico rettali, per bilarziosi vescicale, per corpi estranei, per pregressi cateterismi, per sostanze chimiche che possono essere state introdotte eventualmente nell'organismo ed eliminate per via renale e neoplasmii vescicali. La conoscenza della causa provocante la cistite e secondariamente la piuria potrà permettere al medico di formulare un giudizio prognostico esatto, ciò che è della massima importanza in medicina assicurativa.

Bisogna ricordare che spesso affezioni vescicali od extra vescicali che almeno in primo tempo non si accompagnano a cistite possono presentare sintomi dolorosi e funzionali tali da dare l'impressione immediata di essere innanzi ad un fatto infiammatorio vescicale. Sono da ricordare soprattutto i neoplasmii, la calcolosi vescicale e le affezioni dell'apparato genitale femminile. In questi casi la presenza della piuria o meno, farà ammettere una cistite in atto o l'esistenza di un semplice risentimento funzionale della vescica secondario ad una delle affezioni sopracitate.

È necessario pure che il medico conosca l'esistenza di casi in cui pur essendo presenti i fenomeni dolorosi e funzionali della cistite questa non esiste. Tali fenomeni e tale piuria sono dovuti a processi infettivi primitivi o secondari dei bacinetti e dei reni, quali la calcolosi renale infetta, la pielite calcolosa e la t.b.c. renale. In tali casi la sintomatologia vescicale è dovuta ad un meccanismo riflesso reno-vescicale ed è realmente difficile, ciò che ha impor-

tanza grandissima per la prognosi, decidere se si tratti di cistite calcolosa, di cistite t.b.c. o di t.b.c. renale. I mezzi diagnostici a disposizione quali l'esame radiografico semplice e con mezzi di contrasto, la cistoscopia ci aiuteranno a conoscere il luogo di provenienza della piuria.

Talora pure un ascesso della parete vescicale od un diverticolo suppurato possono essere causa di abbondante piuria per l'immissione nella cavità vescicale di pus. In particolare considerazione sono da prendersi i diverticoli vescicale poichè in essi il processo flogistico si localizza con facilità.

Concludendo dobbiamo riconoscere che il medico di fronte ad una piuria che si accompagna a sintomi clinici di cistite non dovrà affrettatamente pronunciarsi per una cistite infettiva primaria, ma dovrà ricercare tutte quelle cause locali e generali che ne facilitano l'insorgenza, anzi che ne sono le cause dirette e che precedentemente sono state menzionate. Accertata l'esistenza di una di queste condizioni si avvalora l'ipotesi di una piuria di origine vescicale che può essere però rimossa soltanto con l'eliminazione di una di queste cause.

Piuria ureterale. — Si penserà ad una piuria di origine ureterale quando esisterà dolore nei noti punti ureterali e sarà dimostrata la presenza di affezioni di questi organi (ureteriti, calcoli, t.b.c. ureterale). È utile pure ricordare che nelle affezioni dei bacineti e nelle pielonefriti la piuria è parzialmente dovuta a compartecipazione dell'uretere al processo morboso in quanto che in queste affezioni l'uretere è quasi sempre interessato in via secondaria.

Il persistere pure di piuria dopo nefrectomia per t.b.c. renale è dovuto al moncone di uretere appartenente al rene asportato che per lo più è invaso dal processo t.b.c.

Concludendo dobbiamo riconoscere che la piuria ureterale non ha caratteri speciali, nè importanza particolare, essendo per lo più secondaria ad affezioni di altri organi.

Piuria pielica. — Le cause della piuria da pielite possono essere comuni con quelle che possono determinare la cistite o almeno analoghe ad esse quali la gravidanza, almeno nel secondo periodo, con predilezione del lato destro (probabilmente per compressione dell'uretere con ristagno e successiva infezione colibacillare), la calcolosi renale, la t.b.c. renale, la stasi urinaria da qualunque altra causa sia provocata, l'uso esagerato di balsamici (trentina, copaive, sandalo, ecc.), l'avvelenamento da cantaridi (pielonefrite fibrinosa), le infezioni acute, specie durante la convalescenza (tifo, influenza, polmonite, ecc.).

La diagnosi di pielite porterà di necessità alla ricerca ed alla conoscenza della causa dell'affezione del bacinetto e conseguentemente alla identificazione del meccanismo patogenetico della piuria.

Dobbiamo riconoscere che spesso è difficile distinguere una piuria pielitica da una piuria cistitica in quantochè i sintomi di ambedue le affezioni sono spesso comuni ed i caratteri distintivi sono spesse volte così sfumati, così ben poco delimitati da far rimanere nel dubbio anche il più esperto diagnosticatore.

Si potrebbe pensare che l'esame microscopico del sedimento, con la dimostrazione delle cellule di sfaldamento delle varie sezioni dell'albero urogenitale, che nei processi infiammatori si presentano in quantità abbondante, ci potesse essere di guida per orientarci su di una localizzazione di provenienza del pus. Ciò però in pratica non è possibile inquantochè gli epiteli della vescica, degli ureteri e dei bacineti sono

epiteli polimorfi e difficilmente distinguibili tra di loro. Anche la forma triangolare con appendice caudata, la disposizione embricata delle cellule non sono attualmente più ritenute dati caratteristici.

Dobbiamo dire però che la torbidezza diffusa delle urine che difficilmente scompare con la sedimentazione anche molto prolungata, la bassa densità, dovuta ad una più forte eliminazione urinaria, le variazioni dell'intensità della piuria, talora accompagnate a variazione dei fenomeni clinici generali (aumento per es. della febbre in coincidenza della diminuzione della piuria per ritenzione di pus e viceversa), il dolore e la dolorabilità alla regione lombare, la mancanza di cilindri renali, l'assenza o la lievissima albuminuria, l'assenza di spiccati fenomeni vescicali, la presenza di fatti generali quale la febbre preceduta da brividi ed a carattere nettamente suppurativo ci faranno propendere per una piuria di origine pielitica.

Sarà pure difficile stabilire in molti casi se si tratti di una pura cistite o di una cistopielite. Ciò però non ha praticamente troppa importanza.

La cistoscopia ci farà escludere senz'altro la cistite mentre la radiografia semplice e la radiografia con mezzi di contrasto, facendo rilevare eventuali alterazioni dei bacineti o la presenza di calcoli, ci confermerà l'origine pielitica del pus.

La presenza di cilindri, l'albuminuria in quantità superiore a quella che potrebbe comportare la leucocituria ci farà pensare ad una pielonefrite che spesso si associa all'affezione del bacinetto e la complica. Talora, a quest'ultimo complesso morboso, può pure associarsi la cistite per cui si parla di cisto-pielonefrite. La presenza di sangue ci farà pensare ad una cistite calcolosa o tubercolare.

Nei bacineti renali si possono formare raccolte di urina purulenta (pionefrosi) in seguito all'occlusione del lume dell'uretere da parte di calcoli, zaffi di muco, di neoplasmi, di processi t.b.c. e di fatti infiammatori.

L'infezione dell'urina può essere preesistente all'epoca della formazione della sacca o può essersi verificata dopo, vale a dire una pionefrosi può svilupparsi da una semplice pielite o può svilupparsi per infezione secondaria del liquido contenuto in una sacca idronefrotica.

Si osservano casi di piuria intermittente cioè in cui la piuria si alterna con urine normali e casi in cui si verifica, pur essendo essa continua, un forte aumento di essa. Alla comparsa della piuria corrisponde in questi casi frequentemente un miglioramento delle condizioni generali e dei fatti locali (tumefazione, dolorabilità, ecc.), fatti che con la ricomparsa delle urine chiare o meno torbide, tornano ad aumentare. Nei casi in cui la pionefrosi è chiusa solamente i fatti generali (febbre, dolori, ecc.) e locali (tumefazione, dolorabilità) ci guideranno alla diagnosi di una grave affezione suppurativa.

Nel caso di un'improvvisa emissione di pus si penserà, oltre che allo svuotamento di una sacca pionefrotica, anche all'apertura, nell'albero urogenitale, di un ascesso formatosi in organi vicini.

Piuria renale. — La piuria di origine renale può presentarsi nella nefrite suppurativa, nella glomerulo nefrite acuta diffusa, nella glomerulo nefrite embolica a focolai, nella nefrosi, nelle riacutizzazioni delle nefriti croniche, nel rene da stasi, nella nefrolitiasi. In questi casi non sempre si può però parlare di piuria, ma talora è più consono parlare di leucocituria.

Fatto abbastanza caratteristico della piuria da glomerulo nefrite acuta è la

presenza dei così detti cilindri di leucociti formati o esclusivamente da globuli bianchi o da globuli bianchi aderenti ai comuni cilindri jalini o granulosi. Il carattere purulento dell'affezione è dovuto all'infiltrazione leucocitaria delle anse glomerulari in preda ad un processo flogistico ed essudativo.

La nefrite suppurativa può avere origine metastatico ematogena, oppure può avere origine ascendente. Nel primo caso si può avere la formazione di ascessi sia nel parenchima, sia nella corteccia, sia nelle papille renali che aprendosi nelle vie urinarie possono provocare la piuria e secondariamente, per infezione delle pareti del bacinetto, una pielite; il meccanismo patogenetico di questa nefrite si potrà chiamare di origine discendente. Può però pure presentarsi il caso che i focolai purulenti del rene non si aprano all'esterno ed allora la piuria non sarà presente. Saranno presenti solo i segni dell'infezione generale di cui tale nefrite suppurativa è la complicanza.

Nei casi in cui la nefrite suppurativa sia di origine ascendente, la piuria si accompagnerà successivamente a cindruria e a forte albuminuria.

Può formarsi anche, in conseguenza di un trauma renale o di un infarto del rene, un ascesso renale che, come per gli ascessi della nefrite suppurativa, può aprirsi improvvisamente nei bacineti e dare così improvvisa comparsa di pus.

Calcolosi renale. — Pure la calcolosi renale, che in sostanza non è altro che una calcolosi del bacinetto, potrà dare piuria quando sopraggiunga un fatto infettivo. Si potrà parlare di piuria realmente renale da calcolosi in quei casi in cui il calcolo è situato nell'interno del parenchima stesso dell'organo con secondaria infezione, di cui il calcolo

facilita l'insediarsi. In tal caso, come in tutte le piurie dovute a calcolosi, l'ematuria microscopica o macroscopica sarà di solito presente.

Possiamo dire che la calcolosi renale sia più frequente fra gli uomini che fra le donne. Non sembra che l'età abbia una rilevante importanza, potendo la calcolosi presentarsi ugualmente nella fanciullezza, nella media età e nella vecchiaia. Pur non essendo rari i casi di calcolosi bilaterale per lo più la calcolosi renale è unilaterale. Il rene destro sembra sia preferibilmente più colpito del sinistro.

La sintomatologia che brevemente riassumerò può essere polimorfa; dai casi in cui l'affezione è del tutto latente si può arrivare alla più imponente e caratteristica manifestazione di essa: la colica renale. I dolori più o meno intensi, con irradiazioni più o meno caratteristiche, insorgenti in determinate circostanze della vita quotidiana (viaggi, movimenti bruschi, ecc.), le coliche caratteristiche, l'ematuria (che in questo caso possiamo ritenere di natura traumatica), l'albuminuria (non superiore mai al 0,5 %), la presenza di cristalli della sostanza di cui è costituito il calcolo, la pollachiuria, la stranguria, l'anuria (talora riflessa, talora da ostruzione), l'eventuale emissione di calcoli sono i segni più importanti dell'affezione.

L'esame radioscopico non serve quasi mai allo scopo mentre l'esame radiografico può in determinati casi essere molto utile. Con esso, specialmente per mezzo della pielografia ascendente o discendente, possiamo talora, non solo diagnosticare la calcolosi, ma anche arguire la natura del calcolo stesso. Pure la cistoscopia ed il cateterismo potranno, in determinate circostanze, esserci utili.

L'affezione, presa in se stessa, non minaccia in modo diretto la vita del pa-

ziente come talora non determina limitazioni dell'attività lavorativa di esso.

Le complicazioni sono invece la causa più frequente di morte e di sospensione di ogni attività lavorativa (anuria, infezione dei bacinetti). Pure l'intervento operatorio non va esente da pericoli per cui la prognosi dovrà essere sempre riservata. In particolar modo nei casi in cui la calcolosi sia bilaterale il medico dovrà essere prudente nell'emettere un giudizio prognostico essendo più facile, in tali casi, l'insorgenza di complicazioni mortali ed aggiungendosi la probabilità del presentarsi di una insufficienza renale.

Si dovrà pure tenere conto anche della facilità con cui, in questa affezione, si presentano le recidive.

Tubercolosi renale. — La malattia però che con una frequenza relativamente grande presenta fra i suoi sintomi la piuria è la t.b.c. renale nella quale singoli tubercoli o agglomerati di tubercoli possono aprirsi nei bacinetti e nei calici eliminando il materiale formatosi in seno ad essi. Nei casi di cistalgia intensa e ribelle è regola per il medico di sospettare un'affezione renale e soprattutto una t.b.c. Nella t.b.c. renale ai primissimi stadi, prima della piuria, si può avere una poliuria limpida cosiddetta pretuberculare che interviene però a periodi e l'albuminuria iniziale, a volte passeggera ed intermittente non oltrepassante l'1-2‰. Si può dire anzi che l'albuminuria renale associata a pollachiuria sia da ritenersi un sintoma precoce e premonitorio della t.b.c. del rene. Al periodo della poliuria limpida segue il periodo della poliuria torbida, poliuria che può ammontare fino a due o tre litri al giorno. Alla piuria spessissimo si associa l'ematuria che in principio può essere intensissima ma che successivamente di solito si attenua fino a dive-

nire accertabile solo al microscopio. I fenomeni vescicali che sovente si hanno, quali la pollachiuria, il tenesmo, il dolore nella minzione ed i lodori soprapubici non sono da ascrivere per un certo tempo a cistite specifica, ma sono da ritenersi dovuti ad un meccanismo riflesso reno-vescicale. In questo caso la cistoscopia metterà in evidenza l'integrità della vescica oppure talora piccole ulcerazioni in corrispondenza dello sbocco degli ureteri che, se riscontrate in periodo abbastanza precoce di malattia, assumono una grande importanza diagnostica, come importanza diagnostica capitale ha la presenza del bacillo di Koch nell'urina.

Spessissimo l'individuo affetto da questa forma morbosa viene per lungo tempo considerato colpito da una lesione infiammatoria banale e trattato inutilmente con mezzi medici. La presenza di pus nelle urine, del bacillo di Koch, le lesioni vescicali, il *deficit* funzionale ci porteranno ad una diagnosi generica; possiamo dire che circa nel 90 % dei casi si possono rintracciare i segni sopra accennati dai quali otteniamo la certezza diagnostica.

Però alcune volte i segni sopra esposti non sono presenti e ciò si dica principalmente delle forme inicialissime che a noi interessano in particolar modo.

Essendo ormai noto che la t.b.c. renale può essere sicuramente e definitivamente guarita quanto più precocemente s'interviene, una diagnosi enunciata fin dai primissimi inizi della malattia interessa non soltanto i medici di assicurazione ma anche i medici internisti ed i chirurghi a cui il paziente si affida.

Difficoltà non piccole si presenteranno in quei casi in cui il focolaio iniziale è separato dalle vie di escrezione dell'urina o presenta con esse scarsi rapporti di comunicazione. In tali casi, in cui la funzione renale è uguale dai due lati,

solo tracce di albumina, qualche raro leucocito e qualche raro cilindro saranno i soli segni della sofferenza renale. Il reperto bacillare sarà incerto o dimostrato solo dalla prova biologica. Il medico dovrà qui prospettarsi il quesito se si tratti di t.b.c. renale, nefrite t.b.c. o bacilluria tubercolare.

Questa diagnosi interessa più che il medico di assicurazione il curante ed il chirurgo per poter stabilire o meno l'indicazione d'intervento.

Difficoltà non piccole s'incontrano pure in quelle forme di t.b.c. inizianti con ematurie copiose e durevoli che mascherano la piuria e la piccola bacilluria.

All'esame clinico potrà essere rilevata una tumefazione ed una dolorabilità del rene ammalato e spesso pure un'infiltrazione a rosario diffusa dell'uretere. In una percentuale piuttosto alta di casi potranno rinvenirsi lesioni t.b.c. in atto o pregresse in altri organi. Alla t.b.c. renale può associarsi la calcolosi ed anche infezioni miste di origine ascendente o discendente.

Pure l'esame radiografico può dare segni utili ai fini diagnostici: ombre di diversa grandezza più o meno scure, comprendenti in gran parte o tutto il rene, aree grandi irregolari e diffuse di opacità variabile. Le ombre piccole più o meno diffuse disseminate possono presentare difficoltà diagnostiche con una calcolosi renale, con fleboliti, con calcificazioni di linfoghiandole.

Il migliore mezzo diagnostico radiologico ritengo però essere la pielografia ascendente o discendente su cui non è il caso trattarsi esorbitando dagli scopi di questa Rivista.

Concludendo si può dire che in un individuo relativamente giovane con fatti spiccati e ribelli di cistalgia, con urine acide, con piuria persistente sia pur di lieve entità e perfino microscopica, senza spiccata batteriuria, con ematu-

ria, con presenza nelle urine di piccoli frustoli caseosi, si deve pensare ad un processo specifico del rene. La dimostrazione del bacillo di Koch nelle urine sia direttamente, sia con eventuale arricchimento con antiformina, le prove biologiche nelle cavie (inoculazione del sedimento), la coltura del sedimento stesso sul terreno di Petraghani, di Petroff, di Löwenstein, ecc. potranno, se con risultato positivo, chiarirci la natura della lesione a cui è dovuta la piuria.

Possiamo dire che le guarigioni definitive assolute di questa malattia si aggirano fra il 60-75 % dei t.b.c. renali monolaterali; quasi al 90 % per i casi operati precocemente. Queste cifre possono essere rilevate dalle statistiche italiane ed americane. La mortalità prossima o lontana è dovuta a t.b.c. polmonare, a t.b.c. dell'altro rene, a meningite t.b.c., a t.b.c. miliare.

Una domanda su cui molto è stato discusso e che può interessare in modo particolare il medico di assicurazione vita è questa: Ammesso che il rene residuo sia indenne da ogni lesione, potrà il soggetto conservare intatta la sua resistenza al lavoro, all'usura del tempo, alle infezioni, alle intossicazioni, oppure dovrà considerarsi un minorato, un individuo predisposto a essere più facilmente danneggiato in conseguenza della riduzione del parenchima renale funzionante?

Questa domanda, la cui importanza è rilevante nel campo della medicina legale, potrà essere argomento di trattazione in un altro articolo.

Fra le affezioni estranee all'apparato urinario in cui si può verificare la piuria dobbiamo citare l'ascesso appendicolare o periappendicolare che svuotandosi improvvisamente in vescica può provocare un'emissione di pus spesso improvvisa e transitoria. Questi casi si verificano

specialmente quando l'appendice è situata molto in basso al di sotto del contorno superiore del piccolo bacino. L'ascesso appendicolare può pure aprirsi nell'uretere destro. Anche un semplice processo flogistico dell'appendice può, estendendosi alla vescica, dare origine ad una cistite da propagazione con conseguente piuria.

Molte piurie croniche, attribuite per lungo tempo a cistite cronica, frequentemente sono dovute ad ascessi appendicolari iuxtavescicali. In questi casi qualche segno di appendicite potrà però per lo più essere messo in evidenza.

Anche affezioni purulente dell'apparato genitale possono determinare una piuria da propagazione dovuta all'aprirsi di un ascesso in esso formatosi (piosalpinge). Un esame accurato dell'apparecchio genitale e l'esplorazione vaginale chiariranno la diagnosi.

Pure gli ascessi dello psoas da carie vertebrale, il carcinoma uterino, il carcinoma del colon pelvico e del retto possono, dopo essersi propagati per infiltrazione alla parete vescicale, ulcerarsi e determinare così la presenza di pus e di sangue nell'urina.

Citerò in ultimo le osservazioni di Talma dimostranti una piuria di origine direttamente ematica. In processi settici generali, con iperleucocitosi nel sangue, si avrebbe una piuria, per filtrazione attraverso il rene di globuli bianchi polinucleati, vale a dire si avrebbe una piuria senza nessun fatto suppurativo sia nel rene sia nelle vie urinarie.

Conclusioni. — A conclusione di tutto quanto è stato esposto in modo succinto possiamo ritenere la piuria un segno importante per mettere il medico sull'avviso riguardo a processi morbosi che si stanno svolgendo sia nel rene sia nelle vie escrettrici urinarie.

Essa deve essere presa in particolare considerazione anche dal medico di Istituti di Assicurazione perchè questi sarà indotto ad eseguire, prima del giudizio diagnostico ad indagini per escludere tumori, processi specifici, ecc. che certamente se non ad un rifiuto porterebbero all'accettazione del rischio da parte dell'Istituto con un opportuno sovrappremio.

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.

Alcuni dati di Statistica Medica

Cause di morte verificatesi durante il biennio 1935-36 distribuite per trimestre nel quale sono avvenute.

(I. N. A. Assicurati maschi C. V. M.)

CAUSA DI MORTE	I° TRIMESTRE		II° TRIMESTRE		III° TRIMESTRE		IV° TRIMESTRE		TOTALE	
	Cifre assolute	%	Cifre assolute	%	Cifre assolute	%	Cifre assolute	%	Cifre assolute	%
Ogni forma di t. b. c.	65	7,96	49	6,61	50	7,20	55	7 —	219	7,21
Altre malattie infett. e parass.	102	12,50	79	10,66	72	10,37	67	8,52	320	10,54
Tumori	76	9,31	86	11,61	90	12,97	86	10,94	338	11,13
Apoplessia-trombosi-embolia.	67	8,21	71	9,58	66	9,51	70	8,91	274	9,02
Malattie sistema nervoso	14	1,72	20	2,70	14	2,02	17	2,16	65	2,14
» apparato circolatorio	125	15,32	87	11,74	91	13,11	160	20,36	463	15,24
» » respiratorio	129	15,81	100	13,50	76	10,95	109	13,87	414	13,63
» » digerente	66	8,09	91	12,28	78	11,24	96	12,21	331	10,90
» » genito-urinario	61	7,48	53	7,15	48	6,92	43	5,47	205	6,75
Suicidi	20	2,45	27	3,64	24	3,46	13	1,65	84	2,77
Morti violente ed accidentali	54	6,62	53	7,15	63	9,80	40	5,09	215	7,08
Altre cause di morte	37	4,53	25	3,33	17	2,45	30	3,82	109	3,59
Totale	816	100	741	100	694	100	786	100	3037	100
Cause non specificate	35		28		38		37		136	
Totale Generale	851		769		732		823		3175	

TAVOLE DI PESI MEDI IN RAPPORTO ALLE ALTEZZE

USANDO L'INDICE COSTITUZIONALE DI "DAVENPORT",

Da uno studio del DR. CHARLES CLARK

(Medico Capo della « Mutual Benefit Life Insurance Company » di New York)

In un precedente studio l'A. aveva dimostrato che la circonferenza del torace e dell'addome varia secondo il peso per piede di altezza, e nella presente trattazione, viene usato il termine « indice statura-peso » per denotare il peso diviso per l'altezza.

Il Dr. Charles B. Davenport, della « Carnegie Institution of Washington » pubblicò, nel 1920, un lavoro intitolato « Il migliore indice costituzionale », (The best Index of Build) e dopo aver raffrontato gli indici

$$\frac{w}{h} \quad \frac{w}{h^2} \quad \frac{w}{h^{2.12}} \quad \frac{w}{h^3}$$

nei quali w = peso e h = altezza, concluse che il migliore indice costituzionale è $\frac{w}{h^2}$ ossia il peso diviso per il quadrato dell'altezza.

In questa trattazione si è preferito usare frequentemente il termine « Davenport Index » al posto di « indice $\frac{w}{h^2}$ ».

In uno studio di tavole di pesi medi, per altezze fra 5' 0" e 6' 5" incluso (cioè fra cm. 153 e cm. 195) e per età fra 15 e 55 anni, svolto dal Comitato Medico Attuariale, il Dr. Clark ha notato che la costituzione, per differenti altezze ad una data età, segue molto da vicino l'indice $\frac{w}{h^2}$ e, con particolare riguardo al valore di questo indice, ha proceduto ad una indagine sul materiale posseduto e ciò per lo studio e la compilazione delle tavole del peso medio.

Per sperimentare 3 degli indici menzionati da Davenport, sono stati presi i

pesi medi per ciascuna altezza di un gruppo di 23.084 individui (materiale grezzo medico-attuariale) aventi età fra 35 e 37 anni incluso ed è stato applicato l'indice peso-altezza, per ciascuna altezza.

La tabella che segue dà i risultati di questo studio:

Altezza pollici	Peso medio libbre	$\frac{w \times 10}{h}$	$\frac{w \times 1000}{h^2}$	$\frac{w \times 100000}{h^3}$
60	138	23,0	38,3	63,9
61	132	21,6	35,5	58,1
62	133	21,4	34,6	55,8
63	135	21,4	34,0	53,9
64	139	21,7	33,9	53,0
65	144	22,1	34,1	52,4
66	148	22,4	34,0	51,5
67	151	22,6	33,7	51,2
68	156	22,9	33,7	49,6
69	161	23,3	33,8	49,0
70	164	23,4	33,5	47,8
71	172	24,2	34,1	48,0
72	178	24,7	34,3	47,7
73	184	25,2	34,4	47,2
74	193	26,1	35,2	45,1
75	195	26,0	34,6	46,2
76	203	26,7	35,1	48,4
77	194	25,1	32,7	42,5

Dai valori della predetta tabella si è potuto costruire un grafico che dimostra la superiorità dell'indice $\frac{w}{h^2}$ quando si cerca un indice che sia identico per tutte le altezze e i rispettivi pesi medi ad una determinata età.

Non è mancata qualche obiezione all'« Indice Davenport » e la principale risiede nel fatto che è considerato contrario alle leggi matematiche; ma da una ulteriore prova sperimentale, effettuata con i suggerimenti dati dalla critica dei

matematici, è apparso, tuttavia, che l'indice Davenport è un indice costituzionale soddisfacente.

Allo scopo di studiare meglio l'indice Davenport, come guida della costituzione, sono stati incorporati in una tabella gli « Indici Davenport » di 5 gruppi differenti. La provenienza del materiale di questi gruppi è la seguente:

GRUPPO A. — Basato sullo studio di 221.727 uomini assicurati (età da 15 in poi) dal materiale raccolto da 43 compagnie d'assicurazione operanti negli Stati Uniti d'America e nel Canada. (Dati grezzi).

GRUPPO B. — Studio di 134.343 donne assicurate (età da 15 anni in poi),

materiale raccolto dalle stesse compagnie citate per il gruppo A (Dati grezzi).

GRUPPO C. — Dati desunti dallo studio di 81.558 militari (bianchi e di colore) dell'esercito degli U. S. A. durante la guerra mondiale. Misure rilevate alla smobilitazione.

GRUPPO D. — Dati desunti dal materiale raccolto da Gould (Truppe della guerra civile).

GRUPPO E. — Studio di 9.392 uomini assicurati, di età fra 14 e 70 anni, dalla Mutual Benefit Life Ins. Co.

Da questo materiale, che rappresenta un'indagine su circa mezzo milione di adulti, è stata sviluppata la seguente tabella di indici:

	Uomini	Donne	Veterani Guerra Mondiale	Veterani e Guerra Civile	Maschi	Medie di tutti i gruppi	Scarti dall'indi- ce medio
5' 0"	37,28	33,98	34,17	31,05	30,56	33,41	+ 1,14
1	34,57	33,32	33,77	31,60	30,26	32,70	+ 0,43
2	34,21	32,87	33,06	31,42	32,13	32,74	+ 0,47
3	33,57	32,63	32,69	30,98	31,85	32,54	+ 0,27
4	33,54	32,28	32,19	31,35	32,96	32,46	+ 0,19
5	33,31	32,18	32,00	31,27	32,95	32,34	+ 0,07
6	33,33	32,16	31,97	31,24	32,80	32,30	+ 0,03
7	33,14	32,02	31,79	31,36	32,83	32,23	- 0,04
8	33,16	32,01	31,47	31,34	32,85	32,17	- 0,10
9	33,10	31,93	31,38	31,30	32,98	32,14	- 0,13
10	33,05	31,74	31,29	31,26	32,67	32,00	- 0,27
11	33,15	31,53	31,13	31,38	32,82	32,00	- 0,27
6' 0"	33,55	31,22	30,83	31,34	32,93	31,98	- 0,29
1	33,71	32,97	30,78	31,22	32,95	32,32	+ 0,05
2	34,00		29,87	30,86	32,83	31,89	- 0,38
3	32,23		29,87	30,29	32,16	31,14	- 1,13
						Media 32,27	

Risulta chiaro da questo studio che gli scarti degli indici delle altezze estreme rispetto alla media sono molto insignificanti e che, per gli individui bassi, la deviazione è leggermente positiva, mentre per gli alti è leggermente negativa.

Volendo trovare una spiegazione di queste piccole deviazioni dell'indice medio che corrisponde, presso a poco, all'indice dell'altezza di 5' 7" (m. 1,705) — più che all'influenza dell'età — è dato pensare che al fattore nazionalità siano

appunto dovuti gli scarti osservati, poichè è noto che le razze basse hanno tendenza alla corpulenza, mentre le razze alte sono del tipo longilineo.

Disponendo dell'altezza media dell'indice medio di Davenport per ciascuna delle 8 nazioni europee rappresentative si è costruita la seguente tabella, basata sui dati contenuti nello studio antropologico a cura del dipartimento medico dell'Esercito degli Stati Uniti:

	RAZZE	Statura media	Peso medio	Indice di Davenport	Indice medio	Altezza media
Razze con statura alta	Scozzese . . .	67,93 pollici	144,93	31,41	31,68	67,68
	Inglese . . .	67,75 »	144,98	31,59		
	Tedesca . . .	67,73 »	148,20	32,31		
	Irlandese . . .	67,46 »	142,96	31,41		
Razze con statura bassa	Polacca . . .	66,70 pollici	145,62	32,73	32,39	65,95
	Francese . . .	66,37 »	142,16	32,28		
	Ebreica . . .	65,71 »	137,85	31,93		
	Italiana . . .	65,03 »	137,99	32,63		

Da questa tabella risulta chiaramente che le razze europee più alte hanno tendenza ad avere un indice di Davenport leggermente più basso di quello che si trova per le razze basse e sembra quindi probabile, per conseguenza, che in gruppi non omogenei, come quelli relativi alle armate della grande guerra, una forte percentuale di uomini della statura di 5' 5" o meno (m. 1.65) provenisse da razze europee basse, con indice altezza-peso più alto, mentre nelle stature

di 5' 11" (m. 1.805) o più, predominano le razze alte con indice più basso.

Circa l'effetto della omogeneità della razza sulle tavole dei pesi medi il Dr. Clark dice di esser grato al Dr. Mendocça della « Sul America » di Rio de Janeiro per avergli messo a disposizione le esperienze della sua Compagnia nella compilazione di tavole individuali dei pesi medi per gli abitanti di ciascuno dei seguenti paesi: Brasile, Argentina, Perù, Francia, Spagna e Portogallo.

TABELLA A

Peso medio in Kg. per vari gruppi di altezze (cm.) e per sei gruppi di età (non selezionati)

Età	A L T E Z Z E							
	151-155 cm.	156-160	161-165	166-170	171-175	176-180	181-185	186-190
21-25 anni	54,96	59,12	63,14	66,93	71,39	74,67	80,23	83,02
26-30 »	56,71	60,51	64,44	68,61	73,06	76,78	81,61	86,24
31-35 »	58,32	61,91	65,76	70,32	74,92	79,15	83,62	87,05
36-40 »	59,62	62,93	67,62	70,01	77,37	81,32	85,20	91,01
41-45 »	61,51	64,24	68,70	73,36	79,49	82,84	88,01	91,93
46-50 »	60,68	65,41	69,82	74,43	79,31	83,64	87,95	94,64

Il Dr. Mendocça ha segnalato anche al Dr. Clark uno studio del Prof. Romanelli su 100.116 rischi italiani (vedi « La Assistenza Sanitaria », Roma, 15 aprile 1933-XI). Questo Gruppo sembra, per quanto riguarda la razza e l'ambiente, essere molto più omogeneo che non quello degli assicurati dalle Compagnie d'assicurazione americane.

La Tabella A fornisce dei dati grezzi ottenuti dal Prof. Romanelli (altezze e pesi in sistema metrico).

La tabella B fornisce l'indice di Davenport per ciascun gruppo di età e di altezza, usando l'altezza media. Il peso è moltiplicato per 10.000. Per esempio, per le età 21-25 anni e 151-155 cm. di altezza l'indice Davenport è dato da:

$$\frac{54,96 \times 10.000}{(153)^2} = 23,47$$

L'ultima colonna contiene, per ciascun gruppo di età, la media degli indici del gruppo

Valori per l'indice di Davenport basati sulla Tabella A

Età	A L T E Z Z E								Media
	151/155	156/160	161/165	166/170	171/175	176/180	181/185	186/190	
21-25 anni	23.47	23.68	23.77	23.71	23.85	23.57	23.82	23.49	23.670
26-30 »	24.23	24.24	24.25	24.31	24.41	24.23	24.37	24.40	24.305
31-35 »	24.91	24.80	24.75	24.92	25.03	24.98	24.97	24.63	24.874
36-40 »	25.47	25.32	25.45	24.80	25.85	25.66	25.44	25.75	25.467
41-45 »	26.27	25.74	25.86	25.99	26.51	26.15	26.28	26.01	26.101
46-50 »	25.92	26.20	26.28	26.39	26.50	26.39	26.26	26.78	26.340

Con l'ausilio degli indici dell'ultima colonna, si può elaborare la tavola dei pesi nel modo seguente: l'indice medio per il gruppo 21-25 anni è 23.670. Il peso selezionato per 153 cm. di altezza è per conseguenza:

$$\frac{(153)^2 \times 23.670}{10.000} = \text{kg. } 55.41$$

La tabella C rappresenta la tabella selezionata compilata partendo con i dati grezzi contenuti nella tabella A.

Si è incluso ugualmente il peso teorico per le stature di cm. 148 e 193, per le quali non vi erano i dati nella tabella originale del Prof. Romanelli.

TABELLA C

Tavola progressiva di pesi, incluso i pesi calcolati per altezze da cm. 148 a 193 rispettivamente

Età	148 cm.	153 cm.	158 cm.	163 cm.	168 cm.	173 cm.	178 cm.	183 cm.	188 cm.	193 cm.
21-25	51,85	55,41	59,09	62,89	66,81	70,84	75,00	79,27	83,66	88,17
26-30	53,23	56,90	60,01	64,58	68,60	72,74	77,01	81,40	85,90	90,54
31-35	54,48	58,23	62,10	66,09	70,20	74,45	78,81	83,30	87,91	92,67
36-40	55,78	59,62	63,57	67,67	71,87	75,22	80,69	85,29	88,01	94,86
41-45	57,16	61,10	65,16	69,35	73,66	78,11	82,70	87,41	92,25	97,22
46-50	57,69	61,66	65,75	69,99	74,34	78,83	83,46	88,21	93,10	98,12

Il Dr. Clark espone ancora un altro metodo per compilare una tavola selezionata e dall'insieme del suo studio può dunque, dirsi che i fattori principali che influenzano il problema del peso medio sono la statura, l'età, il sesso e la razza. E' anche importante non trascurare la severa selezione preliminare per i sottopesi ed i sovrappesi, per le stature al di sotto e al di sopra delle normali, per gli antecedenti familiari o personali, essendo questi tutti fattori che si presentano spesso nella selezione dei rischi d'assicurazione e che possono turbare materialmente la tabella.

A quanto sembra, l'indice di Daven-

port potrebbe aiutare ad eliminare alcuni di questi fattori e potrebbe anche avere un gran valore pratico per la compilazione di tabelle dei pesi per gruppi omogenei ricavati da gruppi relativamente piccoli di individui; ma è certa l'importanza dell'indice Davenport per analisi di tavole già compilate mediante metodi matematici, poichè dal suo impiego si è in grado di conoscere le deviazioni alle stature estreme dovute agli effetti della selezione, della razza, della scarsità del materiale e di altre cause.

(Riduzione e traduzione del
Dott. A. LAMBERTI-BOCCONI).

Medicina Legale della Assicurazione Vita

Le nefropatie in Medicina delle Assicurazioni Vita dal punto di vista Medico Legale

Dott. S. FIANDACA.

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

Per la particolare importanza agli effetti del giudizio pronostico sulla vita e per la relativa facilità con la quale alcune di esse possono essere dissimulate all'atto della visita medica, le nefropatie meritano una considerazione speciale in medicina delle assicurazioni vita dal punto di vista medico-legale.

Il problema specifico delle nefropatie si ricollega per una parte a ciò che costituisce la base medico-legale del contratto di assicurazione nelle sue varie evoluzioni e pertanto ci piace premettere alcune considerazioni di indole generale onde possa essere più facile l'interpretazione del valore medico-legale in regime assicurativo delle malattie qui considerate.

L'assicurazione sulla vita è un contratto essenzialmente basato nelle dichiarazioni dell'assicurando sullo stato della sua salute e sulle malattie pregresse. Romanelli nella sua relazione al Congresso di Medicina Legale Generale e di Medicina Legale delle Assicurazioni (Roma, giugno 1933) così chiaramente lo definisce: « il contratto di assicurazione vita è un contratto di buona fede, emesso in base alle dichiarazioni sinceramente rese dall'assicurando circa le proprie condizioni di salute ».

La base pertanto del contratto di assicurazione è la buona fede con la quale l'assicurando rende le sue dichiarazioni all'ingresso in assicurazione circa le predisposizioni morbose della famiglia e circa il proprio passato patologico.

L'esame obiettivo, che completa il rapporto di visita medica, non serve che a meglio valutare le dichiarazioni rese dall'assicurando. Esso rappresenta, come in modo incisivo lo definisce Romanelli, « una perizia di parte » voluta dall'ente assicuratore.

E' facile intravedere come numerose malattie in atto o pregresse, tali da incidere sul giudizio pronostico, possano sfuggire anche ad un esame obiettivo scrupoloso. Basta accennare al riguardo al gruppo di malattie che si presentano a carattere accessionale od a quello la cui sintomatologia obiettiva suole essere completamente muta.

Premesse queste basilari considerazioni, è chiaro come le questioni medico-legali in medicina assicurativa vita sono intimamente collegate con le dichiarazioni che l'ass. rende al momento della visita medica per l'ingresso in assicurazione. Queste in conformità alla finalità, altamente sociale e di preven-

zione, del contratto di assicurazione dovrebbero essere rese dall'ass. con assoluta sincerità. In ogni caso la legge ha il dovere di tutelare gli interessi di entrambi i contraenti e, nel caso in specie, anche quelli della collettività, essendo il contratto di assicurazione basato sul concetto della previdenza e della solidarietà umana; il medico ha il compito di chiarire i vari problemi di medicina legale che possono eventualmente presentarsi nella pratica delle assicurazioni vita.

Una questione di principio alla quale accennerò brevemente è quella della contestabilità delle polizze in rapporto alle dichiarazioni dell'assicurato.

A norma dell'art. 429 del codice di commercio la polizza è annullata per « qualsiasi dichiarazione falsa od erronea e qualunque reticenza di circostanze conosciute dall'assicurato quando la dichiarazione o la reticenza sia di tale natura che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso al contratto o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose »; l'assicuratore ha diritto ad incassare il premio « se da parte dell'assicurato vi è stata malafede ».

A temperare il rigore di tale legge nelle polizze dell'I.N.A. (art. 2 delle condizioni generali) si legge la clausola seguente: « decorsi sei mesi dall'emissione, la polizza è incontestabile per reticenze o per dichiarazioni erronee rese dall'assicurato, salvo il caso di malafede ».

Con tale clausola, come hanno fatto rilevare Romanelli e Marsella fin dal 1932 al 2° Congresso di Scienza delle Assicurazioni di Trieste, l'istituto assicuratore ha inteso dare un elemento di tranquillità a quegli assicurati che in buona fede hanno potuto incorrere in qualche reticenza o dichiarazione erronea senza il deliberato proposito di

compiere azione illecita o di trarre in inganno l'assicuratore.

Le dichiarazioni false o deliberatamente reticenti e mendaci, come in numerosi articoli ha dimostrato Marsella, non vengono escluse dalla clausola ricordata e pertanto debbono essere considerate come valide per la contestazione.

L'assicurato può, specie per alcune malattie, con dichiarazioni mendaci o deliberatamente reticenti riuscire ad ingannare il medico, « in tale comportamento malizioso dell'assicurato — come dice Marsella — si deve ravvisare il raggirio e la malafede, dato le caratteristiche peculiari del contratto di assicurazione che, per legge e per prassi universale è e deve rimanere un contratto di buona fede ». (*Ass. San.*, anno III, n. 6, pag. 361).

Ho voluto accennare a questo importante problema, in quanto esso rappresenta il punto essenziale cui deve essere rivolta l'attenzione del medico di assicurazione per lo studio delle questioni medico-legali inerenti ai vari gruppi di malattie.

* * *

Passando a trattare delle nefropatie in medicina assicurativa dal punto di vista medico-legale, considerate le premesse sopra accennate, appare chiaro come esse si prestano a molte considerazioni. Il gruppo delle malattie renali, come dimostrano le statistiche mediche dell'I.N.A., non è invero il maggior rappresentante delle cause di morte degli assicurati. Le cifre riguardanti gli anni 1932 e 1933 riportano come numero totale di sinistrati per malattie genito-urinarie rispettivamente 250 su 6270 e 208 su 5987, cioè il 3,98% per il 1932 e il 3,47% per il 1933. Tali cifre non sono molto alte, specie se si considera

che nel gruppo sono anche comprese le malattie genitali.

In un recente lavoro Starna (*Ass. San.*, n. 4, 1937) mette in rilievo come i sinistri di morte per nefrite cronica verificatisi nel periodo 1928-1935 raggiungono appena il 2% sul totale dei sinistrati.

Se però la mortalità per le malattie renali non costituisce una cifra preoccupante, ciò non toglie che le nefropatie per il decorso tipico della maggior parte di esse, rappresentino un gruppo di affezioni che più facilmente delle altre si prestano alla dissimulazione ed alla reticenza.

Già nel 1934 (*Ass. San.*, anno III, n. 6) Marsella tra le malattie nelle quali più facilmente il semplice mendacio può costituire un raggirio più che idoneo ad ingannare, elencava le affezioni dell'apparato renale ed in particolare le pregresse nefriti ed albuminurie e la calcolosi renale.

Non si può infatti escludere che molte nefropatie sono tali che possono non offrire alcun segno rivelatore al comune esame medico, quando l'anamnesi e la sintomatologia subiettiva sono ad arte completamente mute. E se si considera che tra esse possono essere elencate quelle che, come ad es. la calcolosi renale, più profondamente incidono sull'accettazione del rischio appare chiaro come la questione dal lato tecnico merita di essere esaminata.

Il rapporto di visita medica nella parte riservata alle dichiarazioni dell'assicurando contiene alcune domande specifiche che si riferiscono alle eventuali affezioni renali pregresse.

La prima attenzione merita l'anamnesi familiare: si richiede in essa la causa di morte dei famigliari più diretti e se nella sua famiglia si siano verificati casi di malattie presunte ereditarie, tra le quali la gotta. L'importan-

za di tali dichiarazioni sta nel fatto che alcune tra le affezioni renali — la calcolosi — può avere un substrato ereditario. La dichiarazione in se, comunque sia resa, non può a tale proposito avere grande valore, ma, poichè costituisce una parte del complesso delle dichiarazioni atte ad instradare il medico verso la verità, è necessario che essa sia resa dall'assicurando con tutta sincerità.

La reticenza al riguardo, come si è detto, in se non può costituire sospetto di inganno, ma qualora la dichiarazione risultasse, insieme a tutte le altre, difforme dal vero, potrebbe convalidare il sospetto dell'inganno in quanto questo sorge da tutto un complesso di dichiarazioni deliberatamente reticenti e false, e i dati dell'anamnesi potrebbero fare presupporre la conoscenza da parte dell'ass. dell'importanza di essi e pertanto del deliberato proposito di ingannare.

Delle altre domande che in modo specifico interessano l'argomento in questione, hanno la massima importanza quelle con le quali si richiede direttamente se l'ass. ha sofferto di coliche renali, di disturbi dell'urinazione, se è stata constatata nelle urine presenza di albumina.

Le domande sono molto semplici e si riferiscono a disturbi comunemente noti, sui quali l'attenzione dei soggetti che ne hanno sofferto sicuramente sarà stata attratta; in conseguenza le risposte in linea generale dovrebbero non essere esitanti.

Può accadere però in qualche caso che l'ass. non sia in grado di riferire esattamente, così ad es. quando si tratta di una colica renale unica sofferta parecchi anni prima, specie se di lieve entità e non esattamente diagnosticata, o di lieve albuminuria transitoria in rap-

porto a qualche affezione acuta pregressa.

Qualche volta l'ass. non sa riferire sull'esito dell'esame d'urina eventualmente eseguito nel corso di qualche malattia, o perchè non ha avuto cura di informarsi, o perchè il sanitario che lo curava non ha creduto necessario comunicarglielo.

Le circostanze ricordate riguardano in genere quei casi nei quali i disturbi sono stati di poca entità e nei quali comunque è facile rilevare la buona fede dell'eventuale reticenza. Ben diversamente sarebbero invece giudicabili quei casi nei quali siano state taciute ripetute coliche renali o disturbi gravi dell'urina o reperti di esami d'urina varie volte praticati a cura degli assicurandi stessi per lesioni renali di lunga durata.

Oltre a queste domande, che possiamo considerare specifiche per le affezioni renali, si può affermare che tutte le altre domande del questionario in uso per le visite mediche, hanno attinenza più o meno diretta con le nefropatie.

Speciale attenzione deve essere rivolta alle affezioni acute pregresse, ed in particolare a quelle malattie che più facilmente sogliono dare complicazioni a carico dei reni.

E' opportuno che l'ass. alla dichiarazione di una pregressa affezione del genere faccia seguire l'indicazione della maniera come si è verificata la guarigione, senza cioè o con quali complicazioni. Il medico soprattutto che raccoglie le dichiarazioni, dovrebbe in ogni caso aver cura di suggerire all'ass. l'opportunità di queste delucidazioni. Accade purtroppo spesso invece che la malattia viene dichiarata senza che venga data alcuna indicazione sulle eventuali gravi lesioni residue, creando con ciò difficoltà di ordine medico-legale spesse

volte nocive per entrambe le parti contraenti.

Da questa breve disamina appare evidente come nelle nefropatie, così come in tutte le altre malattie, la massima importanza deve annettersi dal punto di vista medico legale, alle dichiarazioni dell'assicurato.

Ciò non toglie però che in questo gruppo di affezioni l'esame obiettivo, la perizia di parte (come magistralmente lo definisce Romanelli), ha un significato particolare che sotto certi aspetti può rappresentare l'elemento di maggiore interesse.

Tale interesse deriva dal fatto che l'esame obiettivo nel caso delle affezioni renali può consentire il riconoscimento della malattia anche quando essa sia stata nell'anamnesi taciuta.

Prescindiamo dal caso in cui l'esame obiettivo serve a svelare una lesione renale, fino allora ignorata dall'ass., in quanto ciò non rientra nel presupposto di questa nota, nè infatti è a dire che in questo caso incorra alcun sospetto di inganno od altro.

Ciò premesso si può affermare che l'indagine obiettiva più utile per la diagnosi delle nefropatie è l'esame delle urine. Anche altri dati obiettivi possono efficacemente contribuire a mettere sull'avviso di una eventuale affezione renale; ma l'esame delle urine resta sempre la prova più sicura e alla quale bisogna dare il maggior affidamento. Esso rappresenta, come fu detto in altro precedente nostro lavoro (questa rivista n. 5, 1935), il mezzo di accertamento più idoneo per svelare se l'apparato renale è sano o no.

Da prendere in speciale considerazione tra gli altri dati obiettivi sono le condizioni dell'apparato circolatorio, specie quelle riferentesi alla pressione arteriosa; sono note infatti le alterazioni

che su questo apparato provocano le malattie del rene.

Anche uno scrupoloso esame obbiettivo, specie palpatorio, delle regioni renali e la ricerca dei punti dolorosi che sogliono essere indizi di una affezione renale possono costituire elementi non trascurabili per sospettare una lesione dell'apparato uropoietico.

Nei moduli in uso per le visite mediche giustamente non vengono richiesti al medico particolari dati sull'esame fisico dell'apparato renale; esiste bensì una domanda generica: « Vi sono segni che possano far sospettare una malattia dei reni, della vescica ecc.? » La ragione sta appunto nel fatto che, tranne particolari circostanze, l'esame obbiettivo fisico dell'apparato renale non suole mettere in rilievo segni di assoluta certezza. Ciò nonostante, il medico, messo sull'avviso dalla domanda generica, non mancherà certamente di eseguire un esame scrupoloso delle loggie renali, se esiste il sospetto di una lesione.

Esulerebbe dal compito impostoci il fermarci ulteriormente sull'importanza del rilievo dei vari dati obbiettivi per l'accertamento di una nefropatia.

Dal punto di vista medico-legale, come abbiamo detto, il maggior interesse deve essere rivolto all'esame dell'urina. Il medico nell'eseguire la visita deve accertarsi di un fatto essenziale: cioè che l'urina da esaminare sia effettivamente quella emessa dall'assicurando. E' questa una circostanza che non deve essere trascurata onde evitare possibili sostituzioni. A tal proposito mi piace ricordare il fatto occorso a Marsella, già reso noto da questo A. in un articolo di questa rivista (n. 5, 1934) sulla dissimulazione con speciale riguardo all'assicurazione vita.

Si trattava di un assicurando che, sapendo di essere affetto da diabete, consegnò al medico fiduciario l'urina di un

suo nipote, che si trovava nella stanza attigua dove egli si era appartato per urinare. Senonchè all'esame fu riscontrato un reperto di grave nefrite cronica di cui il nipote era affetto, senza che l'ass. certamente lo sapesse. Il rischio fu rifiutato; l'ass. allora si decise a confessare l'inganno al quale era ricorso. Successivamente, dopo una visita di controllo, essendosi riscontrato un diabete di non grave entità, il rischio fu accettato a condizioni speciali. Il caso citato è dimostrativo.

Deve ritenersi opportuno che l'urina venga emessa alla presenza del medico. Può accadere però che si tratti di una donna o di soggetti facilmente impressionabili, che non riescono ad urinare in presenza di un'altra persona. In tal caso si può consentire che l'urina venga emessa in una stanza attigua; il medico però avrà cura di accertarsi che le urine siano ancora calde e presentate nello stesso recipiente consegnato.

Elementi indispensabili da esaminare nelle urine per l'accertamento dello stato dell'apparato renale devono essere l'esame fisico (colore, aspetto, odore, peso specifico, reazione), la presenza o meno di albumina, l'esame microscopico del sedimento. Per quanto riguarda quest'ultima ricerca si può obiettare che il medico fiduciario, specie nei piccoli centri, non sempre è attrezzato di microscopio. E' questo un inconveniente che può essere temperato raccomandando al fiduciario, che non abbia la possibilità di praticare l'esame microscopico, di segnalare al medico di direzione tutte le volte che sospetti una lesione renale, l'opportunità che esso venga eseguito.

Malgrado, come si è detto, l'esame obbiettivo ed in particolar modo l'esame delle urine costituisca un elemento il più delle volte atto a svelare un'affezione renale anche taciuta nelle dichia-

razioni anamnestiche dell'assicurando, esso non può considerarsi assolutamente infallibile. Esistono infatti delle lesioni dell'apparato renale che possono sfuggire anche all'esame delle urine; ad es. la calcolosi renale in periodo di stasi, alcune albuminurie in soggetti che sono stati per qualche giorno prima della visita a riposo ed a dieta opportuna.

A tale riguardo occorre accennare al fatto che l'assicurando può di proposito, qualche tempo prima di sottoporsi alla visita medica, mantenersi a riposo obbligato ed a dieta conveniente, in modo da riuscire ad occultare le vere abituali condizioni renali. In tal caso la mala fede è evidente: l'assicurando infatti ha agito in perfetta scienza, ponendo in opera dei mezzi, al fine di carpire con l'inganno un contratto che altrimenti gli sarebbe stato negato o concesso a condizioni diverse. Per fortuna l'eventualità accennata si verifica in pratica raramente, perchè le lesioni renali gravi difficilmente possono essere occultabili, provocando in genere alterazioni rilevabili, oltre tutto, anche estrarenali.

* * *

Non ritengo a questo punto privo di utilità un rapido esame da questo punto di vista delle nefropatie che più interessano la medicina assicurativa.

Ptosi renale. — Per questa lesione l'interesse assicurativo dipende più che dal grado della dislocazione, che per se stessa non comporta alcuna gravità prognostica, dal possibile sviluppo di processi di idro o pionefrosi o di nefriti. La lesione, essendo muta l'anamnesi, può anche sfuggire ad un esame obiettivo superficiale.

L'uso da parte dell'assicurando di ventriere è un segno che può attrarre

l'attenzione del medico su questa affezione.

In genere però dal lato medico-legale la ptosi renale non è una malattia che si presta facilmente ad inganni. Infatti quando essa ha già dato luogo a complicazioni, difficilmente sfugge all'esame obiettivo; quando viceversa è allo stato iniziale, non comportando un giudizio pronostico grave, raramente può, anche dissimulata, nuocere al contratto.

Albuminurie funzionali. — E' questo un gruppo assai vasto di albuminurie, di cui le principali sono l'albuminuria ortostatica, la ciclica degli adolescenti, quella da sforzi corporei, da bagni freddi, l'albuminuria nervosa e quella alimentare.

Tali albuminurie potrebbero essere facilmente dissimulate. L'inconveniente che ne deriverebbe sarebbe quello dell'accettazione degli assicurandi affetti da alcune di tali lesioni senza il relativo soprapremio, chè di prognosi *quod vitam* grave immediata non può in questo caso parlarsi.

In pratica però suole avvenire il contrario e cioè che le albuminurie funzionali vengono riscontrate in soggetti che fino allora ignoravano di essere affetti da tale disturbo; è infatti noto come affezioni del genere decorrano senza alcuna sintomatologia subbiettiva.

Nefriti propriamente dette. — In questo gruppo abbiamo ritenuto opportuno raggruppare le glomerulo-nefriti acute e croniche, la nefrite embolica a focolo, la nefrite interstiziale, la nefrite purulenta. Non ci fermeremo a descrivere la sintomatologia; ricorderemo soltanto che dal nostro punto di vista queste nefropatie per la fenomenologia obbiettiva ordinariamente evidente e per il costante reperto patologico dell'urina

difficilmente possono sfuggire all'esame obiettivo, anche in assenza di qualsiasi dato anamnestico.

Un accenno meritano però le forme croniche; esse infatti in qualche caso per l'assenza o quasi dei segni obiettivi e lo scarso reperto urinario possono trarre in inganno il medico. E' da rilevare però che in tal caso in genere si tratta di forme a decorso benigno.

Le accennate osservazioni si riferiscono alle malattie in atto; in quanto agli eventuali esiti rientrano più propriamente nel gruppo delle sclerosi renali, alle quali accenneremo più avanti.

Nefrosi. — Questo gruppo di nefropatie, al quale appartengono un numero cospicuo di forme aventi carattere comune l'esistenza di fatti di indole degenerativa a carico degli epiteli tubulari, dal nostro punto di vista offre scarso interesse. Le varie forme cliniche infatti o sono in rapporto con altre affezioni bene evidenti, così ad es. la cosiddetta albuminuria benigna delle malattie infettive, la nefrosi amiloidea, la nefrosi grassa, o sono in rapporto con intossicazioni gravi di natura tossinfettiva o chimica, come la nefrosi necrotica o sono in rapporto con stati fisiologici particolari come la nefrosi gravidica. In ogni caso, a prescindere dal fatto che in medicina assicurativa è difficile incontrarsi in tali eventualità, lo accertamento della malattia non offre difficoltà, in considerazione anche della cospicua albuminuria che suole accompagnare le lesioni renali qui indicate.

Sclerosi renale (rene grinzoso secondario e rene grinzoso genuino). — Sono queste le lesioni renali che più frequentemente incorrono alla osservazione in medicina assicurativa e sono queste che più agevolmente possono prestarsi a tentativi di inganno. Le ragioni sono

principalmente da ricercarsi nel fatto che l'ass. affetto da tali lesioni non presenta una sintomatologia subiettiva ed obiettiva molto evidente e pertanto ritiene che possa agevolmente sfuggire al riconoscimento della sua malattia in un esame medico che egli ritiene superficiale qualche volta prospettatogli addirittura come mera formalità). Invero è bene subito porre in rilievo che non facilmente il tentativo è coronato da successo, quando la visita medica è eseguita con molta scrupolosità. Il medico infatti che si attenga con esattezza ad eseguire quanto è indicato nel questionario dei moduli in uso può quasi sempre riuscire a mettere in evidenza qualcuno dei sintomi che facciano sospettare la lesione.

Sintomi di speciale importanza in questo caso sono il rilievo dei dati della pressione arteriosa, che, come è noto, nelle sclerosi renali sogliono essere elevati. Il riscontro di una pressione arteriosa differenziale bassa avvalora ancora più il sospetto di una lesione renale cronica.

Degli altri segni obiettivi sono da ricordare l'ipertrofia cardiaca, il pallore, gli edemi; segni tutti però che possono mancare od essere tali da sfuggire all'esame.

Il reperto urinario di solito è scarso: l'albuminuria è un segno molto infido, può anche completamente mancare; la ematuria microscopica e la cilindruria sono incostanti. Particolare valore avrebbe il riscontro di un basso peso specifico costante in vari esami, ma poichè esso di solito viene determinato una sola volta al momento della visita, non può costituire un segno infallibile.

Se pure nessuno dei sintomi può considerarsi sicuro, basterà che il medico sospetti da qualcuno di essi la lesione perchè dalle sue successive indagini (azotemia, esame del fondo oculare, prova

della concentrazione ecc.) l'affezione renale balzi evidente.

Dal lato medico-legale è opportuno osservare che il rene grinzoso genuino può effettivamente costituirsi senza che il soggetto abbia avvertita ed avverta alcuna fenomenologia subbiettiva tale da richiamare la sua attenzione, mentre il rene grinzoso secondario importa la persistenza di una nefrite che il più delle volte non è passata inosservata all'assicurato.

Tumori renali. — Tali affezioni, di cui la più frequente è l'ipernefroma, possono prestarsi con facilità all'inganno. E' noto infatti come la sintomatologia iniziale è spesso costituita da una ematuria che si presenta a carattere accessionale. Il rilievo palpatorio e gli altri segni compaiono assai tardivamente. Un soggetto pertanto che abbia avuto anche una o più ematurie può presentarsi all'osservazione nel periodo in cui tale sintomo è scomparso e pertanto sfuggire al riconoscimento. Sintomi che debbono far sospettare la presenza di un iperfroma sono la presenza di varicocele destro (dato che il sinistro è frequente indipendentemente ad ogni altra condizione patologica) e la osservazione eventuale di macchie pigmentarie brunastre sulla pelle, in rapporto probabilmente alla insufficienza surrenale.

Rene policistico. — Questa affezione può meno facilmente essere celata, in quanto di solito il reperto urinario patologico è più costante. Dal nostro punto di vista bisogna inoltre osservare che questa lesione ha un decorso in genere lento e tale da permettere una lunga sopravvivenza.

Tubercolosi renale. — E' questa una lesione che suole iniziare subdolamente e la cui diagnosi molto frequentemente

non può essere fatta se non per esclusione. Se pure la diagnosi di sicurezza è difficile, raramente però la sintomatologia è tale da non permettere il sospetto anche di semplice lesione renale.

Dal lato assicurativo è sufficiente questo sospetto per evitare l'inganno.

Idronefrosi. — Può passare inosservata raramente, così ad es. nel periodo di occlusione e solo allorchè il medico non eseguisca con scrupolo l'esame palpatorio della regione renale.

Pielite e pielonefrite. — A malattia costituita l'accertamento è sicuro, in quanto il referto urinario è costantemente positivo.

Calcolosi renale. — Questa affezione, tra il gruppo delle nefropatie, è quella che più facilmente può sfuggire all'esame obiettivo, ove le dichiarazioni dell'assicurato siano negative. E' noto infatti come la calcolosi di solito si presenta ad eccessi, rappresentati da coliche, qualche volta uniche, più frequentemente ripetentesi a periodi irregolari di tempo. Dopo una colica o nell'intervallo tra una colica e l'altra il reperto obiettivo ed urinario può essere completamente negativo.

Se si considera la relativa frequenza e l'importanza, ai fini assicurativi, del giudizio prognostico esatto di questa affezione, appare chiaro come il medico deve tenersi in guardia contro tentativi di inganno, che data la particolare sintomatologia, potrebbero pervenire al successo.

Dei segni obiettivi che potrebbero far sospettare la lesione, può essere utile la ricerca dei punti dolorosi caratteristici di tale malattia, e in special modo la manovra del Giordano praticata di sorpresa. D'altra parte, mentre non è possibile dare affidamento sicuro

a questi segni poco concreti, non si può pretendere che il medico, non essendo orientato in questo senso dall'anamnesi, si intrattenga in una ricerca minuta di tanti punti dolorosi. L'esame del sedimento urinario può essere qualche volta vantaggioso: non è raro infatti il caso che l'ematuria microscopica persista per lungo tempo dopo una colica.

Prescindiamo da quei casi nei quali, come si è precedentemente accennato, la mancata dichiarazione può essere dovuta al fatto che le pregresse coliche risalgano a parecchio tempo prima e che siano state mal diagnosticate o ritenute dall'assicurando stesso perfettamente guarite; in questi casi infatti non rientra il proposito dell'inganno.

* * *

Autoriassunto. — L'A., dopo aver ricordato le basi medico-legali del contratto di assicurazione vita, prende in esame le nefropatie dal punto di vista medico-legale. Egli, pur confermando come, anche per queste affezioni, le dichiarazioni dell'assicurando costituiscono la base del contratto, pone in rilievo il valore che acquista l'esame obiettivo, ed in specie l'esame d'urina, come elemento rivelatore della lesione pregressa od in atto. Indi passa a considerare le principali affezioni renali, rilevandone, dal lato medico-legale, in quale misura esse possono eventualmente prestarsi all'inganno.

DALLE RIVISTE CHE RICEVIAMO IN CAMBIO

Accademia Medica, n. 1 gennaio 1938, Genova.

Prof. M. BARBÀRA e Dott. A. GARAVENTA, *Sulla patogenesi dell'ulcera gastro-duodenale.*

Gli AA. hanno notato che negli ammalati di ulcera gastro-duodenale esiste una costituzione diatesi emorragica.

Annali d'Igiene, n. 1 gennaio 1938, Roma.

Dr. G. BRUSCHETTINI, *Sull'antigene di origine ematica dell'urina normale.*

L'azione emolitica e inibente dell'urina è riferibile ad una origine unica, probabilmente in rapporto con la stessa causa: il passaggio attraverso il filtro renale di sostanze derivate dalla disintegrazione delle emazie.

Dr. A. CASU, *Mortalità tra gli operai italiani in A. O. I. durante gli anni 1935-37.*

La mortalità non ha superato le medie dei valori che si riscontrano in Italia per gli individui di eguale sesso ed età.

Annali di Medicina Navale e Coloniale, gennaio-febbraio 1938, Roma.

Ten. Col. Medico E. LA TERZA, *A proposito di un episodio epidemico di dissenteria bacillare al Varignano (Luglio 1937).*

La immunizzazione passiva in massa, combi-

nata con la vaccinazione per os. riusciva ad interrompere e spegnere definitivamente l'infezione, preservando il personale della piazza M.M. e permettendo la continuazione ininterrotta della normale attività delle organizzazioni militari.

S. Ten. Medico P. PONTRANDOLFI, *L'infiammazione acuta della ghiandola tiroide. Considerazioni detratte da tre casi.*

L'A. illustra tre casi di infiammazione acuta della ghiandola tiroide: un caso di tiroide e due di strumite, detraendone alcune considerazioni di patologia e di clinica.

Dr. F. DI GIUSEPPE, *Contributo allo studio della linfogranulomatosi maligna.*

Vengono descritti due casi di linfogranulomatosi, uno dei quali a decorso rapidamente mortale, con sintomi soprattutto dovuti alla localizzazione viscerale del processo e nel quale non esisteva alcuna adenopatia esterna.

Biochimica e Terapia sperimentale, 31 gennaio 1938, Milano.

Dr. P. CARNIELLI, *Azione dell'irradiazione con raggi ultravioletti sulle granulazioni ossidative dei leucociti.*

L'irradiazione con raggi ultravioletti produ-

ce nel topo albino e nella cavia un notevole aumento delle ossidasi leucocitarie.

Dr. G. VANZETTI, *Proprietà cinetiche dei soluti nell'andamento della dialisi compensata del siero.*

Una minuta analisi sperimentale permette di stabilire il meccanismo fisico-chimico dell'andamento apparentemente anomalo osservato, e consente di avanzare alcune considerazioni sul determinismo dinamico degli equilibri di membrana anche con riferimento ai sistemi biologici.

Dr. F. LENZI e S. LENZI, *Studi sull'acaprina. Azione sul chimismo gastrico.*

Gli AA. trovano che l'acaprina introdotta per via sottocutanea eccita la secrezione cloridrica.

Dr. E. MORELLI, *Attualità della lotta contro il cancro.*

L'A. riporta gli studi biologici e biochimici sul cancro, le questioni diagnostiche e terapeutiche, i servizi sociali e dati statistici.

Dr. L. COMI, *L'azione dei raggi ultravioletti sul comportamento di alcune sostanze nelle ossa e nell'organismo in toto di cavia cobaya.*

L'A. ha determinato il contenuto in H₂O, Ca, P, Mg dell'organismo in toto e delle ossa di cavie sottoposte a 40 giorni di irradiazioni con R. U. V. L'analisi dà una diminuzione del contenuto percentuale in H₂O, un aumento del Ca e del P, e un più pronunciato aumento del Mg, sia nell'organismo analizzato in toto, che nelle ossa (femori). Nel caso del Mg. la percentuale di questo è quasi raddoppiata.

Dr. F. LENZI e Dr. S. LENZI, *Studi sulla acaprina. Azione splenovasocostrattile. Azione iperglicemizzante.*

Gli AA. studiando l'azione dell'acaprina sul tasso glicemico, sul volume della milza e sul numero degli elementi figurati del sangue, dimostrano che questa sostanza introdotta per via sottocutanea spiega gli stessi effetti della adrenalina introdotta per via endovenosa.

Critica medico - sociale, n. 2, febbraio 1938, Roma.

F. MACRI', *Come si vive e perchè si cresce.*

L'A. parla dell'azione che la forza vitale esercita sulla materia e le trasformazioni che ne derivano: esiste un periodo di costruzione e

uno di distruzione negli animali superiori. La crescita è in rapporto alla costituzione, all'alimentazione e all'ambiente.

C. CANTIERI, *Il recupero sociale dei tubercolosi attraverso un'organizzazione sociale del lavoro fuori dei luoghi di cura.*

L'A. prospetta di evitare che la tbc. da malattia diventi professione e di dare quindi un mestiere al tubercoloso.

Critica medico-sociale, 3 marzo 1938, Roma.

Dr. F. MACRI e Dr. S. SARCHIOTO, *Edilizia scolastica.*

Gli AA. mettono in evidenza che l'edificio scolastico deve essere l'opera risultante da una stretta collaborazione tra pedagogisti, igienisti e ingegneri.

Dr. M. SANCIPRIANO, *La formazione spirituale del bambino lattante.*

In questa parte del lavoro l'A. parla dell'influenza materna sulla formazione spirituale del lattante. Poichè la madre plasma lo spirito del bambino simile al suo. Influenza ha pure la salute in rapporto all'alimentazione naturale, aria, acqua e luce.

Dr. F. PANCRAZIO, *Campo e caratteri della Medicina Sociale.*

L'A. fa presente quali siano le funzioni medico-sociali al momento attuale poichè questa dottrina particolare dell'igiene dirige il suo studio all'individuo operante nella collettività.

Dr. S. RANCINI, *Le malattie sociali e la medicina dello Stato.*

L'A. definisce le malattie sociali nelle quali comprende tutte quelle la cui etiologia è legata alle condizioni sociali in cui si vive — o che risentono l'influenza di queste. Mediante la prevenzione che la medicina dello Stato esplica, la mortalità generale del nostro paese è discesa al 13 %.

Cultura medico moderna (La) 31 gennaio 1938 Roma.

Dr. KAREL SEDLÁČEK, *L'immunoterapia.*

L'A. riferisce i risultati eccellenti avuti colla lattoterapia, nelle contusioni non aperte, nei traumi delle capsule articolari e loro adiacenze nelle fratture, in ginecologia e ostetricia, nei traumi del cervello e midollo spinale, nella apoplessia, nei traumi degli organi interni, ecc.

Semeiotica di Medicina Assicurazione VitaL'esplorazione radiologica della pleura e del diaframma
in Medicina Assicurativa

Dott. TOMMASO RICCIOTTI

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

Dopo avere esposto in un precedente articolo quanto l'indagine radiologica può dare nelle principali malattie del polmone che interessano la Medicina Assicurativa, è mia intenzione di illustrare ora il contributo che i raggi X apportano nello studio delle affezioni morbose della pleura e del diaframma. Le riproduzioni dei radiogrammi intercalati nel testo si riferiscono a casi studiati in questi ultimi tempi nel gabinetto radiologico della Direzione Generale dell' I.N.A.

E' noto come siano frequenti le infiammazioni della pleura e come i loro reliquati abbiano notevole peso sul giudizio del rischio per le minorate condi-

zioni di funzionamento in cui viene quasi sempre a trovarsi il polmone. Per questo bisogna che il medico delle Assicurazioni, agli effetti di una prognosi quanto più possibile esatta, conosca assai bene i principali quadri radiologici che ordinariamente s'incontrano e l'interpretazione più adeguata in relazione al rischio.

Le pleuriti secche ed essudative in atto non interessano il nostro campo, trattandosi di malattie acute che non entrano nel dominio della medicina assicurativa. Di enorme importanza sono invece gli *esiti delle pleuriti*: ispessimenti e aderenze (fig. 1), sclerosi interlobari, calcificazioni.

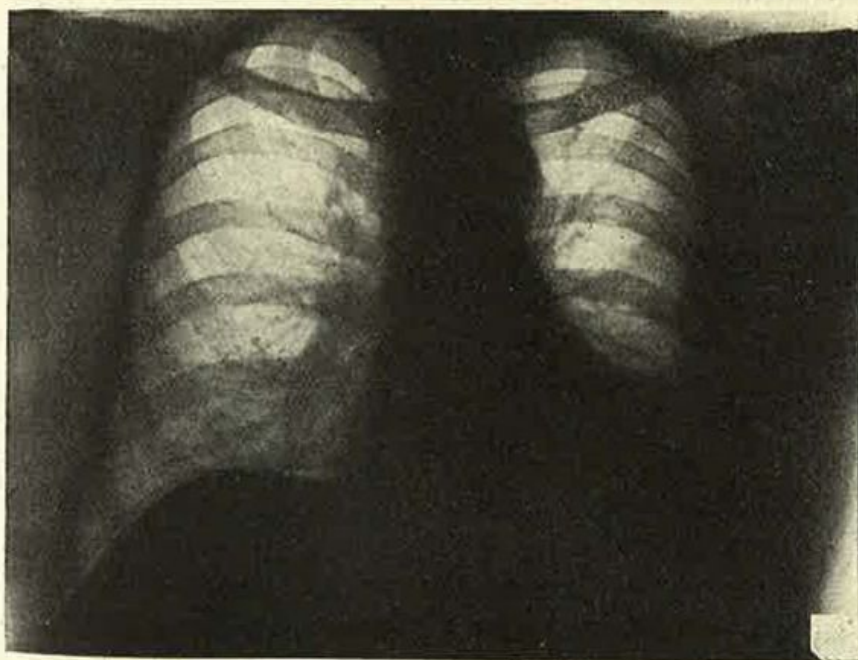


Fig. 1. — *Estesa opacità alla base S; da ispessimento pleurico. Retrazione costale; attrazione del mediastino a S.*

L'aderenza, a meno che non sia presa d'infilata, si rende visibile ai raggi X solo quando è costituita da una cotenna di parecchi millimetri di spessore. Essa può essere riscontrata in qualunque punto del campo polmonare, ma specialmente alle basi, agli apici, negli interlobi. Già in radioscopia l'osservatore può cogliere fenomeni interessanti: zone di opacità più o meno estese, diminuita mobilità delle costole e del diaframma,

La radioscopia deve necessariamente essere seguita dalla radiografia che nella pleura, come nel polmone, ha importanza preponderante. Si vedono in tal modo zone di opacità basali di varia estensione, obliterazioni parziali o totali dei seni costo-diaframmatici, diminuzione di trasparenza e deformazione dell'apice, restringimenti degli spazi intercostali e spostamenti mediastinici.

Gli ispessimenti interlobari non sono

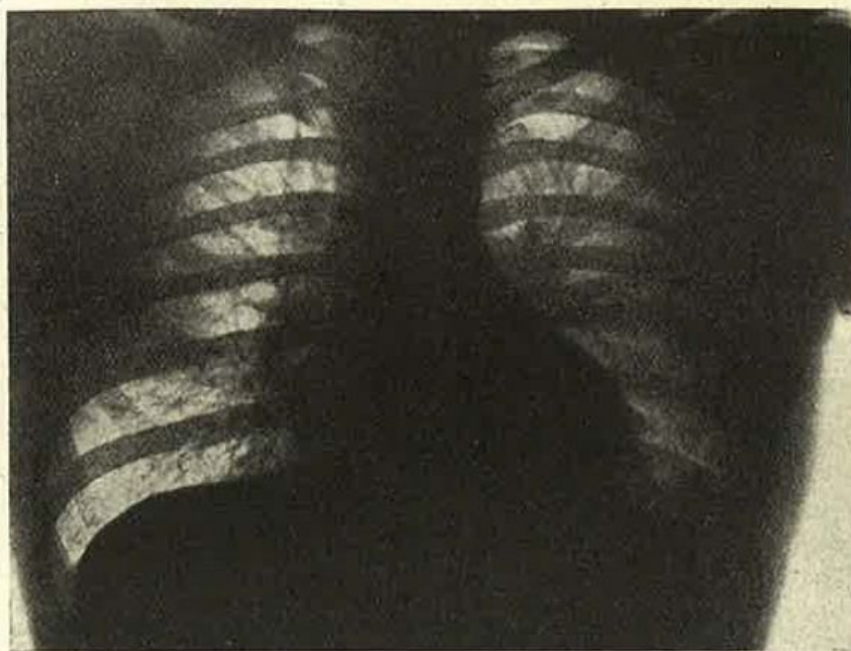


Fig. 2. — *Esiti di pleurite basale S. Presenza di stria capillare a D.*

mancato rischiaramento degli apici sotto tosse, attrazioni costali e mediastiniche, ecc. Va tuttavia ricordato che una ampia motilità del diaframma non esclude l'esistenza di aderenze, e opacità circoscritte possono essere dovute ad altre ragioni completamente estranee a fenomeni aderenziali (parti molli, difetti di proiezione, ecc.). In altri termini l'aderenza può esserci e sfuggire, può non esserci e venire simulata. Occorre perciò molta prudenza prima di pronunciarsi per la presenza o assenza di aderenze in base alla sola indagine radiologica.

rari a riscontrarsi specialmente a carico della piccola scissura: una linea quasi orizzontale, regolare, intensamente opaca che dall'ascella si dirige verso l'ilo all'altezza per lo più del 4° spazio intercostale D. A seconda del suo spessore Busi ha distinto la linea opaca in grossolana, subcapillare e capillare. Le prime due hanno significato patologico (sinfisi e sclerosi interlobare); invece la linea capillare (fig. 2) secondo Busi costituisce un reperto normale. Occorre tenere presente la distribuzione anatomica delle scissure poichè l'ispessimento può aver luogo in qualunque tratto della

pleura interlobare e perciò può proiettarsi in regioni diverse dei campi polmonari.

Le aderenze pleuro-diaframmatiche spesso si manifestano come sporgenze irregolari del contorno del diaframma che si accentuano durante le inspirazioni profonde.

Piuttosto raro è il riscontro di *calcificazioni pleuriche* le quali stanno a te-

Pneumotorace (fig. 3). — Deve interessare il medico delle assicurazioni sia perchè qualche volta è accaduto che individui con pneumotorace in atto per tbc. polmonare hanno domandato di entrare in assicurazione, sia perchè si può essere richiesti di un giudizio sull'efficienza o meno di un trattamento collassoterapico nel corso dell'assistenza sanitaria agli assicurati.

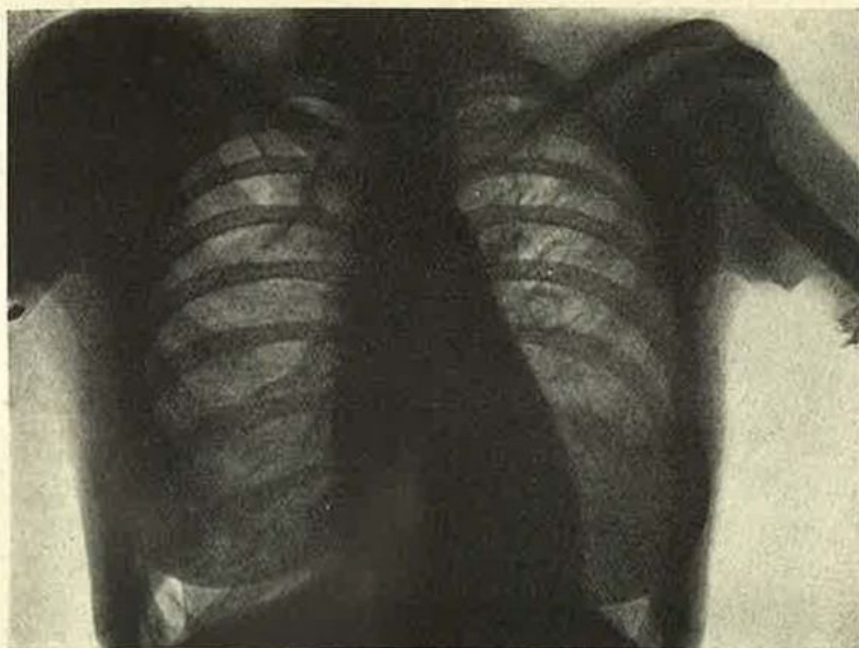


Fig. 3. — *Pneumotorace D. parzialmente efficiente per aderenze alle base e nella regione superiore.*

stimoniare per lo più precedenti pleuriti essudative o purulente a lentissimo decorso. Si rivelano come aree di opacità intensa, di forma varia (ovalare, ad osso di seppia, a stalattiti, ecc.) quasi sempre unilaterali, poste specialmente nella doccia costovertebrale, dove più a lungo hanno ristagnato gli essudati durante la lunga degenza dei malati a letto. Con l'esame radioscopico si mette in evidenza un fatto importante: le calcificazioni pleuriche, che si sviluppano per lo più nella compagine della pleura parietale, sono fisse con la parete toracica e indipendenti dal movimento del polmone.

I segni radiologici caratteristici del pneumotorace, qualunque sia la sua genesi, sono due: l'abnorme luminosità della regione occupata dal gas e la scomparsa in questa zona del disegno polmonare. Quando il pnt. è totale il polmone si raccoglie « a pugno » attorno al suo ilo e la trasparenza dell'organo è tanto più diminuita quanto è più alto il grado della sua compressione. Quando invece il pnt. non è totale per l'esistenza di aderenze il gas assume configurazione varia e così pure il polmone collassato. Altri segni da ricercarsi sono: lo spostamento del mediastino verso il lato sano, l'abbassamento e lo spostamento

della cupola diaframmatica, ecc. In radioscopia si può inoltre osservare un fenomeno interessante chiamato *respiro paradosso* di Kiemböck: nel lato in cui esiste il pnt. durante l'inspirazione si ha un innalzamento del diaframma mentre nel lato sano si ha un abbassamento come di norma (movimento di altalena); pure durante l'inspirazione il mediastino si sposta verso il lato del pnt. (movimento pendolare del mediastino).

diretto dell'attività respiratoria del diaframma era il fenomeno di Litten che però è riscontrabile solo in soggetti magri, a parete toracica sottile, in opportune condizioni e il cui significato semeiologico ha un valore tutt'altro che assoluto. Infatti mentre la presenza del fenomeno di Litten è indice sicuro dell'attività del diaframma, la sua assenza da uno o da entrambi i lati non ne denuncia la inattività potendo mancare

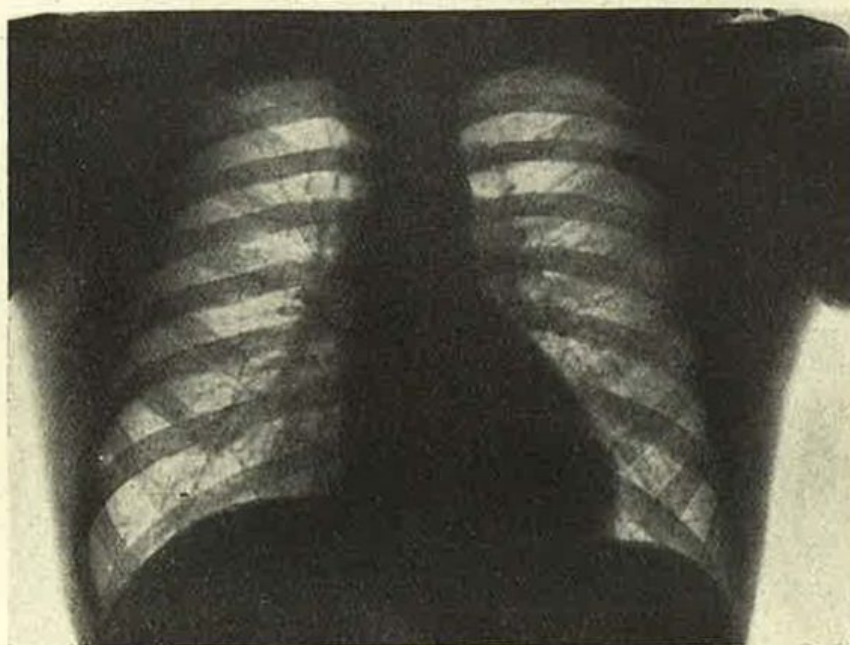


Fig. 4. — *Diaframma normale.*

* * *

In intima correlazione fisiopatologica con la pleura e col polmone viene a trovarsi il più potente muscolo della respirazione, il diaframma (fig. 4); per tale motivo lo studio di questo importante organo non può essere assolutamente disgiunto dal rilievo delle condizioni pleuropolmonari.

Prima della scoperta dei raggi X i metodi di indagine forniti dalla semeiotica comune non servivano quasi affatto allo studio del diaframma, sottraendosi questo muscolo all'esame clinico per la sua situazione profonda. Unico segno

anche in individui perfettamente sani. Con la scoperta dei raggi X si è venuta a creare una semeiotica particolare di questo muscolo così importante per la funzione respiratoria e circolatoria, tanto che oggi un esame radiologico del torace non può e non deve trascurare lo studio del diaframma. Difatti, per i già menzionati rapporti di varia natura esistenti tra pleura e diaframma, è naturale come le alterazioni di quella sierosa abbiano a ripercuotersi su questo muscolo e come esso faccia spesso volte da spia alle condizioni cliniche pleuropolmonari. Ne deriva quindi di necessità che in Assicurazione Vita lo

studio radiologico del diaframma riveste una grandissima importanza dovendosi inserire i dati ricavati dall'esame di esso nel giudizio complessivo sullo stato di integrità o meno dell'apparato respiratorio.

Nell'esame radiologico del diaframma — contrariamente a quanto abbiamo visto nello studio del polmone e della pleura — la parte preponderante spetta alla radioscopia, fornendoci questa ricerca preziose informazioni riguardo alla funzionalità dell'organo; tuttavia la radiografia conserva il suo valore per l'esame di dettaglio contribuendo a lumeggiare i dati ricavati dall'osservazione del soggetto sotto lo schermo fluorescente.

I caratteri su cui si deve concentrare la propria attenzione sono tre: sede, forma, mobilità. Procederò con ordine soffermandomi solo sui reperti che possono interessare il medico di assicurazione.

1° Sede. — La sede normale oscilla entro certi limiti in rapporto all'età, alla costituzione e al sesso. Il diaframma subisce un progressivo abbassamento con l'avanzare dell'età, e questo è un dato di cui va tenuto conto per non giudicare abbassato un diaframma che invece è normale. Nel vecchio il diaframma oltrechè abbassato si presenta spianato ed ha un'escursione respiratoria piuttosto limitata. Riguardo alla costituzione si deve tener presente che nei brachitipi, nei pletorici e negli obesi spesso il diaframma si presenta sollevato. Per la posizione alta del diaframma il cuore viene a presentare una configurazione a tipo aortico; perciò negli individui con tale disposizione diaframmatica spesso vengono erroneamente diagnosticati vizi di cuore, alterazioni dell'aorta e perfino aneurismi (Köhler). Ma le caratteristiche costituzionali del soggetto insieme

ai dati clinici e radiologici negativi per l'ingrandimento cardiaco da lesione valvolare eviteranno l'errore. Riguardo al sesso bisogna tenere presente che nella donna il diaframma è più alto che nell'uomo.

Nell'uomo adulto in proiezione D. V. e in posizione eretta la cupola diaframmatica raggiunge in eupnea a destra la 4^a costola, a sinistra la 5^a; nell'inspirazione forzata il punto più basso può raggiungere la 6^a-7^a costa e in taluni individui perfino il 7° spazio.

La situazione del diaframma può variare in condizioni morbose. Le cause patologiche più comuni che determinano un sollevamento di tutto il diaframma raramente dipendono da condizioni dell'apparato respiratorio (stenosi nei bronchi, nella trachea e nella laringe) o da condizioni del diaframma stesso (frenicoexeresi bilaterale); più frequentemente sono da riferirsi a condizioni anormali dell'addome; polisarcia notevole, meteorismo, ascite, tumori addominali voluminosi.

Un sollevamento della sola cupola diaframmatica di destra può essere attribuito a cirrosi polmonare da questo lato, frenico-exeresi D, collasso del polmone D da compressione od occlusione di un grosso bronco, ascesso subfrenico, tumore o cisti da echinococco del fegato. Un sollevamento della sola cupola diaframmatica di sinistra può essere attribuito a cirrosi pleuro-polmonare sinistra, frenicoexeresi S, collasso del polmone S da compressione od occlusione di un grosso bronco, ascesso subfrenico, aerofagia con aerogastria e aerocolia.

L'abbassamento bilaterale del diaframma si riscontra nell'enfisema polmonare, nell'asma bronchiale, nel versamento pleurico e nel pnt. bilaterale. E' stato descritto un abbassamento totale del diaframma nella rigidità della gabbia toracica da calcificazione delle car-

tilagini costali e nella ptosi grave dei visceri addominali.

Abbassamento unilaterale si osserva nel versamento e nel pnt. unilaterale.

2° *Forma.* — In condizioni normali, a soggetto in posizione eretta e con proiezione D. V. ciascuna cupola diaframmatica descrive un bell'arco convesso, a guisa di segmento di cerchio, a limiti netti. L'ampiezza degli angoli costodia-

bronchiale per cui la parte periferica muscolare del diaframma si porta più in basso del centro tendineo. Molte volte le curve sono multiple e allora dipendono da diversità di lunghezza e di inserzione dei singoli fasci muscolari che possono adattarsi ad analoghi solchi della faccia superiore del fegato. Ma oltrechè un reperto normale il rilievo di numerose curve al posto dell'unica curva diaframmatica può rappresentare un fenomeno

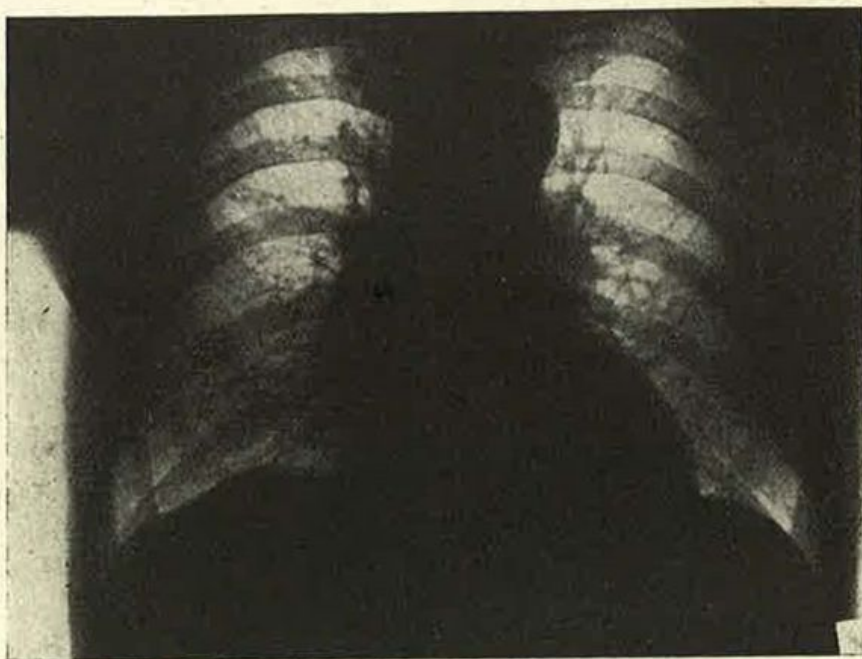


Fig. 5. — *Emidiaframma D. costituito da tre segmenti curvilinei, senza significato patologico.*

frammatici posti ai lati si mantiene pressochè invariata sia nell'inspirazione che nell'espiazione; se gli angoli costofrenici durante la inspirazione si allargano eccessivamente siamo di fronte ad un fatto patologico. La curva diaframmatica normalmente unica può talora presentarsi costituita da due o più curve a convessità rivolta verso l'alto, specialmente a destra (fig. 5). Questo aspetto ha dato luogo a varie interpretazioni. Quando compaiono due curve sole l'Assmann pensa che si tratti di un ostacolo al circolo dell'aria nell'albero

patologico: a carico del fegato (cisti da echinococco, noduli neoplastici, gomme, ascessi multipli della faccia superiore) per l'emidiaframma destro; a carico della milza o del rene per l'emidiaframma sinistro. In conclusione il fenomeno dell'interruzione del contorno di un emidiaframma in più segmenti curvilinei a convessità superiore il più delle volte sta a rappresentare un fatto del tutto normale, altre volte può avere significato patologico. La discriminazione, di enorme importanza in medicina assicurativa, si deve fare in base all'eventuale con-

comitanza di altri segni clinici e radiologici.

Un particolare aspetto della cupola diaframmatica è dato dalle aderenze basali, reperto molto frequente nelle visite di assunzione (figg. 6-7). Si è detto che il limite tra il contorno diaframmatico e il polmone è rappresentato da una linea netta: in caso di aderenze esso può mostrare una o più sporgenze appuntite

formarsi in questo modo adattandosi alla faccia inferiore del polmone. Comunque il reperto depone per un fatto patologico pregresso e va preso in seria considerazione ai fini del rischio assicurativo.

Altra alterazione di forma è data dall'appiattimento del diaframma: in tal caso bisogna pensare ad un enfisema (specie se concomitano anche l'abbassa-



Fig. 6. — *Cupola diaframmatica D. irregolare (aspetto a scalino) con obliterazione del seno corrispondente.*

più o meno grosse dirette verso l'alto o può apparire sfrangiato in tutta la sua estensione. Questi pinnacoli aderenziali si fanno di solito più evidenti nelle forti inspirazioni e quando sono numerosi costituiscono quello che Maingot chiamò « aspetto festonato ». Qualche volta questo aspetto sta a testimoniare non una aderenza basale pleurodiaframmatica ma una sclerosi del parenchima polmonare per cui il diaframma viene a de-

mento e la deficiente mobilità) o ad oblitterazione del seno costodiaframmatico a causa di aderenze che vengono a stirare il diaframma contro la parete costale. Bisogna tener presente che in proiezione sagittale si può osservare solo la parte più esterna dei seni costodiaframmatici; per esplorarli completamente è necessario in radioscopia far ruotare il paziente sul suo asse o farlo inclinare sui fianchi.

Tutte le altre modificazioni di forma sono più rare e non interessano la medicina assicurativa: così « il diaframma invertito » che si presenta concavo anzichè convesso verso l'alto e si deve a versamento voluminoso, pnt. ipertensivo ecc.; gli aspetti radiologici dell'ernia e dell'eventratio diaframmatica ecc.

3° — Terzo ed ultimo carattere da rilevare nello studio radiologico del dia-

sioni. Un'esagerazione della mobilità diaframmatica da entrambi i lati è stata descritta da Köhler e da altri AA. in casi (per lo più atrofia muscolare progressiva) in cui per l'insufficiente respirazione costale il diaframma entrava in funzione vicaria esagerando i suoi movimenti. Invece il rilievo di una maggiore ampiezza nelle escursioni respiratorie di una sola metà del diaframma deve far pensare alla esistenza di un'al-

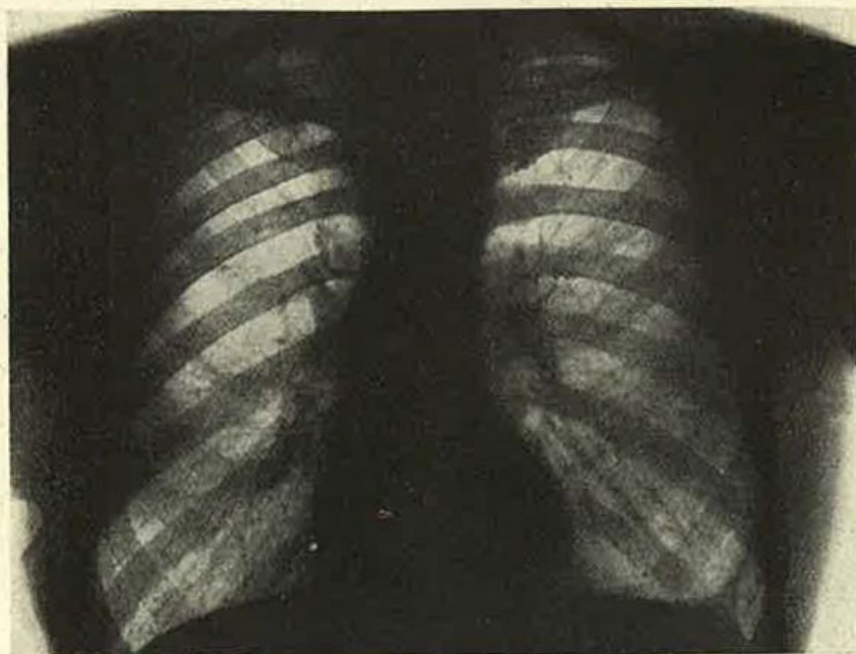


Fig. 7. — *Lassa aderenza pleurodiaframmatica sinistra.*

framma è la *mobilità*, la quale si osserva naturalmente solo con l'indagine radioscopica.

In condizioni normali la cupola diaframmatica da entrambi i lati subisce una escursione di 2 centimetri circa in eupnea, di 3-4 e più centimetri nella respirazione profonda. Meno ricercata in pratica è la mobilità passiva: in posizione assisa il diaframma per la pressione esercitata su di esso dai muscoli addominali, subisce un innalzamento variabile da 3 a 6 centimetri rispetto alla stazione eretta. Le alterazioni della mobilità attiva del diaframma quasi sempre consistono in diminuzioni delle escursioni

terazione a carico dell'emidiaframma del lato opposto, poichè non può mai osservarsi un'iperattività patologica di un emidiaframma. La diminuzione monolaterale della mobilità (segno di Williams) può essere dovuta ad aderenze pleuriche, a pleurite secca o essudativa, a pneumotorace, a frenicoexeresi monolaterale ecc. Talvolta — e questo è un fatto molto importante — nessuna di queste condizioni è dimostrabile nemmeno con l'esame clinico e radiografico: in questi casi qualche Autore ha parlato di diminuita capacità respiratoria del polmone e ha creduto ricavarne un segno precoce di lesione tubercolare, altri AA.

hanno pensato come Holz knecht a diminuzione dell'elasticità polmonare, altri infine hanno attribuito il fenomeno a riflessi visceromotori (Piccinino) dato che è stato riscontrato anche in affezioni acute della base del polmone e della pleura corrispondente. Considerata la molteplicità delle cause a cui il fenomeno è stato attribuito esso perde molto valore nel giudizio di tbc. iniziale tanto più che può dipendere da fattori estranei all'apparato respiratorio e che possono risiedere persino nell'addome (appendicite, colecistite, colelitiasi ecc.).

Una diminuzione bilaterale della mobilità — normale nell'età senile e nell'abitoastenico — si osserva nell'enfisema, nell'asma, nell'insufficienza respiratoria, nell'enteroptosi, nefroptosi ecc. Quando l'ipocinesi respiratoria è limitata alla sola porzione mediale del diaframma è da prendersi in considerazione l'eventuale esistenza di aderenze pericardiche.

Infine una particolare alterazione della motilità diaframmatica si ha nel già descritto fenomeno di Kienböck riscontrabile, oltrechè nel pneumotorace, anche nella frenicoexeresi, nell'ernia e nell'eventratio diaframmatica, nella stenosi bronchiale alta ecc.

Ho cercato di esporre in forma molto succinta le principali caratteristiche radiologiche nelle alterazioni morbose della pleura e del diaframma che maggiormente interessano la Medicina di Assicurazione Vita. Soprattutto ho creduto di soffermarmi su certi reperti di particolare interesse nel nostro ramo che — posti al limite tra il normale e il

patologico e soggetti ancora a svariate interpretazioni — potrebbero fuorviare il giudizio dell'osservatore quando questi non li tenesse presenti al momento opportuno e non ne valutasse con criterio la reale portata.

Da quanto è stato detto appare chiaramente che anche nello studio della pleura e del diaframma in relazione alla Medicina Assicurativa l'indagine radiologica rappresenta senza dubbio uno strumento diagnostico non trascurabile che può prestare preziosi servizi se lo si adopera con sano discernimento ma che potrebbe rendersi responsabile di gravi danni qualora la ricerca non fosse applicata con severità di metodo o quando presumesse di oltrepassare i limiti che le sono imposti.

Perciò in questo come in tutti gli altri campi il giudizio definitivo deve scaturire dalla rigorosa valutazione complessiva di tutti gli elementi ricavati dai vari metodi di esame tra cui — è doveroso riconoscerlo — la ricerca radiologica ha importanza notevole ma non preponderante nè tanto meno esclusiva.

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.

HAENISCH, *Elementi di radiologia*. Soc. Editrice Libreria, 1936.

KOHLER, *Limiti del normale e inizi del patologico in Roentgen-diagnostica*. Sperling e Kupfer, 1932.

VIOLA, *Trattato di Semeiotica*. Vallardi, 1933.

Varie**La politica sanitaria dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni**

*Radioconversazione tenuta dal Cav. Gr. Cr. Dott. IGNAZIO GIORDANI
all' « Eiar » di Roma il 17 marzo alle ore 22*

Notizie recenti ci informano che il governo giapponese ha deciso di istituire prossimamente nelle varie regioni dello Stato i Consultori di igiene ed i Consultori di Medicina preventiva. E' bene che si sappia che queste istituzioni sono già in vigore in Italia da parecchi anni per iniziativa dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni. Infatti nel febbraio 1935 fu inaugurato in Torino il primo Centro Sanitario regionale per il Piemonte; seguirono poi quello di Padova per il Veneto, di Messina per la Sicilia e la Calabria, di Bolzano per la Venezia Tridentina, di Milano per la Lombardia, di Ancona per le Marche e la Dalmazia, di Cagliari per la Sardegna. Sarà inaugurato prossimamente quello di Napoli per la Campania, e alla fine della stagione delle piogge sarà in funzione anche il primo Centro Sanitario nell'Impero italiano di Etiopia con sede in Addis-Abeba.

Questi Centri Sanitari sono retti da medici assunti per concorso per titoli ed esami e sono attrezzati in modo che la visita clinica dell'assicurando possa essere corroborata da tutte le ricerche di laboratorio, da quelle più comuni a quelle più fini e più moderne che si adoperano in clinica. Infatti quei laboratori sono attrezzati per eseguire oltre che gli esami delle urine e dell'espettorato anche esami di sangue per la determinazione dell'urea o del glucosio o dell'acido urico nel sangue, per le sierodiagnosi (Wassermann, Meinicke, Kahn), per le ricerche radiologiche sul torace,

per la misurazione della pressione arteriosa e per le ricerche elettrocardiografiche: in una parola sono modernamente attrezzati per rispondere a tutte le esigenze della clinica.

Medici dei Centri sanitari tengono gratuitamente nel capoluogo e nelle città importanti della regione i Consultori di Medicina preventiva, quello di igiene e quello per la idoneità alla vita coloniale.

Nel Consultorio di Medicina preventiva il medico ha il compito di ricercare le eventuali disposizioni morbose della famiglia cui l'assicurato appartiene, le disposizioni morbose acquisite per le malattie sofferte, le eventuali turbe funzionali in atto e le abitudini antigieniche e dannose eventualmente contratte.

Coloro i quali non volessero sottoporsi alla visita dei medici dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, possono ottenere, se hanno polizze per capitali superiori a L. 20.000 un buono di visita medica gratuita ogni due anni dalla stessa Agenzia presso la quale vengono corrisposti i premi.

Per accordi intervenuti con il Sindacato Nazionale dei Medici, l'assicurato può scegliere il medico di cui ha fiducia nell'elenco fornito dal Sindacato e per evitare diffidenze, si è convenuto che il sanitario è tenuto al segreto professionale anche verso l'Istituto.

Alcuni sono contrari a sottoporsi al collaudo periodico della salute o finché si sentono bene ritengono superfluo ricorrere al medico o perchè temono di

perdere la serenità qualora il medico dovesse riscontrare qualche alterazione morbosa.

Hanno torto gli uni e gli altri.

Ai primi potremmo opporre che molti casi di glicosuria, di albuminuria, di ipertensione arteriosa ecc. sono stati messi in evidenza in occasione di visite mediche per un contratto di assicurazione.

Ai secondi facciamo notare che è più saggio prevenire e conoscere tempestivamente qualsiasi alterazione morbosa anzichè ricorrere al medico quando forse è troppo tardi.

Il Consultorio di Igiene è aperto in qualunque tempo a tutti comunque assicurati per dare consigli circa l'igiene dell'alimentazione, quella del vestiario, ecc.: in una parola circa l'igiene della persona, l'igiene della famiglia, l'igiene del lavoro, ecc. e norme per la prevenzione delle malattie infettive.

Al Consultorio per la idoneità alla vita coloniale possono rivolgersi per avere un consiglio circa la loro idoneità fisica tutti gli assicurati che abbiano in animo di portare la loro attività nelle Colonie della Patria.

L'Istituto esplicando questa azione nel campo della Medicina preventiva ha evitato duplicati e dispersioni di energie e non turba neanche interessi di classi

o di privati poichè facendo propaganda per il controllo della salute porta un contributo a favore delle classi sanitarie.

Con i Centri Sanitari, i Consultori, le pubblicazioni di Medicina preventiva, la concessione di prestiti senza interesse a coloro che devono sottoporsi ad operazioni chirurgiche, le facilitazioni presso i principali Stabilimenti termali di Italia e presso i medici specialisti e le Case di Cura, l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni va sviluppando il programma di assistenza sanitaria iniziato nella primavera del 1930 e che ha per fine il prolungamento della vita dei propri assicurati nelle migliori condizioni di salute.

La politica sanitaria di questo Ente comprende oltre l'azione svolta a favore dei singoli, quella svolta a favore di tutta la popolazione generale con l'investimento dei propri capitali in opere di bonifica, nella costruzione di case, acquedotti, ecc. che servono a dare un maggiore benessere a tutta la popolazione.

E' chiaro che l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni con la sua politica sanitaria si è prefisso di collaborare con lo Stato per l'elevamento morale e materiale dell'Italia nostra che desideriamo sempre più grande e potente nel mondo.

Dai Libri e dai Periodici

L'eredità tubercolare.

In questo lavoro comparso nel n. 1 del 1938 di « Tubercolosi », il Dr. A. Tavella tratta in linea generale le numerose teorie intorno al problema dell'eredità tubercolare. L'A. differenziando i due concetti di tbc. ereditaria e tbc. congenita, dice che a rigor di termine, dal punto di vista biologico, nemmeno l'eredità germinale è una vera eredità.

Spiega come avvenga attraverso la via ema-

tica il passaggio nella placenta del b. di Koch e riferisce che molti ricercatori, dagli esami microscopici di placenta tagliati in serie, hanno rilevato lesioni tbc. più frequentemente di quel che non si crede. La dimostrazione dell'ultravirus tbc., il quale sarebbe la fase invisibile del ciclo di sviluppo del b. di Koch, ha modificato tutto il piano di organizzazione della lotta e della profilassi antitubercolare.

Le esperienze di vari AA. condotte sugli animali da esperimento, inoculati con virus

filtrabile tbc., dimostrano, nelle sezioni microscopiche dei gangli ingrossati, la presenza di tipici bacilli acido-resistenti, come pure il passaggio del virus filtrabile attraverso la placenta umana.

La scarsa mortalità dei feti di madri tubercolotiche, sarebbe da mettersi in rapporto con la labilità del virus e alla sua estinzione dopo poco tempo dalla nascita.

Nell'eredità materna non viene dimenticata l'azione degli anticorpi. Se negli animali che hanno superato la infezione da ultravirus si riscontrano delle minime lesioni organiche che solo il microscopio può rivelare, per analogia tali lesioni devono esistere nei bambini eredito-tubercolotici.

Gli antichi, riguardo all'eredità di terreno, davano molta importanza al tipo etico, poi si negò ogni forma di eredità. C'è chi considera l'abito tisico come una conseguenza dell'infezione tbc.

In conclusione, la soluzione vera del problema per ora non esiste nè si può prevedere. Certo è che il fattore eredità ha molta importanza nella tbc.; così pure il terreno, senza escludere l'importanza del contagio e dell'ambiente.

Ve.

La tubercolosi coniugale.

Sebbene questo argomento sia stato oggetto di precedenti studi leggiamo con interesse questa ricerca clinico-statistica comparsa in *Riforma Medica* (1938, n. 7).

Il lavoro dovuto al Prof. Sanguigno dell'Istituto di Fisiologia di Napoli è la più ampia indagine finora eseguita in Italia. L'A. ricorda come, nella letteratura, le percentuali di contagio verificatesi siano risultate, a seconda degli autori molto variabili. Così mentre Brehmer l'avrebbe accertata nel 12 % dei casi, il De La Campe la fa ascendere al 35 %; invece Thom nella sua statistica la limita al 3 % come Fishberg.

Le coppie prese in esame dal Sanguigno vennero osservate al Centro diagnostico dell'I.N.F.P.S. di Napoli e quindi esse erano di condizione modesta cioè operai e piccoli impiegati. Egli ha riscontrato la tubercolosi solo 87 volte nell'altro coniuge, cioè nell'8,27 %. Inoltre l'A ha potuto accertare che in due soggetti coniugi presunti contagiati la malattia preesisteva ed in altri 33 l'anamnesi personale, od il gentilizio, presentavano una tara tubercolare; il che non ci permette di escludere in questi casi un processo di superinfezione endogena.

Dalla statistica dell'A. risulta che il contagio familiare colpisce assai più spesso la donna che vive in casa e presenta una minor resistenza per le funzioni femminili (gravidezza, puerperio, ecc.). Infatti mentre il contagio fu dovuto all'uomo nel 50 % dei casi, quello femminile è stato riscontrato nell'11 % ed infine di origine dubbia è risultato nel rimanente 39 %.

St.

La prognosi della pleurite essudativa.

Su questo argomento troviamo nella « *Revue des journaux* » della *Presse Méd.* (1938, n. 4) una recensione di un articolo dovuto a S. Kalner e comparso in « *Acta Medica Scandinava* » t. 92, n. 6, 1937.

Dall'esame di 690 pleuriti essudative idiopatiche riesaminate dopo la malattia in varie epoche, che variano da 1 a 20 anni, risulta che la t.b.c. polmonare quasi sempre si manifesta entro i primi 5-6 anni della affezione pleurica. Ciò conferma quanto altri AA. hanno riscontrato prendendo in esame le anamnesi dei tubercolotici; oltre 20 anni fa Romanelli era giunto alle stesse conclusioni sulle successioni morbose della pleurite (« *Policlinico* », Sez. Pratica, 1916, n. 7).

Kalner trova che la morbosità totale consecutiva alla pleurite può aggirarsi all'incirca sul 39 % degli ammalati, di questi il 22 % sono terminati con la morte.

Aggravano la prognosi del caso la t.b.c. in famiglia e la costituzione con sottopeso; i versamenti limitati, al contrario, permettono di fare una prognosi molto migliore.

St.

La sciatica.

Troppo frequentemente capita nella pratica medica quotidiana l'occasione di riscontrare delle sciatiche perchè non si scorra con interesse uno studio dedicato a questa sindrome nervosa. Il Dott. Bertoli, fiduciario delle Casse Mutue Malattie dell'Industria di Milano, pubblica una monografia che tratta completamente l'argomento sia dal punto di vista clinico che terapeutico.

Dopo avere esposto la sintomatologia soggettiva ed obiettiva delle sciatiche cosiddette idiopatiche, l'A tratta dell'esame neurologico e della localizzazione clinico-anatomica di questa malattia. Al capitolo delle sciatiche sintomatiche ne segue uno che tratta delle numerose affezioni che possono simulare questa sindrome e che, con termine poco felice, vengono dette pseudo-sciatiche. L'importanza che ha l'etiologia nella sciatica essenziale è rico-

nosciuta dal Bertoli che tratta questi fattori in un capitolo a parte.

Nella parte che tratta della terapia l'A. ha dato giustamente un notevole sviluppo alla terapia fisica che costituisce un valido ausilio a quella farmacologica troppo spesso deficiente. Alcune illustrazioni completano lo studio del Bertoli. St.

Relazione medico-statistica del R. Esercito.

E' uscito per i tipi del Poligrafico dello Stato un volume di oltre 400 pagine, arricchito da tavole e da diagrammi dimostrativi. In essa sono dettagliatamente riportate le condizioni sanitarie del R. Esercito, negli anni 1933-34.

Se è interessante conoscere la distribuzione della mortalità dei militari di truppa, i dati che riguardano la morbosità offrono un pregio anche maggiore; perchè si riferiscono alla maggiore comunità esistente nella Nazione. Inoltre la omogeneità della popolazione considerata fa assumere un carattere proprio e costante a queste ricerche di notevole interesse sociale. Nei diagrammi le cifre sono state riportate a 100.000 presenti e raffrontate all'andamento della stessa malattia nella popolazione civile.

Il maggior interesse è dato dalle malattie infettive che richiedono un largo tributo ai giovani, ma anche le altre malattie riferite saranno utili al medico sociale, cui ben raramente è data la possibilità di conoscere la distribuzione della morbosità. Tale parte, che è la più sviluppata, riuscirà preziosa anche agli studiosi della Medicina Assicurativa assistenziale.

In appendice al volume sono riportate le operazioni chirurgiche eseguite presso gli Ospedali militari, esse dimostrano la fervida e proficua operosità del Corpo di Sanità Militare anche in tempo di pace. St.

Memorie sulle assicurazioni popolari.

A cura del Comitato Veneto per la propaganda delle Assicurazioni Popolari è stato pubblicato un volume in cui sono raccolte le migliori memorie presentate al concorso bandito dal Comitato stesso per una maggiore diffusione di tali forme assicurative.

Sul primo tema che tratta dell'organizzazione in ordine alle varie fonti di produzione specie per quanto si riferisce al compito produttivo vero e proprio vengono riportati i lavori dei seguenti Agenti Generali od Ispettori di produzione: Dr. G. Dal Negro, R. Marini, P. Rosa, Dr. A. Marini, Dr. R. Pagani, L.

Amorosi, E. Petruolo, e del Dr. A. Spilimbergo.

Sul secondo tema che tratta dei modi ritenuti più efficaci e idonei da parte degli insegnanti per la diffusione delle A. P. nelle scuole medie e in quelle primarie sono raccolti i lavori di sei insegnanti elementari e del Prof. P. Bonometto.

Infine sul terzo tema che riguarda l'organizzazione per la polizza XXI Aprile, riservato ai dirigenti e funzionari sindacali, vengono riportate sette memorie compilate da segretari o funzionari di varie Unioni Provinciali Fasciste Lavoratori dell'Industria o del Commercio.

Ci congratuliamo con il Comitato Veneto per il felice esito di tale concorso che certamente contribuirà allo scopo divulgativo che si era proposto. St.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

Dott. MARIO MATTIOLI, *Azione della tubercolina irradiata con ultravioletti sulla evoluzione della tubercolosi sperimentale.* — Estr. dal « Morgagni », n. 47, 1934.

L'A. ha studiato l'azione della tubercolina irradiata con ultravioletti sull'evoluzione della tubercolosi sperimentale. La sua azione in quanto a tempo di sopravvivenza e diffusione delle lesioni è uguale a quella esplicita dalla tubercolina non irradiata.

IDEM, *Osservazioni cliniche e sperimentali sui testi d'imbibizione in rapporto alle sindromi diabetiche ed agli effetti dell'insulina.* — Estr. dal « Morgagni », 1933.

L'A. ha studiato in quindici diabetici il comportamento del testo di imbibizione prima e dopo la cura insulinica ed ha trovato che il siero di sangue dei diabetici, toglie meno acqua al muscolo di rana del siero di sangue di individui normali.

IDEM, *L'elettrocardiogramma nella sindrome di Addison.* — Estr. dal periodico « Cuore e Circolazione », 1937.

Dallo studio di 10 pazienti con sindrome di Addison risulta che nell'elettrocardiogramma i fenomeni più costanti sono le anomalie della P e della T; è ben dimostrabile un'azione tossica dell'iposurrenalismo sia sul miocardio sia sull'apparato sinusale.

IDEM, *Azione dell'insulina.* — Estr. dalla « Rassegna di Terapia e Patologia Clinica », n. 5, 1930.

In un caso di osteomalacia complicato a diabete di genesi luetica (in una donna di 58 anni)

la somministrazione di insulina ha prodotto un aumento della eliminazione calcica.

IDEM, *Studio dell'attività muscolare in un diabetico trattato con l'insulina.* — Estr. dallo « Studium », n. 11, 1930.

L'insulina in un diabetico affetto da grave forma consuntiva, ha favorito l'attività muscolare.

IDEM, *Il calcio nell'organismo umano.* — Estr. dalla « Rassegna di Terapia e Patologia Clinica », n. 3, 1930.

Il Ca. ha azione cardiotonica, neuratonica, diuretica e sulla coagulazione del sangue. La sua importanza è considerevole nelle alterazioni dello scheletro: l'insufficienza di deposito porta all'osteoporosi, l'insufficienza dell'utilizzazione al rachitismo ed all'osteomalacia.

IDEM, *Azione del chinino sul metabolismo basale.* — Estr. dalla « Rassegna di Terapia e Patologia Clinica », n. 1, 1931.

Il chinino dato alla dose di 1 gr., su 12 casi studiati ha diminuito il metabolismo basale in 10 e l'ha aumentato negli altri due. Può quindi affermarsi che il chinino, abbassa il metabolismo basale.

IDEM, *Ricerche sull'azione antirachitica della radiosterina (Erba) e dell'olio di fegato di merluzzo.* — Estr. dal « Bollettino della Soc. Italiana di Biologia Sperimentale », n. 1, 1931.

Da quanto viene riportato, risulta che 1 goccia *pro die* di una soluzione di una goccia di Radiosterina in 75 gocce di olio di olive, è sufficiente a preservare ratti del peso di gr. 67 a 75 dai fenomeni del rachitismo sperimentale, mentre una soluzione al centesimo non è sufficiente perchè uno degli animali è morto e l'altro presenta indubbi segni di rachitide.

IDEM, *Aspetti morfologici degli organi a secrezione interna, sotto l'influenza di forti ed improvvise iperglicemie.* — Estr. dal « Morgagni », n. 27, 1932.

L'A. ha studiato l'effetto di rapide ed improvvise iperglicemie ed ha riscontrato nel pancreas aumento e numero di volume degli isolotti di Langherans e compromissione della parte esocrina, nelle paratiroidi di forte iperplasia, nell'ipofisi enorme aumento delle cellule eosinofile, nel surrene forte iperplasia della zona corticale, nella tiroide scarse alterazioni.

IDEM, *Sul supposto antagonismo tra tiroxina e vitamina C. Azione delle due sostanze sul*

metabolismo basale. — Estr. dalla rivista di « Patologia Sperimentale », n. 5-6, ottobre-dicembre 1937.

L'A. ha studiato in sei soggetti normali il metabolismo basale sotto l'azione della tiroxina e della tiroxina più vitamina C. Per quanto riguarda il metabolismo basale non risulta un antagonismo tra le due sostanze.

IDEM, *Studio sul tracciato elettrocardiografico negli stati di acidosi ed alcalosi sperimentali.* — Estr. da « Folia Medica », n. 8, 1937.

L'A. ha studiato sperimentalmente sul coniglio l'azione degli stati acidosi provocati con acetone, cloruro di ammonio ed acido cloridrico e di alcalosi con bicarbonato di sodio sul tracciato elettrocardiografico. Queste variazioni almeno che non si raggiungano cifre notevolissime del ph in un senso o nell'altro sono minime e di scarsa importanza.

IDEM, *Effetti della tuberculina sottoposta alla azione del radio sugli animali tuberculizzati.* — Estr. dal n. 13, 1936.

L'A. ha studiato l'azione della tuberculina sottoposta all'azione del radium in cavie rese tuberculotiche. La sua azione è essenzialmente uguale a quella dimostrata dallo stesso A. per la tuberculina irradiata con gli ultravioletti; il radium attenua ma non elimina le proprietà che ne rendono pericoloso l'uso negli organismi tuberculotici.

IDEM, *Su di un caso di cirrosi epatica con ittero emolitico congenito.* — Estr. dalla « Riforma Medica », 1937.

L'A. riporta la storia clinica e l'esame necroscopico, di un caso di cirrosi epatica comparsa in un paziente affetto da sindrome emolitica congenita.

Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari

Dr. ROLLANDINI Candido, Cocconato (Asti).
Dr. BERNABEI Oddo, Lastra a Signa (Firenze).

Dr. ZUMANO Nicola, Casabona (Cosenza).
Dr. ROMITI Giuseppe, Ponte Buggianese (Lucca).

Dr. CHIEFFO Pietro, Candela (Foggia).
Dr. VANNELLA Francesco, Modica (Siracusa).
Prof. RICCI Romeo, Viterbo (Viterbo).

Dr. SAVIGNONI Bey, Cairo (Egitto).
Dr. SIAMIDES Andrée, Mausourach (Egitto).
Dr. BIBILI Sotir Jovan, Koritza (Albania).

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

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