

# L'ASSISTENZA

# SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO  
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno VII  
Numero 3  
15 giugno  
1938 - XVI  
Spedizione in abbonamento postale - Roma

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



Corporate Heritage  
& Historical Archive

# La "Polizza del Rurale", dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, procedendo nello sviluppo e nel perfezionamento tecnico delle sue forme assicurative, aveva già da tempo dimostrato di aver presenti le particolari necessità dei lavoratori dell'agricoltura; ma ora, affiancando lo sforzo gigantesco del Governo Fascista inteso a potenziare sempre più il lavoro agricolo, ha voluto penetrare più intimamente nella vita dell'agricoltore, offrendogli una tutela anche contro le calamità e le avversità atmosferiche che contrastano e turbano la sua paziente fatica, come purtroppo dimostra anche l'esperienza dell'annata in corso. Ha così creato

## LA "POLIZZA DEL RURALE",

CHE HA OTTENUTO RECENTEMENTE L'ALTA APPROVAZIONE DEL DUCE.

Il grado di liberalità e di perfezione raggiunto dalle prestazioni di carattere assicurativo e sociale della « Polizza XXI Aprile », che si rivolge in modo particolare ai lavoratori dell'industria e del commercio, ai salariati dell'agricoltura, ai piccoli impiegati ed artigiani, si rispecchia nella nuova « Polizza del Rurale », la quale si indirizza ai piccoli proprietari agricoli, ai coltivatori diretti, ai mezzadri, coloni e partecipanti. Più di qualunque discorso, giova a illustrare la nuova

## Polizza del Rurale

la semplice elencazione delle clausole più importanti che la caratterizzano:

1) **SOSPENSIONE PER UN ANNO AL MASSIMO DEL PAGAMENTO DEL PREMIO**, purchè la polizza sia in vigore da almeno diciotto mesi, qualora, per calamità o avversità atmosferiche, la quantità di uno dei prodotti più importanti dell'Azienda agricola, alla quale l'assicurato appartiene, risulti, per dichiarazione del Capo del R. Ispettorato Provinciale Agrario, ridotta almeno del 50 % rispetto alla quantità media normale.

Tale concessione è rinnovabile.

2) **LIQUIDAZIONE IMMEDIATA DI UN QUARTO DEL CAPITALE**, purchè la polizza sia in vigore da almeno tre anni, fermi restando tutti gli obblighi contrattuali per la parte di capitale che rimane in vigore, qualora, per calamità o avversità atmosferiche, il complesso globale di tutti i prodotti più importanti dell'Azienda agricola, alla quale l'assicurato appartiene, risulti, per dichiarazione del Capo del R. Ispettorato Provinciale Agrario, ridotto almeno del 60 % rispetto alla media conseguita nella zona nell'ultimo quinquennio.

Tale facilitazione può essere concessa una sola volta per ciascun contratto.

3) **ESONERO DEFINITIVO DALL'OBBLIGO DEL PAGAMENTO DEL PREMIO**, fermi restando per l'Istituto tutti gli impegni derivanti dalla polizza, purchè questa sia in vigore da almeno tre anni, qualora l'Azienda agricola, alla quale l'assicurato appartiene, abbia ottenuto il primo premio nel **CONCORSO ANNUALE PROVINCIALE DEL GRANO E DELL'AZIENDA AGRARIA O IN QUELLO DEL GRANOTURCO OPPURE IN QUELLO DELLA FONDAZIONE NAZIONALE DEI FEDELI ALLA TERRA « ARNALDO MUSSOLINI »**.

## Lavoratori agricoli !

La nuova polizza che vi offre l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni è perfetta e integrale e non trova riscontro nemmeno presso le Nazioni maggiormente progredite nel campo assicurativo. Essa tutela la vostra vecchiaia, mette al riparo da ogni grave rischio la vostra famiglia, vi protegge e vi aiuta praticamente contro il vostro maggior nemico: le avversità e le calamità. Richiedetela senza esitare!

---

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

---

# L'ASSISTENZA SANITARIA

## AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

---

REDAZIONE ED AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI  
ROMA - V a Sallustiana, 51 - ROMA

---

### PARTE UFFICIALE

## NUOVE PROVVIDENZE SANITARIE

a favore degli ASSICURATI dell'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

### Nuovi consultori gratuiti per gli assicurati:

CHIVASSO (Torino) - presso l'Agenzia Principale - Via Torino, 92.

### Di prossima istituzione

Consultorio di PERUGIA, presso l'Agenzia Generale - Piazza Vittorio Emanuele, 1.

ivi funzioneranno:

- 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.*

Nel prossimo mese entrerà in funzione il *Centro di Assistenza Sanitaria* in NAPOLI.

### Facilitazioni presso gli Stabilimenti Termali:

POZZUOLI (Napoli) - « Terme Puteolane » indicate per le malattie reumatiche, artritiche e del ricambio. Riduzione del 25% sulle tariffe in vigore.

# 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 (Modello 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 Coò*; Consigli d'Igiene e di medicina preventiva.

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

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

## CENTRI E CONSULTORI

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

(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.

**Biella** (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Via Arnolfo, 20, 1° e 3° lunedì del mese.

**Chivasso** (Consultorio), presso l'Agenzia Principale, Via Torino, 96, 2° e 4° 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.

**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, tutti i 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.

*Cunicatti*: 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. Cairolì - Dr. L. PENNESI, V. Trivio; Dr. A. TASSONI.

#### Otorinolaringoiatri

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

### ASTI

#### Odontoiatri

*Asti*: Dr. A. DEGIAN - 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.

*Bressanone:* Dr. M. Reis, V. Ponte Aquila, 1.

*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 Acciaiuoli, 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. Alferi, 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. CHIERICI.

### 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

*Magenta*: Dr. R. Russitano.

*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. SILLINGARDI, 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. Villaermosa, 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. CARMI, V. San Biagio, 1.

**Otorinolaringoiatri**

*Parma*: Prof. Dr. F. LASAGNA, Piazzale Cervi, 17 - Prof. Dr. U. TASSI, V. XXI 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. STOCO.

**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.

#### Otorinolaringoiatri

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. PAGGI, V. Paleocapa, 3 - Dr. G. VEIRANA, V. Guidobono, 30.

#### Otorinolaringoiatri

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

#### SIENA

##### Odontoiatri

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

#### Otorinolaringoiatri

Siena: 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. TOMMASSINELLI, 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. ZANNINI.

Oculisti

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

Otorinolaringoiatri

*Trento*: Dr. Cav. T. BANFICHI, 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. PETTERINO, 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.

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

### **Case specializzate per malattie polmonari:**

#### MIAZZINA (NOVARA)

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

#### SONDRIO

Primo Sanatorio *A. Zubiani* in Pineta di Sortenna: riduzione del 10 %, 20 %, 30 % sulle tariffe in vigore, fino al 14-7-1938.

### **Case specializzate in ostetricia e ginecologia:**

#### BARI

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

#### CAGLIARI

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

#### ROMA

Guardia Ostetrica Permanente « Ernesto Pestalozza »: riduzione del 50 %, 30 %, e 20 % sulle tariffe in vigore.

### **Case per cure otorinolaringoiatriche:**

#### ROMA

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

#### TREVISO

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

### **Case specializzate per malattie nervose:**

#### PADOVA

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

### **Case per cure chirurgiche:**

#### CAGLIARI

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

#### 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

Ospedale *Benito Mussolini* dell'I.N.F.A.I.L., riduzione del 20 % per la I<sup>a</sup> e II<sup>a</sup> Classe e del 10 % per la III<sup>a</sup> classe, sia per le rette che per gli onorari; sono escluse le spese per riscaldamento e bagni.

Casa di salute *La Policlinica*, Piazza Umberto I, 9, *Villa Rosa*, Via Castiglione, 103, *Villa Verde*, Via S. Mamolo, 45: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

**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, Piazza Gentile da Fabriano, 7 (Lungotevere Flaminio): visita completa gratuita una volta l'anno agli assicurati con polizza popolare, e beneficio gratuito in ogni tempo delle varie prestazioni del Policlinico.

— Clinica Odontoiatrica R. Università: riduzione 20 % sulle tariffe in vigore. Guardia Ostetrica Permanente « Ernesto Pestalozza »: riduzione del 50 %, 30 %, 20 % sulle tariffe in vigore.

**S. PELLEGRINO TERM. (BERGAMO)**

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

**TORINO**

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

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

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

**TRIESTE**

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

**VARESE**

Clinica privata *La Quietè*: 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 utili per affetti da artrite cronica - tubercolosi ossea - eczemi - reumatismi cronici e secondari - malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc.

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

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

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

#### 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 magnesiate radioattive, utili per affetti da stitichezza - epatopatie croniche - colecistiti.

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

#### CALITEA (RODI EGEO)

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

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

#### CARAMANICO (PESCARA)

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

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

#### CHIANCIANO (SIENA)

Acque bicarbonato - solfato - calcico - magnesiate 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.

Tattamento 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 salsobromidiche, utili per affetti da artrite - tubercolosi ossea - eczemi - nevriti - reumatismi cronici e secondari - malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc.

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

#### FIUGGI (FROSINONE)

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

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

A Fiuggi è stato istituito un ufficio di rappresentanza e propaganda che ha la sua sede 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 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 del 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 del 20 % 1ª classe; 15 % 2ª e 3ª classe, sull'importo della pensione, cure, visita medica, ammissione e tassa soggiorno.

### PORRETTA (BOLOGNA)

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

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

### POZZUOLI (NAPOLI)

Stabilimento « Terme Puteolane ». Acque clorurato-bicarbonato-sodiche. Per le forme reumatiche ed artriche, malattie del ricambio, scrofolosi, postumi di traumi e di infezioni croniche. Fanghi contenenti silici, sali di calcio, ferro e notevolmente radioattivi, utili per forme reumatiche, artritiche, nevralgie, postumi di fratture.

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

### 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 praticano sconti ai nostri assicurati.

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 del 30 % sulle tariffe in vigore 1ª classe, e 50 % 2ª classe.

### S. PELLEGRINO (BERGAMO)

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

*Riduzioni:* A tutti gli assicurati riduzione del 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.

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

### SARDARA (CAGLIARI)

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

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

### SCRAJO EQUENSE (NAPOLI)

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

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

**TERMINI IMERESE (PALERMO)**

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

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

**TRESCORE BALNEARIO (BERGAMO)**

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

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

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

**IMPORTANTE.** — Per ottenere le facilitazioni predette gli assicurati dovranno presentare l'ultima quietanza di premio pagato per dimostrare che sono in regola con i pagamenti, ed un documento di identità personale.

Gli assicurati con polizze collettive e quelli con pagamento dei premi per delegazione, dovranno richiedere alla Direzione dell'I.N.A. - Servizio Contabilità Generale - duplicati di quietanza.

## Estero

### EGITTO

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

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

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

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

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

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

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

**CONSULTORI MATERNI (L. 5 a visita).**

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

**CONVALESCENZIARI DIRETTAMENTE GESTITI (diaria di L. 20).**

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

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

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

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

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

*Per essere accolti nei Centri sanatoriali, nei Convalescenziari e negli Stabilimenti termali dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, gli assicurati dovranno rivolgere domanda alla Direzione Generale dell'Istituto predetto in Roma, Corso Umberto n. 239, corredata dei seguenti documenti:*

1. *Certificato medico che attesti la malattia del soggetto, la indicazione del tipo di cura più conveniente al soggetto stesso e che l'assicurato è esente da malattie infettive, o comunque trasmissibili, o da sindromi nervose.*

2. *L'ultima quietanza dell'I.N.A. per dimostrare che l'assicurato è al corrente con il pagamento dei premi.*

*All'atto dell'ingresso, l'assicurato, per proprio conto, provvederà a corrispondere all'Amministrazione dello Stabilimento di cura, cui verrà assegnato, l'importo della retta o diaria stabilita.*

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

**Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile**

(223) 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, Il sole, cura di tutti . . . . . 162</p> <p>b) Dott. CLAUSI SCHETTINI, La lotta contro le mosche . . . . . 167</p> <p>c) Rassegna di articoli d'igiene . 172</p> <p>3. Notiziario . . . . . 174</p> <p>4. Studi e ricerche di medicina delle Assicurazioni Vita:</p> <p>a) Dott. Prof. K. SECHER, Relazioni di carattere med. assic. 177</p> <p>b) Dott. A. DI LILLO, Il rischio professionale in Assicurazione Vita. . . . . 198</p> <p>5. Alcuni dati di Statistica Medica . 212</p> <p>6. Medicina legale delle Assicurazioni Vita:</p> <p>a) Prof. Dott. M. VELE, L'invalidità totale e permanente nel distacco di retina . . . . . 214</p> | <p>b) Dott. A. DI LILLO, La calcolosi epatica nell'Assicurazione Vita dal punto di vista medico legale . . . . . 219</p> <p>7. Dalle riviste che riceviamo in cambio . . . . . 227</p> <p>8. Semeiotica di Medicina delle assicurazioni Vita:</p> <p>a) Dott. Prof. M. VELE, L'esame della pupilla nell'Assicurazione Vita. . . . . 229</p> <p>9. Varie:</p> <p>a) Dott. Prof. BASILIADES, Lotta contro la malaria in Grecia . 233</p> <p>10. Dai Libri e dai Periodici . . . 234</p> <p>11. Pubblicazioni ricevute . . . . 238</p> <p>12. Vuoti nelle file dei nostri fiduciari . . . . . 240</p> |
|---|--|

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

Consigli agli assicurati

## IL SOLE, CURA DI TUTTI

L'oleandro, che signoreggia in mezzo al cortile nel tondo dell'aiuola di finta scogliera, ha ormai deposto il suo manto verde arcigno dell'inverno per indossarne uno nuovo e lucente, tutto trapunto di fiori rossi a festeggiare l'estate che viene. Verso strada, il sole s'indugia, ormai a lungo, sul fregio del cornicione prima e poi sulla ringhiera sovrastante della oggetta all'ultimo piano, dalla quale s'affacciano le petunie a cascata della signora Rosalinda. Poi, i raggi dorati s'attardano ancora lassù in quell'angolo, nè sembra vogliano più lasciarlo, giocando a rimpiattino con le assicelle delle persiane socchiuse.

Lì dietro, i canarini della pacifica e rotonda padrona di casa fanno festa col modesto cinguettio degli uccelli prigionieri agli ultimi bagliori del giorno morente; fuori ad ondate echeggia, ampia, la canzone delle rondini che in larghe spirali tornano a passare nella chiarezza luminosa del cielo vespertino.

L'estate si avverte dovunque ed in casa si parla del gran caldo e della prossima villeggiatura. I ragazzi, che hanno una voglia matta di chiudere i libri di scuola, vanno ad ispezionare la soffitta dove dorme polverosa la sedia a sdraio per la spiaggia e l'ombrellone a striscie multicolori da piantare sulla rena. Sarà un pizzico di atavismo preistorico, ma tutti sentiamo il desiderio di interrompere la monotonia cittadina, di muoverci, di uscire da queste quattro pareti ove si è stati prigionieri tanti mesi e di vedere il cielo, non già attraverso il solito riquadro della finestra; ma tutt'intorno a perdita d'occhio.

C'è un gran discutere in famiglia sulla preferenza della villeggiatura; il papà è per la collina, le figlie signorine invece sono per il mare perchè un'amica carissima ha scoperto una spiaggia che è un incanto, e non si può mancare alla promessa di andare a raggiungerla. Ma Pierino, fratello minore, ha la sua brava proposta; egli è per la montagna, l'alta montagna vera, solenne, coi picchi inaccessibili ed i pini alpestri che, a vederli da lontano, sembrano tanti piumini del Flobert conficcati sul dorso di un dromedario. Però, scendendo alla realtà prosaica, chiamato a riflettere sulle medie dell'ultimo trimestre poco promettenti, l'alpinista in erba deve affrettarsi a ripassare gli ottativi e gli aoristi fortissimi della grammatica greca, per timore di essere lasciato in città tutto solo coi libri ed un paio di esami da rifare in autunno.

Naturalmente, finisce col prevalere l'opinione delle sorelle maggiori che hanno dalla loro la condiscendenza materna. Alla metà di luglio, dopo tre giorni di preparativi e riempite fino al possibile le valigie, tutta la famiglia sciamma per la spiaggia. Non vorrei giurare che l'indumento più ingombrante di quel piccolo arsenale sia costituito dai costumi da bagno. Ci sono in cambio gli abiti da passeggio, quelli sportivi, quelli da ballo e tanti altri, riconosciuti indispensabili alle signorinette, che ormai appartengono al numero delle persone serie. Pierino è stato condotto con gli altri; ma a patto di dedicare tutti i pomeriggi allo studio del greco che l'attende al varco per il prossimo ottobre.

Alla spiaggia, ai monti, da per tutto è una folla che si sdraia in abito succinto al sole i cui raggi in questi mesi riescono penetranti anzichenò. Qualche volta provocano un prurito niente affatto piacevole, ma, poichè è opinione generale che i bagni di sole facciano bene, tutti li sopportano con evidente rassegnazione. Quale è dunque l'azione dei raggi solari sopra il nostro organismo e che spinge tanti di noi a starsene, ore ed ore, a crogiolare sotto la loro carezza ardente?

\* \* \*

Vi sono i fanatici delle forze naturali che riconoscono a queste un potere tauturgico per tutti i mali, anzi, esse contribuirebbero sempre a prevenirli. Senza essere così assoluti dobbiamo riconoscere ai raggi solari un'azione tonica sui muscoli ed una rigeneratrice nella composizione del nostro sangue. Ma l'esposizione alla, non sempre tenue, carezza del sole deve essere praticata con cautela e con metodo; altrimenti si possono verificare inconvenienti spiacevoli; nè la *elioterapia*, come con termine medico è qualificato l'uso curativo dei bagni di sole, può essere consigliato alla leggera ed in tutte le malattie.

Oggi, anzi si tende a ridurre tale trattamento a poche malattie che veramente si giovano di essa. Durante i mesi estivi le spiagge di moda sono gremite di folla che trascorre in costume... sintetico, come in un rito alla divinità solare, diverse ore sotto il dardeggiare da « ... lo ministro maggior de la natura ».

Se vi avventurate a domandare ad una delle graziose naiadi che, spalle al sole, si trastulla col dito a far ghirigori sulla sabbia infuocata, quali vantaggi fisici se ne riprometta forse non otterrete una risposta molto convincente. Ma via, offrono al vostro sguardo una schiena così graziosamente modellata che sa-

rebbe indiscreto esigere un'argomento migliore per risposta dell'adorabile sorriso del quale vi hanno onorato. Non conta dunque per nulla la soddisfazione di essere liberamente ammirate dall'altra metà del genere umano? Si può così vincere la critica delle amiche e fare assumere alla propria pelle una « tintarella » che mette in mostra due begli occhi rubacuori. Si avete ragione; ma qualche curioso incontentabile vuol conoscere qualche cosa di più scientifico sui bagni di sole e bisogna pur che lo accontenti.

A proposito, prima di accennare all'uso e all'abuso del sole, sapete che cosa è la luce?

Essa è l'espressione sensibile al nostro occhio delle vibrazioni dell'etere la cui lunghezza d'onda sia compresa tra i quattro e gli otto decimillesimi di millimetro. Tutte le altre vibrazioni, maggiori o minori, non sono avvertite dalla retina. Quelle più brevi vengono a costituire secondo l'ordine decrescente i raggi ultravioletti, i gamma, i raggi X ed i tanto discussi raggi cosmici. Più lunghe delle luminose sono invece le vibrazioni infrarosse e le elettromagnetiche le quali ultime comprendono lunghezze che vanno da pochi centimetri a migliaia di metri e che il genio di Marconi ha saputo trasformare nel miracolo del nostro secolo, la radio.

Ma con ciò non abbiamo che nominato i raggi solari più interessanti dal punto di vista medico e cioè gli infrarossi e gli ultravioletti che si trovano oltre i limiti della visibilità. I primi sono portatori di calore e pertanto sono apprezzati dalla sensibilità cutanea, gli ultravioletti invece non sono assolutamente percepiti perchè freddi. Sebbene primo a scoprire la differenza di temperatura dei vari raggi dello spettro solare sia stato Herchel, è onore di un italiano, Leopoldo Melloni, aver completato tali indagini

per mezzo di un termometro elettrico; ancora oggi, dopo un secolo, la determinazione degli spettri stellari è praticata secondo questo principio.

Per i medici l'interesse maggiore è dato dai raggi ultravioletti la cui azione curativa è notevolissima. Questi però, vengono assorbiti per circa il sessanta per cento dal pulviscolo e dal vapor di acqua atmosferico; invece tale perdita è molto minore per i raggi calorifici che raggiungono la terra nella percentuale del settantadue per cento.

Per tale ragione sono stati prescelti come luoghi migliori per l'impianto di colonie elioterapiche appunto le località di alta montagna; nelle valli riparate dai venti con altimetria all'incirca sui mille duecento. Il nostro pensiero ricorda tra gli altri quello che sorge a Cortina d'Ampezzo davanti all'imponente sipario del Pomagagnon. Lassù, nell'ampia conca delle « pallide Dolomiti » ove il corpo e lo spirito si distendono in una calma infinita, più vicini al cuore della natura madre, veramente ci sembra di essere, come dice il Poeta di Cadore, in un

« ..... palagio di sogni

Eliso di spirito e di fate ».

Sembra dunque che di tutta la gamma delle microonde dello spettro solare, quelle dovute ai raggi ultravioletti meritino la maggiore considerazione. Il fenomeno che più colpisce il profano dopo la esposizione a tali raggi è lo speciale imbrunimento della pelle, detto « pigmentazione ». Questa, dunque, che con mal celato compiacimento tante brave figliuole portano in giro al ritorno dal mare e dai monti, è dovuta a raggi invisibili ultravioletti detti attinici.

Quanto al meccanismo per la formazione del pigmento, sembra che i nuclei delle cellule basali della cute vengano dai raggi stimulate ad una maggiore produzione di una sostanza scura, la *melanina*, in seguito ad ossidazione di speciali

sostanze proteiche in granuli. Questo fenomeno biologico, pure avendo carattere difensivo della cute, farebbe sì, a quanto ha accertato Jesonek che i raggi solari assorbiti dai granuli si trasformerebbero in una sostanza incolore che entra in circolo provocando una eccitazione umorale ed una reazione dei vari apparati e dei costituenti ematici.

In altre parole i granuli di melanina agirebbero come una dinamo trasformando un'energia solare in un'altra vitale. Così la natura ha saputo imprigionare la luce ed il calore solare prima dell'uomo, fissandoli nell'organismo e distribuendoli successivamente secondo il bisogno organico.

Un'altra azione importante dei raggi ultravioletti è quella di abbassare la pressione arteriosa in grado notevole. Questo fenomeno si stabilisce in seguito all'ipotonìa dei rametti cutanei del nervo simpatico, con conseguente vasodilatazione degli organi interni, contribuendo a migliorare i mezzi di difesa del nostro organismo. Da ciò risulta confermata l'importanza biologica dei raggi ultravioletti, i quali però nell'elioterapia non agiscono mai isolati; ma si accompagnano a quelli di tutto lo spettro e specialmente dei rossi e degli infrarossi, come il sole ce li manda senza tante distinzioni sofistiche.

Abbiamo già accennato alla caratteristica principale dei raggi infrarossi cioè quella di essere calorifici; accanto a quelli invisibili esistono però altri luminosi. I primi agiscono per l'azione termica solo sulla superficie della cute, provocando una vasodilatazione come gli ultravioletti; i secondi, che accompagnano i colori rosso ed arancione, penetrano notevolmente sotto la cute e provocherebbero un'azione tonica muscolare.

Questi ultimi determinano la diuresi e stimolano i leucociti, che costituiscono una barriera alle infezioni nel nostro

sangue. Ma ogni sottilizzazione scolastica riesce inutile ed imperfetta, perchè l'artificio scientifico non deve scindere ciò che i nostri sensi avvertono nel loro complesso. Come Psiche nella mitologia fu punita per la sua curiosità, così, scindendo le funzioni dei vari raggi solari, noi ne abbiamo isterilita l'azione sinergica.

La lampada di quarzo, creata dalla scienza per riprodurre con i vapori di mercurio la fredda luce dei raggi ultravioletti, non può apportare i benefici della tiepida carezza solare. Nel tremolio di quella luce verdognola, che sembra sprigionarsi dal fornello di un'alchimista, in vano cercheremmo la serena armonia della sinfonia policroma che s'eleva dalla campagna assoluta dalle cento gradazioni del verde dei prati e dei boschi.

D'altra parte, i recenti risultati curativi dell'uso di lampade irradianti soltanto raggi freddi ultravioletti (tipo Finzen) o solo calorifici (tipo Sollux) tendono a convalidare la preferenza da dare all'associazione dei due tipi di raggi, come si ottiene alla libera esposizione del sole. In questa viene infatti annullato reciprocamente l'effetto nocivo che possono provocare i singoli raggi adoprati isolati.

Così, mentre il calore estivo assorbito attraverso gli abiti provoca un senso di depressione, questo viene compensato dall'energia dei raggi luminosi dal regolare bagno di luce. Anche l'azione battericida della luce, dimostrata per la prima volta nel 1769 dal nostro Spallanzani, è dovuta non solo ai raggi violetti ed ultravioletti ma viene rafforzata da quelli calorifici. I quali, tanto gli oscuri che i luminosi, questi ultimi anzi penetrando più profondamente nella cute, aggiungono una notevole efficacia curativa.

Le applicazioni dell'elioterapia trovano le più brillanti *indicazioni* nelle for-

*me tubercolari ossee e glandolari*; possono pure riuscire efficaci nelle forme sierose quali la *peritonite* e la *pleurite*. Tale trattamento è stato esteso, con cautela, anche alle localizzazioni *tbc. laringee, genito-urinarie* ed in speciali *stadi cronici afebrili* delle forme *polmonari*.

Un'altra affezione ossea, il *rachitismo*, si giova moltissimo di questa cura ed il miglioramento locale si accompagna ad un rapido rifiorire di tutto l'organismo del bambino quasi sempre pallido e gracile.

Nelle *fratture chiuse* delle ossa l'elioterapia accelera il consolidamento regolare del callo, nelle *fratture esposte* cui sia stata praticata l'applicazione di apparecchi fenestrati l'esito è anche migliore; ugualmente deve dirsi per le anchilosi fibrose articolari post-reumatiche, nelle quali viene favorito il ripristino della motilità.

Utile coadiuvante si è dimostrato il trattamento solare in tutte le *convalescenze mediche e post-operatorie*, nelle *anemie secondarie*, nelle *ustioni*, nelle *ulceri varicose* ed in alcune malattie cutanee quali l'*impetigine* e l'*eczema umido*. Al di fuori di queste affezioni, nelle quali occorre però sempre il parere esplicito del medico che solo può decidere se la forma sia adatta al trattamento elioterapico, i bagni di sole, specie negli adolescenti, contribuiscono ad una migliore sanguificazione e tonificazione muscolare insieme al moto ed alla vita all'aria libera.

Come si vede, la cura del sole, in certe malattie, è preziosa, in altre è coadiuvante, però può essere nociva usata alla cieca, comunque non è la panacea di tutti i mali e deve essere sempre praticata razionalmente.

\* \* \*

Il pericolo dell'elioterapia è costituito molto spesso dalla brusca irradiazione

prolungata; mentre il corpo deve essere preparato gradualmente all'esposizione diretta, dapprima attraverso la tela bianca, e successivamente con la cute scoperta a tratti. E' bene iniziare l'esposizione ai piedi in pochi minuti per risalire gradualmente alle gambe, alle cosce, alle braccia, all'addome ed al collo dopo una settimana. Il capo deve essere sempre coperto e gli occhi saranno difesi con gli occhiali da sole.

L'irradiazione crescente permette in tal modo la formazione di pigmento, utile protezione dell'organismo, le sedute iniziali di 10 minuti protranno giungere ad un'ora dopo un mese. Da ciò si comprende quanto sia irrazionale e dannosa la pretesa di voler « concentrare » in pochi giorni irradiazioni che richiederebbero mesi.

La pelle, più intelligente di certe testoline, protesta per suo conto, dapprima con un arrossamento, poi con un prurito, ed infine con vere *dermatosi* od ustioni. Così, nei soggetti aventi uno squilibrio neurovegetativo, si manifestano desquamazione, vescicole che assumono l'aspetto di vere attinite acute quali l'*herpes*, l'*orticaria*, l'*idra vacciniforme* l'*eritema polimorfo*, lo *xeroderma*, ecc.

Non voglio ora annoiarvi con la descrizione di queste malattie cutanee, soltanto merita di essere richiamata la vostra attenzione sopra la *efelide solare* che consiste in un accumulo eccessivo di pigmento, come piccole lenti, donde il nome comune di lentiggini. Queste si verificano soprattutto nei soggetti dalla cute fine e bianca che nel desiderio di assumere un'aspetto bronzato si espongono a forti irradiazioni. Talora, in questi individui simpatico-tonici si verifica una dislocazione del pigmento a grosse macchie irregolari ancora più spiacevole, dando luogo a formazione di chiazze di vitiligine.

Il bagno di sole può pure essere con-

**troindicato** perchè aggrava alcune malattie cutanee quali l'*acne volgare*, la *psoriasi* ed accentuare una *ipertricosi*, quindi coloro che ne sono affetti non devono praticare i bagni solari senza una vera indicazione medica.

E' bene pure sapere che esistono alcune sostanze medicamentose le quali introdotte nell'organismo (gonacrina, ecc.), o usate all'esterno per cosmetici, funzionano da fissatrici provocando manifestazioni cutanee del tipo già ricordato quando ci si espone a lungo ai raggi del sole.

Vorrei ricordare a tante brave figlie, i guai ai quali si espongono, cospargendosi generosamente di tinture prima di prendere il bagno di sole. Queste sostanze, soprattutto il rossetto che è ricco di eosina e quindi di una sostanza fissatrice, può determinare l'insorgenza di *eczemi cronici*, *cheiliti*, labiali e perilabiali, lesioni che certamente non aumenteranno il fascino delle proprietarie. Anche l'uso di acqua di colonia, per la presenza di resorcina o di vanigliana, può provocare una pigmentazione molto spiacevole appunto per la azione fotosensibilizzatrice di queste sostanze, lo stesso inconveniente offre l'essenza di bergamotto.

La mia lettrice, che ha avuto la costanza di leggermi fin qui, sa adesso come si deve presentare all'irradiazione del sole. Questi si vendica di quanti vogliono ingannarlo con i trucchi estetici, dona salute e bellezza a tutti; ma non ammette a concorrenti il colore preparato con la matita o creme.

Riepilogando il bagno di sole dev'essere praticato con alcune precauzioni indispensabili quali la graduazione dell'esposizione, l'uso degli occhiali antiattinici e di un ampio cappello di tela bianca. Si dovrà evitare l'uso di coloranti di anilina ad azione fotodinamica, sarà invece consigliabile una unzione con aceto di cocco o con aceti di cocco colesterinati ad azione antifissatrice. Infine in presen-

za di ustioni si dovrà sospendere l'elioterapia ed applicare un linimento oleocalcareo.

\* \* \*

Ed ora, che conoscete i grandi benefici e gli inconvenienti del sole, lasciate pure la città per la montagna o per il mare. Tornerete tra due mesi rinfrancati nel corpo e nello spirito purchè abbiate goduto del sole e della luce con metodo e nei limiti. Pierino, che abbiamo visto partire a luglio, al suo ritorno se non sarà molto più forte nella grammatica greca, io sarò nei polpacci che diverranno certo più saldi e ben sviluppati.

Le sorelle maggiori, pallidi fiori di serra cittadina, avranno assunto un aspetto di fresca giovinezza e porteranno con loro tanti nuovi ricordi piacevoli. Il loro sguardo, fatto più espressivo dal volto abbronzato, ha forse interessato qualcuno durante le lunghe serate trascorse sulla rotonda dello stabilimento. Dopo l'ebbrezza della luce del giorno, mentre l'aria e tutto d'intorno è ancora tiepido dell'ardente carezza, nello stanco crepuscolo è così bello sognare e sperare! Perchè, la vita umana, che altro è mai, se non un'eterna rinovellata speranza?

**Dott. A. STARNA**

## *La lotta contro le mosche*

Mentre la primavera avanza, destando la natura dal suo sonno invernale, e un caldo alito di giovinezza, che porta con sè il profumo dei rosai e dei prati, incendia il nostro cuore di palpiti di gioia, di esuberanza, di vita, riappare un molesto e ripugnante insetto, nemico della decenza e dell'igiene.

Ai primi tepori primaverili riappaiono le mosche. La natura si ammanta di verde trapunto, da una fata ricamatrice, dei colori più belli e più vivaci; nel cielo terso si diffonde appassionatamente la soave musica dell'usignolo che dedica alla sua compagna il suo canto di amore; e in un risveglio così inebriante e sublime ecco la mosca a metterci le sue zampe luride e immonde.

Mentre voi, miei lettori, state respirando, nella gioia di vivere, la bellezza di un mattino di primavera, o l'incanto di un tramonto d'estate o, in autunno, la fragranza di un opulento frutteto, o tutta la dolcezza di un motivo musicale, o

tutta la passione di un amore romanzato o attendete al vostro lavoro, eccola, la mosca, a tediarvi, insistente, sfacciata, petulante.

Sono i contrasti della natura e io non farò della metafisica per spiegarli. Il Creato è fatto così: accanto alla rosa che profuma nasce l'ortica che punge, accanto al grano che nutrisce nasce l'erba che danneggia.

E non soltanto è un tedio, la mosca, ma anche un pericolo per la salute, una « arma aerea » delle epidemie.

Non c'è un dono più bello della salute: vecchio adagio da tutti risaputo, ma da pochi ricordato, perchè pochi si accorgono della gioia di poter dormire sonni tranquilli, di potersi alzare la mattina sani e vivaci, di potere andare in giro con le proprie gambe. E' un tesoro che si apprezza quando lo si è perduto.

Mamme! che cullate il vostro pargolo, la primavera della vita e della vostra casa, cui avete dato e continuate a dare

il vostro sangue; mamme, che nella carezza di un ricciolo o nel bacio deposto su di un visetto profumato di semplicità e di freschezza, sognate per il vostro bambino tutti gli allori e tutte le gioie, pensate che le mosche posatesi sul succhiello o sul latte che voi distrattamente avete abbandonato senza protezione, minacciano la salute e la vita del vostro tesoro.

Molte gastroenteriti del lattante, specie estive, sono dovute al gruppo tifo-paratifo e, nella pratica comune, riesce difficile identificarne la causa perchè nel lattante il tifo e il paratifo hanno un decorso e una sintomatologia che si allontanano moltissimo da quelli degli adulti; esattamente come certe cosiddette bronchiti o polmoniti, o congestioni polmonari o addirittura certe cosiddette febbri viscerali (quando non si riesce a individuare la provenienza) nel lattante e nella seconda infanzia sono in realtà delle infiammazioni perifocali o dei semplici complessi primari tubercolari che poi guariscono perfettamente dal punto di vista clinico e per lo più, non daranno mai danno o disturbo nell'ulteriore corso della vita. Già, e vedo fin da ora la vostra meraviglia, guariscono perfettamente ed in breve tempo. Forse ritornerò su questo argomento per spiegarvi tali moderni concetti e per additarvi come sia necessario preservare il bambino dall'occasione di contagio specialmente finchè si trova in tenerissima età.

Massaie, buone massaie, donne italiane, legate alla famiglia da indissolubili vincoli spirituali, pensate che le mosche posatesi sulle stoviglie o sugli alimenti minacciano la salute e la vita vostra e dei vostri cari.

Eccole; vengono da fuori, senza chiedere permesso, per vagare nella vostra casa e posarsi dappertutto, dopo essersi posate, fuori, sulle materie più immonde, sulle deiezioni di un tifoso ricche di

bacilli, sull'espettorato di un tubercolotico inconsideratamente proiettato a terra.

Intendiamoci bene: io ho l'intenzione di segnalarvi i pericoli che porta in sé la mosca, non di far nascere in voi una fobia, un terrore, perchè allora io otterrei l'effetto, non desiderato, di togliervi la tranquillità.

Per nostra fortuna le vaccinazioni artificiali, e le immunità naturali derivanti da una superata infezione, magari non riconosciuta, o da un particolare stato umorale del nostro organismo, ci preservano da numerosi pericoli cui siamo continuamente esposti; ma si tratta di germi invisibili e di meccanismi umorali che noi non possiamo valutare matematicamente e ci conviene, pertanto, metterci nelle migliori condizioni di profilassi e di relativa sicurezza. E' utilissimo costruire fortezze ben munite, ma sarebbe ideale distruggere il nemico prima ancora che arrivi ad aggredirle.

Vi ho parlato di deiezioni di tifosi ricche di bacilli, ma debbo aggiungere che anche le urine dei tifosi contengono bacilli, e individui guariti dal tifo continuano ad eliminare, per vario tempo, i bacilli del tifo, detti pure di Eberth.

Esistono in natura moltissime specie di mosche, alcune delle quali hanno predilezione per le bestie, altre per l'uomo; altre nientemeno per le ciliege, le cipolle, ecc.

A titolo di curiosità vi dirò che alla prima categoria appartengono i tafani, che però qualche volta se la prendono anche con l'uomo, e nelle giornate afose che precedono il temporale diventano feroci e sanguinari; pungono con la loro proboscide, abiuata a perforare la pelle degli equini e dei bovini, anche attraverso i vestiti, e sono il martirio delle povere bestie e, qualche volta, anche dell'uomo. Mentre succhiano il sangue sembra che siano ciechi, tanto l'avidità di

sangue li rende indifferenti a ciò che si muove vicino a loro e li minaccia e da questo fatto è nato il nome di una specie di essi detta «Tafano cieco dall'occhio d'oro». Avete mai sentito dire «il bue prende la mosca?» Ebbene sono questi tafani che pungendo fortemente fanno perdere i lumi alle povere bestie le quali, fuggendo disperatamente e pazzamente verso il fresco o la stalla, dove i tafani non le seguono, son capaci di precipitare in un burrone o di saltare da muri altissimi. Vi è poi una malattia dei bovini dovuta ad una mosca che depone le uova sulla pelle di essi, le quali uova si approfondano nel sottocutaneo dove si sviluppano dando luogo ad un tumoretto che poi si ulcera.

Immaginate che una di queste mosche sanguinarie abbia punto un animale carbonchioso, o si sia posata sulla pelle di un animale morto di carbonchio, conservata invece che bruciata da un avaro contadino, e poi punga un uomo; si svilupperà una pustola carbonchiosa con tutte le sue possibili conseguenze, pustola che è più frequente sul viso e sulle mani appunto perchè sono parti più esposte alle punture.

Sempre a titolo di curiosità vi dirò che i vermi che si trovano nel formaggio sono dovuti allo sviluppo di uova deposte da speciali mosche e i vermi che qualche volta avrete visto su qualche piaga, o meglio, in termine più corretto, ulcera, come i vermi delle piaghe di Giobbe, o delle piaghe dei lebbrosi, di cui avrete sentito parlare, sono deposti da speciali mosche, o come tali, o come uova che poi si sviluppano. Io ho visto degli ammalati, specie bambini, di otite media purulenta cronica che all'esame dell'orecchio mostravano un brulichio di vermi nel condotto uditivo, e qualcuno ha visto uscire addirittura dall'orecchio malato decine di mosche.

Queste larve hanno una enorme voracità e gli escreti liquidi che esse emettono accelerano la decomposizione del loro cibo e specialmente della carne. Benchè sprovviste di occhi fuggono la luce e si approfondano nelle sostanze nelle quali compiono lo sviluppo, traforandole.

Voi immaginate benissimo il danno che esse possono arrecare facilitando la decomposizione delle sostanze alimentari: danno economico e danno possibile alla salute. A tal proposito è specialmente la mosca vomitoria, quella che si trova comunemente nelle nostre case, che si precipita sulla carne deponendovi le uova. Si tratta di quel moscone che, chiuso in una stanza, si scaglia contro i vetri delle finestre ronzando e battendovi la testa.

A proposito della voracità delle larve si racconta che un mendicante che aveva conservato i resti delle elemosine ricevute, tra i quali era della carne, tra la camicia e la pelle, colto da malore e corricatosi ai margini di un fossato, fu quasi divorato dalle larve di mosche rapidamente sviluppatesi dalla carne che egli aveva addosso.

Nella Giamaica i febbricitanti debbono essere sorvegliati perchè una grossa mosca non deponga le uova nel naso del malato donde le larve passerebbero nel cervello producendo una orribile morte (Brehm).

Esiste anche da noi una malattia dovuta alla presenza di larve di mosche nell'intestino detta miasi. Ricordo pure la mosca tsè-tsè che trasmette, nelle regioni tropicali, la malattia del sonno.

Di fronte a tanto passivo c'è però qualche cosa di attivo.

Fin dal 1932 sono in corso, con esito soddisfacente, delle esperienze nelle quali sono state curate con preparati di larve di mosche piaghe, lente a guarire, derivanti da varie cause come per es. da osteomieliti banali o tubercolari. Un al-

tro lato attivo è dato dal fatto che la putrefazione del cadavere è affrettata dalle larve di alcune mosche che su di esso depositano le uova e che contribuiscono, pertanto, alla scomposizione della sostanza organica che, per successive degradazioni, arriva allo stato di idrogeno, azoto, carbonio, ecc., elementi questi che andranno a nutrire nuove forme di vita le quali a loro volta alimenteranno altri organismi, nel circolo infinito della materia che non si distrugge ma si trasforma soltanto.

Quella, però, che più a noi interessa è la mosca domestica, o *musca vulgaris*. Chi ha visto un film dal titolo « Eravamo sette sorelle » sorriderà ricordando Nino Besozzi che, nella parte dell'Entomologo, invece di respirare il profumo di sette belle ragazze che gli stanno vicine, pensa alle mosche e ne insegue una per la stanza finchè, posatasi questa su un tavolo e avendola egli esaminata con la lente di ingrandimento, esclama con sdegno e delusione: *musca vulgaris!*

E' una mosca adattabile per eccellenza! sopporta il clima rigido della Lapponia come il caldo dei tropici. La sua stagione preferita è l'estate e con l'inoltrarsi dell'autunno essa scompare, ma ne resta sempre qualcuna nelle stalle o negli ambienti caldi. E' esposta ad una morte speciale: giace con le zampe divaricate e appare ammuffita, aprendola si trova vuota e secca. Questo scherzo glielo fa l'*empusa muscae*: un vindice fungo.

La rapidità con cui si riproduce creerebbe una sterminata popolazione di mosche se noi non le distruggessimo. Essa può vivere due mesi o due mesi e mezzo e nella sua vita depone 5-6 volte 120-150 uova nel letame, specie nello sterco di cavallo, nelle immondizie, nelle sputacchiere, all'occorrenza anche sul pane, o su altri alimenti, perfino nelle

tabacchiere, trovandole aperte. Alla temperatura di 20 gradi le uova si sviluppano rapidamente e la rapidità aumenta con l'aumentare della temperatura.

La conservazione della specie è affidata alle larve soprattutto.

La mosca è ghiotta di zucchero, latte, di sputi, feci, urine.

Le malattie che può trasmettere, oltre al tifo-paratifo e al carbonchio, sono, da noi, la dissenteria bacillare, le diarreie estive, le infezioni da streptococchi e stafilococchi, forse anche la poliomielite anteriore acuta; essa può trasportare pure altri germi di malattie infettive, o con le zampe, oppure con le sue deiezioni contenenti i germi. Inoltre pare che nel corpo della mosca alcuni germi possano moltiplicarsi addirittura.

La Sanità pubblica ha iniziato una attiva propaganda per la lotta contro le mosche ed una attivissima opera di distruzione, ma a tale benefica azione ogni buon cittadino deve cooperare. Dove le mosche sono state combattute e distrutte molte malattie infettive sono diminuite, e se la mosca non porta malattie infettive, contribuisce alla alterazione degli alimenti sia trasportandovi i germi della decomposizione, sia mediante l'azione delle sue larve, oltre a sporcare la casa, i mobili, i soffitti, i lampadari, ecc. ecc. La mosca non può svilupparsi dove non esistono letame, immondizie, particelle di alimenti, ecc.

Da quanto sopra ho detto scaturiscono i mezzi da adoperare per la lotta.

Non basta la spruzzata di liquidi insetticidi, che però dà il sospirato sollievo di potere stare a tavola puliti e tranquilli, o di poter fare un pisolino senza avvertire il fastidioso solletico, o di potere stare a testa scoperta per quelli che purtroppo hanno fatto della testa pelata una lampadina elettrica; ma occorre una offensiva completa, so-

prattutto cercando di tagliare al nemico i servizi logistici.

Quindi noi allontaneremo al più presto le immondizie, non abbandoneremo per la casa particelle di sostanze alimentari, terremo ben riparato il latte e anche lo zucchero, non lasceremo la tazza del caffè centellinato dopo il pasto, scoperta ed esposta. Se le immondizie non potranno essere subito allontanate le terremo coperte. Allontanando le immondizie, o tenendole al riparo dalle mosche, noi toglieremo a queste la possibilità di un *optimum* di riproduzione.

La base, dunque della lotta, è la pulizia. Badate molto scrupolosamente alla pulizia della latrina e della cucina, luoghi della casa dove le mosche abbondano, stendendo possibilmente alle finestre di tali ambienti delle reticelle metalliche di difesa. Un buon accorgimento è quello di dare alle pareti della cucina e della latrina una tinta azzurro cupo, perchè le mosche sono nemiche di questo colore. Si apparecchierà la tavola da pranzo poco prima del pasto, proteggendo i tovaglioli e le posate in apposite buste, collocando i piatti e i bicchieri capovolti e sparecchiando subito dopo la fine del pasto. Gli alimenti saranno protetti da reticelle metalliche o da vetri oppure da veli che stiano tesi, però, a distanza da essi, altrimenti attraverso gli interstizi le mosche vi si poserebbero ugualmente e ogni particella alimentare sarà allontanata o protetta. Alle porte d'ingresso, dove è possibile, si terranno delle incannucciate fatte di materiale colorato e splendente perchè il luccichio allontana le mosche e perchè dopo aver dato passaggio alla persona esse si richiudono per gravità. Le mosche penetrate malgrado tali precauzioni si uccideranno con liquidi insetticidi o, in mancanza di altro, essendo esse antiestetiche e contro la decen-

za, con le carte moschicide. Esse si possono preparare nel seguente modo: si scaldano 100 grammi di colofonia o pece greca, con 50 grammi di olio di semi e, quando si è formata una pasta di tenue densità si spalma, ancora calda, su strisce di carta che si sospendono poi nell'ambiente.

Il tenere le finestre socchiuse, tutta la giornata, peggio poi se ciò si fa per il timore che il sole sciupi la tappezzeria è una abitudine per me detestabile. I raggi del sole, visibili e invisibili portano a noi energie caloriche e chimiche indispensabili all'organismo, per la formazione di vitamine, per la sanguificazione, per le funzioni del sistema nervoso, per lo sviluppo del corpo, per tutta la vita insomma. Purtroppo si bada alla tappezzeria e al colore delle carte da parato e non si pensa alla salute, specie a quella dei piccoli, che vengono su, in tal modo, come il grano che in certe regioni si suole portare ai sepolcri nella settimana di Passione: bianco, senza clorofilla, sostanza che è per le piante quello che è l'emoglobina per noi. E dire che la gente nordica viene a comprare a costo di forti spese il nostro bel sole che la Provvidenza ci ha regalato!

Ma torniamo alle mosche. Dopo aver additato la difesa passiva, avevo cominciato ad additare la difesa attiva: la distruzione. Prima di continuare voglio ricordare che sulle finestre è utile mettere un batuffolo di cotone imbevuto di petrolio nel quale sia stato disciolto qualche cristallo di acido timico.

Metteremo qua e là, negli ambienti della casa dei piccoli recipienti contenenti: latte cm<sup>3</sup> 20, formalina cm<sup>3</sup> 15, acqua cm<sup>3</sup> 65, e così prepareremo alle mosche un bel pasto avvelenato al quale non resisteranno.

Ma la lotta praticata nell'interno delle case non basta, per ottenere l'effetto

desiderato occorre anche che all'esterno essa sia combattuta.

Le strade saranno tenute pulite, le immondizie saranno allontanate, specie lo sterco di cavallo dove le larve di mosca si sviluppano meravigliosamente, le stalle saranno protette da reticelle metalliche tese alle porte e alle finestre in modo che le mosche non possano andarvi a deporre le uova, così pure i letamai.

Un ottimo sistema è quello di bagnare i pavimenti delle stalle o i letamai ove il letame non possa venire allontanato o protetto, con melassa arsenicale, potente veleno di cui le mosche sono ghiottissime. Le lettiere delle stalle però debbono essere escluse da tale trattamento.

Nelle stalle, nei porcili, alle finestre delle case saranno appesi dei fascetti di foglie o di ramaglia bagnati ogni quattro-cinque giorni, e subito dopo le piogge, con melassa arsenicale. Questa deve essere usata in modo che non venga a contatto con i bambini che potrebbero inghiottirla o con le bestie che potrebbero mangiare la ramaglia.

Se si pensa che uccidendo una mosca si impedisce lo sviluppo di centinaia di altre mosche e che si toglie ad esse il mezzo di riprodursi con la protezione o l'allontanamento o l'avvelenamento delle sostanze dove le uova vengono deposte e si sviluppano, e se si pensa che all'ambiente esterno, che fino a un certo punto è sotto il controllo del privato, pensa la Sanità pubblica con i poteri anche coercitivi di cui è fornita, non si può disperare dei buoni risultati di

questa lotta ingaggiata e propagandata per un alto fine sociale: per la decenza e per la salute del popolo.

La vittoria sarà un segno della nostra civiltà e della nostra buona volontà e non debbo dirlo a voi miei lettori, ma lo dico perchè voi lo ricordiate agli scettici o, peggio, agli indolenti; e sarebbe un'indolenza solo paragonabile a quella del selvaggio dell'Africa che dorme tranquillo all'aperto mentre le mosche gli dipingono di nero gli occhi, la bocca, il viso.

Senza contare che la salute è un dono di Dio che ogni uomo ha il dovere di difendere per sè stesso, per la famiglia, per la Patria.

Si calcola il valore della vita di un uomo, dal rendimento che essa può dare in lavoro, a 60-80.000 lire; ma la vita di un uomo ha un valore spirituale che non può essere valutato in cifre, ma può essere solamente immaginato al cospetto dello sconfinato dolore che invade e pervade l'anima umana messa di fronte alla morte, e le lacrime che sgorgano, abbondanti, anche se fossero gemme preziose non potrebbero compensarlo.

Cooperate, dunque, miei lettori, con le Autorità Sanitarie, cooperate con i medici, ascoltate i consigli che essi vi danno, denunziate gli inconvenienti che possono e debbono essere rimossi, per la gioia della vostra famiglia, per la gioia di tutti, perchè abbiate nella vostra casa una primavera lunghissima di sole e di felicità: la salute.

**Dott. M. CLAUSI SCHETTINI**

## **RASSEGNA DI ARTICOLI D'IGIENE**

Gesundheitsdienst, febbraio 1938.

SIGMUND B., *Vecchie e nuove conoscenze sull'azione delle vitamine nell'uomo.*

L'A. ricorda l'importanza della vitamina A per quasi tutti gli organi di derivazione ectodermica (compreso l'aumento di resistenza alle

infezioni che conferisce alla cute ed alle mucose); quella della vitamina D nella patogenesi della rachitide; quella della vitamina B antineuritica e B2 fattore antipellagroso; e quella della vitamina C, colla quale sono state trattate con successo le emorragie. Di quest'ul-

tima vitamina sono ricordati i rapporti colle malattie da ipersensibilità, e quelli col sistema osseo e coi denti.

DORNEEDEN H., *Mangiate più pesci.*

I pesci sono una importante fonte di proteine, ed in parte anche di grassi; specialmente alcuni fra essi (anguilla, merluzzo) hanno un importante valore calorico. Il pesce può anche soddisfare il gusto e l'igiene, dato che i migliorati mezzi di trasporto permettono di avere pesce fresco un po' ovunque.

KRIELE E., *E' importante di avere i denti sani.*

Quando i denti sono guasti il cibo non viene sufficientemente spezzettato in bocca, dà senso di peso allo stomaco. I denti malati possono dare origine a stomatiti, a infiammazioni del mascellare, ed anche a malattie generali (reumatismo, malattie del cuore e dei reni). Il 90-98% degli uomini soggiace alla carie dentaria. Si deve cercare di prevenirla coll'uso costante dello spazzolino da denti, almeno un paio di volte al giorno, dopo i pasti principali.

Dr. I. MOGILEWSKI, *Come devono vivere i cardiaco.*

Viene messo in rilievo come, mentre un tempo i cardiaco erano costretti ad una immobilità quasi assoluta, per tutto il giorno, oggi per la più gran parte possono esplicare una attività nella vita come tutti gli altri, purchè osservino alcune precauzioni speciali.

Dr. A. PITA, *Il sistema nervoso vegetativo.*

L'A. espone l'equilibrio del nostro organismo le cui funzioni vitali sono regolate ai due sistemi simpatico e vagotonico; la influenza che tale equilibrio ha sulla psiche per l'armonia organica ed i sintomi di eccitazione isolati dell'uno o dell'altro sistema vegetativo.

Dr. R. CALVO, *Quali sono le cause del pus nelle urine?*

Dopo aver ricordata l'importanza diversa da attribuire alla comparsa del pus durante i vari tempi della minzione sono espone le malattie che possono dare questo sintomo.

Viva Cien Anos, 20 aprile 1938, n. 2.

Dr. A. MENOTTI NATI: *Biotipologia.*

L'A. dell'Istituto Biotipologico di Roma espone la teoria costituzionalistica italiana, lo svi-

luppo ortogenetico secondo la scuola del Pende ed i vari metodi di accertamento per le deviazioni patologiche.

Dr. I. DE LIO, *La spina ventosa.*

Di questa forma non rara di tbc. ossea sono riportate le localizzazioni preferite ed i sintomi come pure i criteri per la diagnosi precoce e per un razionale trattamento.

J. WILCHINSON, *Il barometro e la salute.*

L'aviazione, che porta l'uomo a grandi altezze, ha sviluppato lo studio delle modificazioni dell'organismo umano nelle varie altitudini; i disturbi che provocano le rapide ascensioni vengono espone dall'A. insieme ai mezzi precauzionali per evitarli.

R. CALVO, *La incontinenza d'urina.*

Questo disturbo così frequente nei bambini può essere dovuto a numerose cause, sia riflesse, sia locali dell'apparato urinario come pure può essere essenziale e di origine puramente nervosa.

La Vie saine, Marzo 1938, n. 6 n. 1.

Dr. BERSOT, *I disturbi nervosi della prima infanzia.*

Sono molteplici, dalle malformazioni congenite alle lesioni nervose, dai disturbi ghiandolari dell'adolescenza ai disturbi del carattere. La profilassi consiste dunque nel regolarizzare l'alimentazione e le abitudini di vita; come pure sarà bene abituare il bambino ad una sana educazione fisica non disgiunta dalle abitudini della socievolezza che a quelle età troppo spesso viene trascurata dai genitori.

Viva Cien Anos, 16 marzo 1938, Buenos Aires, n. 12.

Dr. ALZUA, *Le meraviglie della voce.*

Dopo aver ricordato tutte le parti di cui si compone l'apparato vocale l'A. espone il meccanismo per la formazione della voce e della parola. Successivamente espone le caratteristiche che si richiedono per possedere una bella voce e le questioni che regolano il registro fra i cantanti.

Dr. R. RAMALLON, *Narcisismo.*

Mentre normalmente l'amore del proprio io non deve essere superiore all'istinto della conservazione la sua esagerazione porta a questo turbamento psichico che fa di tali soggetti degli egoisti e degli incapaci ad amare e ad agire per un alto ideale.

## Notiziario

### **La partecipazione Italiana all'VIII Congresso Internazionale di Medicina degli Infortuni e le Malattie del Lavoro.**

Il Ministero delle Corporazioni ha affidato all'I.N.F.A.I.L. l'incarico di organizzare la partecipazione italiana all'VIII Congresso internazionale di medicina degli infortuni e malattie del lavoro — indetto a Francoforte sul Meno dal 26 al 30 del prossimo settembre — ed ha promosso la costituzione di un apposito Comitato.

I temi principali che verranno trattati nel Congresso sono i seguenti:

- a) Ferite dei nervi periferici (escluso il simpatico);
- b) Ferite del piede;
- c) Danni provocati dai solventi;
- d) Malattie professionali dei polmoni (escluse la silicosi e l'asbestosi);
- e) Importanza della predisposizione e dell'usura negli infortuni e nella malattie del lavoro.

### **Il Convegno di chimica internazionale**

Si è tenuto nel maggio u. s. in Roma il Congresso Internazionale di Chimica. La organizzazione del Congresso è dovuta principalmente a S. E. il Prof. Nicola Parravano, Accademico d'Italia, Direttore dello Istituto Chimico della R. Università di Roma e Presidente dell'Unione Internazionale della Chimica nella quale ha profuso le sue preclasi qualità di scienziato e di organizzatore.

Gli esponenti della Chimica mondiale, convenuti in Roma in rappresentanza di 34 Nazioni, hanno raggiunto l'imponente cifra di 2500, tra i quali vi sono ben 5 premi Nobel e cioè i Proff. Bergius, Eston, Von Euler, Karrer, e Joliot.

Degli importanti lavori presentati alle varie Sezioni non è possibile fare cenno in questa sede. Ci limiteremo a ricordare che una di esse era dedicata alla Chimica in rapporto all'alimentazione; una sulla Chi-

mica la casa e il vestito; ed infine un'altra sulla Chimica la salute l'igiene e la bellezza.

Il Congresso ha dimostrato alle più alte rappresentanze di tutto il Mondo della Chimica l'enorme cammino percorso dall'Italia Imperiale anche in questo importantissimo settore della Scienza Moderna.

### **Convegno di Otorinolaringoiatri a Salsomaggiore.**

Dal 29 maggio al 2 giugno 1938-XI è stato tenuto sotto gli auspici del Senatore Prof. Pende, alto Consulente, presso le R. Terme di Salsomaggiore un Convegno di Otorinolaringoiatria che è riuscito del massimo interesse e della più alta importanza scientifica non disgiunta da obiettivi di alto valore sociale perseguiti dal Regime.

Al Convegno, cui hanno presieduti i Proff. Scitelli della R. Università di Catania e Lasagna della R. Università di Parma, avevano inviato l'adesione i più noti specialisti italiani e stranieri per il grande interesse del tema trattato.

Infatti la relazione presentata dai Proff. Lasagna e Torrigiani verteva sul problema degli effetti vicini e lontani della tonsillectomia. Su questo importante argomento ci limitiamo a riportare l'ordine del giorno che ha concluso la discussione sull'argomento e che è stato formulato dal Sen. Prof. PENDE, ottenendo l'approvazione di tutti i convenuti:

« Il convegno otorinolaringoiatrico di Salsomaggiore, dopo ampia e serena discussione documentata da ricchissime esperienze casistiche di tutti i componenti italiani ed europei sulle precise indicazioni ed effetti dell'asportazione delle tonsille, ha unanimamente approvato il principio che la tonsillectomia totale è indicata ed indispensabile in tutti i casi clinicamente infetti per foci infettivi, mentre nelle semplici ipertrofie tonsillari costituzionali, come nelle tonsilliti catarrali e parenchimatose recidivanti di lieve entità, occorre decidere caso

per caso, dopo sereno esame diagnostico del malato ».

Tra le comunicazioni più importanti dal punto di vista sociale ricordiamo le seguenti:

1. LEMAITRE FERNAND, Parigi: *Gli stati precancerosi in O. R. I.*;
2. ORMEROL, Londra: *Trattamento del cancro della laringe e faringe con radium e R. X.*;
3. ST. CLAIR THOMSON, Londra: *La chirurgia del cancro della laringe*;
4. SAFRANEK JANOS, Budapest: *La terapia con R. X. nella tubercolosi laringea con 500 casi curati.*
5. KELEMEN GYORGY, Budapest: *Le vie aeree superiori nella tubercolosi chirurgica.*

### Un libro di Medicina Assicurazioni Vita premiato

E' stato recentemente assegnato al Dr. C. Ettore Semini di Treviso un premio da parte della R. Accademna d'Italia per il suo libro « La medicina delle Assicurazioni vita » edito dalla Società Tipografica Editrice Trevigiana e del quale facemmo l'anno scorso una recensione.

Mentre ci felicitiamo con il Dr. Semini del lusinghiero riconoscimento avuto, segnaliamo ai colleghi questo volume che in breve mole lumeggia i quesiti più importanti della nostra specialità.

### Una settimana della medicina assicurativa all'Università di Lipsia

Per iniziativa dell'Istituto di Scienza delle Assicurazioni presso l'Università di Lipsia, è stato tenuto alla fine di maggio u. s. un convegno destinato alla discussione di temi di medicina delle assicurazioni. Sono stati presentati i seguenti rapporti:

- Prof. SCHOEON - *Risultati di una esperienza quinquennale nella assistenza ai diabetici.*  
 Dr. MAAS - *La nuova legislazione sulla profilassi genitale.*  
 Prof. WEICKSEL - *Sulle provvidenze sanitarie (di cura) nelle assicurazioni sociali.*  
 Prof. QUENSEL - *Sulla neurosi da infortunio.*  
 Prof. KORTZEBORN - *Malattia o conseguenza di infortunio nel campo dell'apparato motore.*  
 Dr. KOHLHOFF - *Malattie del sistema circolatorio e abilità al lavoro.*  
 Dr. STOCKMANN - *Dell'influsso della costituzione sulla mortalità per tubercolosi nell'assicurazione vita.*  
 Dr. ARNDTS - *Sulla selezione medica nella pratica dell'assicurazione vita.*  
 Dr. MÜLLER - *Sull'opera del servizio dei medici fiduciari nell'assicurazione malattie.*  
 Dr. REHE - *Il risultato della cura col pneumotorace presso la « Landes-versicherungsanstalt Sachsen » negli ultimi 10 anni.*

### Onorari corrisposti dall' I. N. A. per visite mediche per nuovi contratti di assicurazione nel 1937

Piemonte . . . . . L.	138.475 —	Campania . . . . . »	172.535 —
Liguria . . . . . »	89.650 —	Puglia . . . . . »	108.300 —
Lombardia . . . . . »	378.331,50	Lucania . . . . . »	25.550 —
Venezia Tridentina . . . . . »	17.735 —	Calabria . . . . . »	54.093 —
Venezia Veneta . . . . . »	67.944 —	Sicilia . . . . . »	122.680 —
Venezia Giulia . . . . . »	50.713 —	Sardegna . . . . . »	33.365 —
Emilia . . . . . »	131.210 —	Gestione assunzione diretta »	880 —
Toscana . . . . . »	100.915 —	A. O. I. . . . . »	19.990 —
Marche . . . . . »	44.065 —	Libia . . . . . »	8.245 —
Umbria . . . . . »	24.825 —	Dodecanneso . . . . . »	6.120 —
Lazio . . . . . »	137.410 —	Estero . . . . . »	61.494
Abruzzi . . . . . »	41.730 —	TOTALE . . . . . L.	1.836.255

**Attività assistenziale svolta dai Centri Sanitari e dai Consultori di medicina preventiva e d'igiene  
durante il primo quadrimestre del 1938**

CENTRI e CONSULTORI	P R E S T A Z I O N I															T O T A L E					
	Vista di collaudo della salute	Esame urine	Esame ospettorio	Azotemia	Glicemia	Uricemia	Reazione Kahn	Reazione Meinicke	Reazione Wasser	Toleranza torace	Radiografie	Radioscopie	Elettrocardio- gramma	Pressione arteriosa	Peso e altezza		Viste idoneità coloniale	Collaudo della vista	Viste otorinolaringo- iatriche	Viste odontoiatriche	Consulti d'igiene
per il PIEMONTE . . . . .	482	209	4	41	32	8	45	—	—	47	35	12	4	241	195	—	34	—	—	559	1918
per la LOMBARDIA . . . . .	290	198	3	63	63	—	64	64	—	27	13	92	—	255	207	1	—	—	—	290	1630
per la VENEZIA TRIDENTINA . . . . .	892	722	8	188	188	15	195	195	—	253	220	255	—	736	818	—	—	—	—	761	5446
per la VENEZIA VENETA e GIULIA . . . . .	193	189	1	62	62	—	63	13	—	53	18	68	—	188	192	—	—	—	—	108	1210
per le MARCHE e l'UMBRIA . . . . .	192	140	5	66	68	57	62	—	—	41	23	63	—	80	72	—	—	—	—	43	912
per il LAZIO e l'UMBRIA . . . . .	187	155	—	44	38	29	82	41	78	—	26	—	12	—	—	—	4	3	36	—	735
per le CALABRIE e la SICILIA . . . . .	494	494	5	53	52	35	58	—	—	31	19	144	—	492	492	5	—	—	—	385	2759
per la SARDEGNA . . . . .	135	113	17	15	7	16	13	12	—	26	5	27	—	95	120	6	—	—	—	159	764
<b>TOTALE . . . . .</b>	<b>2863</b>	<b>2220</b>	<b>43</b>	<b>532</b>	<b>510</b>	<b>160</b>	<b>582</b>	<b>325</b>	<b>78</b>	<b>478</b>	<b>359</b>	<b>661</b>	<b>16</b>	<b>2087</b>	<b>2096</b>	<b>12</b>	<b>38</b>	<b>3</b>	<b>36</b>	<b>2305</b>	<b>15.404</b>

Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita

## RELAZIONI DI CARATTERE MEDICO-ASSICURATIVO

Dott. Prof. KNUD SECHER

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

(Continuazione del numero 1, 1938)

## V. - TUBERCOLOSI POLMONARE.

Come malattia endemica la tubercolosi, fin dai primi giorni dell'assicurazione Vita, ebbe un'importanza notevolissima e la sua importanza è tuttora grande. Ancora nel 1925 *von Henkelom* riteneva che la tubercolosi avesse scarsa importanza ai fini dell'assicurazione Vita, dato che è impossibile stipulare l'assicurazione di persone affette di tubercolosi. Come si sa invece lo sviluppo ulteriore fu differente tanto che si possono oggi assicurare anche persone affette da tubercolosi; cosicchè in questo campo si presentano delle questioni che devono essere discusse.

A. - *Diffusione della tubercolosi e sua importanza quale causa di morte nelle società.*

La tubercolosi è una malattia infettiva; ciò è stato dimostrato dal francese Villemin. Nel 1882 *Roberto Koch* scoprì il bacillo della tubercolosi ed in seguito a ciò si presentò la possibilità di un lavoro effettivo inteso a limitare la diffusione della tubercolosi. Grazie a questo lavoro in molti Paesi la tubercolosi è diminuita notevolmente, però essa ha tuttora una grande importanza quale causa di morte (nei vari Paesi).

La Tabella I è un esempio dei dati di mortalità relativa alla tubercolosi in Inghilterra e Prussia dal 1851 e dal 1876.

Se ne riceve una profonda impressione sull'importanza della tubercolosi nei decenni in cui l'assicurazione Vita incominciò a svilupparsi; nell'Inghilterra si nota una diminuzione di mortalità da 25,9 a 9 su 10.000 ed in Prussia da 35,9 e 10,6.

TABELLA I

*Uomini morti per tubercolosi su 10.000*

Inghilterra		Prussia	
1851-60	25,9	1876-80	35,2
1861-70	24,8	1881-90	32,9
1871-80	22,2	1891-1900	27,1
1881-90	18,5	1901-05	20,8
1891-1900	18,5	1905-10	16,9
1901-05	14,4	1911-1913	15,0
1906-10	13,0	1914-1919	18,5
1921-27	9,0	1920-22	14,5
—	—	1923-24	14,1
—	—	1925-26	10,6

La Tabella II dimostra l'influenza della tubercolosi sulla mortalità nella Gotha-Bank nel 1829-70 cioè nei primi anni dell'assicurazione Vita. Risulta che essa è di 32 su 10.000, quindi una mortalità fortissima. L'importanza della tubercolosi è inoltre indicata dal fatto che essa è la causa di morte più frequente nella Gotha-Bank sino al 55 anno di età, mentre in seguito subentrano le cardiopatie.

TABELLA II

*Mortalità per tubercolosi nella Gotha-Bank 1829-78*

Mortalità media : 32 su 10.000

Ripartizione per età

15-25	27,5	51-55	35,6
26-30	26,6	56-60	40,5
31-35	24,3	61-65	40,0
36-40	28,1	66-70	40,6
41-45	29,4	71-75	20,7
46-50	33,7	76-85	12,2

La Tabella pone in luce la distribuzione per età dei casi di morte. Notiamo un massimo di mortalità nel gruppo di età più giovanile, poi una mortalità crescente nelle età più avanzate. Questa Tabella non corrisponde ai nostri dati attuali (vedi sotto), ma per questo materiale si devono fare i conti con una qualche incertezza relativa alla diagnosi.

Si comprenderà che queste prime risultanze sulla mortalità per tubercolosi fra gli assicurati, hanno cosfretto fin

dall'inizio le società a comportarsi con una certa cautela nei riguardi di questa malattia che ha pur sempre una grande importanza, correlativa alla mortalità per tubercolosi nei vari Paesi.

La lotta contro la tubercolosi, iniziata verso la fine del secolo, ha dato in molti Paesi dei risultati assai lusinghieri. Nella Tabella III è prospettata la mortalità per tubercolosi nei vari Paesi su 10.000 abitanti.

La Tabella ci dimostra che il lavoro ha dato dei risultati molto differenti nei vari Paesi. Il risultato massimo è stato raggiunto dalla Danimarca e dall'Olanda che stanno allo stesso livello (per la statistica medica della Danimarca si deve notare che le cifre del 1920 riguardano soltanto le città). Anche se le cifre ovunque vanno diminuendo, in molti Paesi esse sono ancora molto alte. La Finlandia è l'unico Paese ove non si possa notare nessuna riduzione notevole della mortalità.

TABELLA III

Anno	Danim.	Norvegia	Svezia	Finlandia	Inghil. e Galles	Germ.	Francia	Italia	U. S. A.	Canada
1911	15,3	23,4	19,1	25,5	15,5	15,9	21,5	17,2	15,9	—
12	15,1	23,7	19,5	26,6	13,7	15,3	21,1	14,9	15,0	—
13	13,5	23,5	18,5	26,1	13,4	14,3	21,3	14,9	14,8	—
14	13,8	23,9	19,3	25,8	13,6	14,3	23,3	14,5	14,7	—
15	13,2	23,6	20,4	26,8	15,4	14,8	21,9	15,8	14,6	—
16	15,5	24,8	20,6	27,6	15,6	16,2	21,5	16,6	14,2	—
17	17,6	23,5	19,6	26,0	16,6	20,6	22,1	17,5	14,7	—
18	13,8	21,4	17,4	25,8	17,3	23,0	21,7	20,9	15,0	—
19	11,9	21,0	16,4	—	12,6	21,1	20,6	17,3	12,3	—
20	12,7	22,2	16,3	—	11,3	15,4	17,3	16,0	11,4	—
21	10,6	20,8	15,6	21,9	11,3	13,6	15,9	14,2	9,9	7,5
22	10,1	20,4	15,1	24,0	11,2	14,1	—	14,0	10,7	7,2
23	9,0	19,0	13,9	22,6	10,6	15,0	—	14,3	9,4	7,3
24	9,9	20,0	15,0	25,4	10,6	12,0	—	15,4	9,1	6,9
25	9,1	18,8	14,5	24,9	10,4	10,7	14,7	15,0	8,7	6,7
26	8,1	17,1	13,4	23,0	9,6	9,8	17,2	14,4	8,7	8,4
27	7,8	17,0	13,8	25,4	9,7	9,3	17,5	13,4	8,0	8,2
28	7,4	15,6	13,2	24,3	9,3	8,8	16,7	12,5	7,9	8,1
29	7,4	15,8	13,2	25,0	9,6	8,7	16,5	12,2	7,6	8,0
30	7,1	14,9	12,6	23,8	9,0	7,9	16,1	11,2	7,2	7,9
31	6,9	14,8	12,6	—	8,9	7,9	15,2	10,8	6,9	7,4
32	6,9	—	—	—	—	7,6	—	—	—	6,8
33	5,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Per quanto concerne la Germania, negli anni dolorosi della guerra in rapporto colla cattiva nutrizione della popolazione, si segnala un aumento notevolissimo della mortalità per tubercolosi e questo fatto ha una grande importanza per il giudizio degli elementi che sono di una certa importanza per la diffusione della tubercolosi.

Se esaminiamo ora in quale modo la tubercolosi influisce sulla statistica delle cause di morte delle società, vedremo che si devono ancora fare i conti con cifre elevate.

Nella Tabella IV è raccolta una serie di dati dovuti a società nordiche.

TABELLA IV.

Casi di morte per tubercolosi in ‰ sulla totalità.

Livsforsikringsanstalten af		
1842 . . . . .	1842-1866	12,0
Statsanstalten for Livsforsikring . . . . .	1871-1905	9,2
Dansk Folkeforsikring . . . . .	1896-1920	14,3
Hafnia . . . . .	1872-1922	16,4
Danmark . . . . .	1861-1911	16,0
Svea . . . . .	1866-1916	10,8
Thule . . . . .	1873-1922	13,9
Skaale . . . . .	1909-	20,05
Svenska Lifforsakringsbolaget . . . . .	1891-1900	32,24
Società norvegesi . . . . .	1910-25	
con visita medica . . . . .		18,7
Società norvegesi . . . . .	1920-25	
senza visita medica . . . . .		41,7
Suomi . . . . .		31,0

E' impossibile fare un confronto diretto delle cifre delle varie società, dato che esse dipendono da fattori molto diversi. Per es. se la cifra delle Livsforsikringsanstalten pel 1842 è bassa, ciò dipende senza dubbio dal tipo degli assicurati, trattandosi specialmente di persone di ceti impiegatizi. Nel loro complesso, le cifre dimostrano quale sia la grande importanza della tubercolosi.

Le cifre delle società norvegesi sino al 1925 correlativamente alla mortalità generale del Paese sono elevate, il nu-

mero degli assicurati senza visita medica influendo in modo molto sensibile su questo fatto.

Per vedere come si modifica nel corso degli anni il numero dei casi di morte per tubercolosi sono raccolte le cifre per il 1910-1934 dell'Istituto governativo. Si nota una caduta notevole che va di pari passo con la mortalità per tubercolosi in via di diminuzione nella popolazione.

Oltre alla frequenza hanno notevole importanza per le società le categorie di età, nelle quali si presenta particolarmente la tubercolosi. Come dicevamo, dai primi dati della Gotha-Bank ciò non risulta in modo particolarmente chiaro, ma le risultanze successive delle società dimostrano, concordemente colle altre risultanze, che i giovani rappresentano il maggiore numero dei casi di tubercolosi cosicchè le società, per queste morti premature, possono subire delle perdite notevoli. Le clausole relative alle facilitazioni per invalidità hanno pure una grande importanza in queste forme morbose che comportano periodi di malattia di mesi.

TABELLA V.

Anno	Istituto governativo ‰	Anno	Istituto governativo ‰
1910 . . . . .	7,9	1923 . . . . .	6,2
1911 . . . . .	10,9	1924 . . . . .	8,2
1912 . . . . .	8,9	1925 . . . . .	7,1
1913 . . . . .	6,9	1926 . . . . .	4,5
1914 . . . . .	9,8	1927 . . . . .	6,2
1915 . . . . .	8,3	1928 . . . . .	5,0
1916 . . . . .	8,8	1929 . . . . .	3,7
1917 . . . . .	19,0	1930 . . . . .	4,4
1918 . . . . .	6,0	1931 . . . . .	3,5
1919 . . . . .	5,8	1932 . . . . .	4,3
1920 . . . . .	8,3	1933 . . . . .	3,5
1921 . . . . .	6,9	1934 . . . . .	3,6
1922 . . . . .	7,7		

TABELLA VI.  
Tubercolosi in Olanda 1921 su 10.000.

Ripartita per categorie di età. (Uomini)					
Età		Età		Età	
15	6,1	20	17,4	25	15,5
16	8,5	21	22,4	26	14,9
17	12,7	22	21,6	27	13,0
18	14,0	23	17,6	28	14,3
19	18,2	24	19,3	29	14,1

Numero dei casi di morte per tubercolosi  
nell'azienda governativa 1910-1934

Ripartiti per categorie di età					
Età		Età		Età	
15-19	. . . . .	23	40-44	. . . . .	98
20-24	. . . . .	98	45-49	. . . . .	78
25-29	. . . . .	147	50-59	. . . . .	124 (1)
30-34	. . . . .	127	60	. . . . .	86 (1)
34-39	. . . . .	108			

(1) 10 Aaars Grupper.

La Tabella VI dimostra per esempio la ripartizione per età dei casi di morte per tubercolosi in Olanda nel 1921 su 10.000. Ne risulta che il numero maggiore viene raggiunto all'età di anni 21.

La tabella mostra quindi la ripartizione per età fra i morti per tubercolosi nell'Istituto governativo per il 1910-34. Qui il numero maggiore viene raggiunto nei gruppi di età 25-29, quindi in categorie di età che hanno una grande importanza nell'assicurazione Vita.

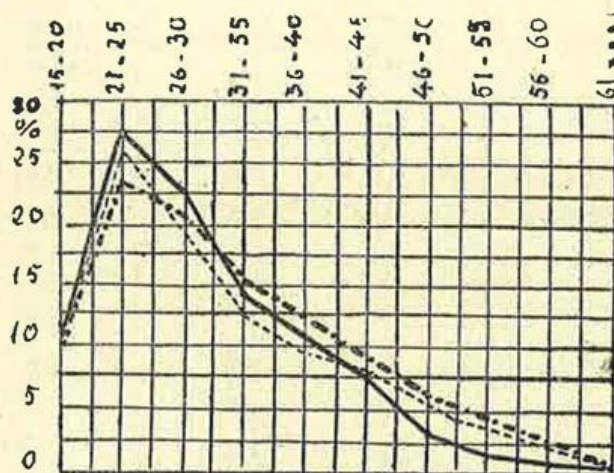


Fig. 1 - Ripartizione per età: I tre stadi  
1° stadio  
..... 2°  
----- 3°

La figura 1 mostra la ripartizione per età nel materiale di *Münchbach* com-

prendente circa 10.000 persone fra uomini e donne. Troviamo il massimo delle cifre all'età di 21-25 anni per ambedue i sessi.

Circa le risultanze relative alla mortalità per tubercolosi nelle società di assicurazione su materiale degli ultimi anni, si hanno quelle delle società norvegesi per gli anni 1920-25.

Nella Tabella VII le cifre sono state calcolate sulla base di 1-10.000 come nelle altre tabelle. Si vede che la mortalità è notevole nei soggetti giovani e raggiunge il suo grado massimo, tanto per gli uomini, che per le donne, all'età di 20-24 anni e ciò corrisponde esattamente ai risultati segnalati da *Münchbach*.

TABELLA VII.

	Uomini		Donne	
	con visita medica	senza	con visita medica	senza
14-19	26,1	21,0	28,2	26,2
20-24	32,9	34,2	35,9	35,7
25-29	22,9	23,6	20,1	26,8
30-34	15,7	17,7	21,3	30,3
35-39	11,4	9,5	13,5	24,2
40-44	7,1	11,4	7,7	19,2
45-49	5,4	9,3		
50-54	7,1	4,4		
55-59	8,3	16,5		

Nella Tabella VIII il materiale è ripartito in due gruppi, i quali indicano la mortalità entro i primi 5 anni dell'assicurazione ed entro gli anni successivi. Si vede che la mortalità suddivisa per classi di età è massima per le assicurazioni a lunga durata. Ciò si deve prevedere in precedenza in base alla natura della malattia che ha decorso relativamente lungo. Interessante è la piccola differenza che esiste negli assicurati con e senza visita medica; questa ha potuto proteggere soltanto in misura modesta le società contro i casi di morte per tubercolosi.

Per il confronto con le risultanze delle società norvegesi vengono forniti i dati della Metropolitan Life Insurance Company negli anni 1925-34.

TABELLA VIII

Età	U O M I N I				D O N N E			
	Con visita Medica		Senza visita Medica		Con visita Medica		Senza visita Medica	
	1-5 a.	6 e oltre	1-5 a.	6 e oltre	1-5 a.	6 e oltre	1-5 a.	6 e oltre
14-19	24,9	(84,6)	20,3	63,0	18,0	—	25,7	—
20-24	30,1	36,4	30,4	43,1	33,0	40,0	32,2	44,3
25-29	14,7	26,7	19,0	29,7	9,7	24,9	22,7	32,1
30-34	7,6	18,3	13,5	22,2	6,1	25,0	22,8	36,6
35-39	5,9	12,9	7,0	12,1	15,3	13,2	5,5	37,5
40-44	6,2	7,3	5,9	16,8	—	—	—	—
45-49	7,4	5,1	6,0	12,0	—	—	—	—

TABELLA IX

	Ufficio principale										
	1934	1933	1932	1931	1930	1929	1928	1927	1926	1925	
Tutte le forme di Tbc. .	51,6	54,1	58,4	63,0	71,5	78,4	85,1	83,4	86,5	93,2	
Organi della respirazione	45,6	48,3	51,3	55,2	64,0	70,7	75,1	73,1	74,1	83,1	
	Ufficio del Canada										
	—	—	—	82,1	97,3	96,8	94,3	100,9	102,6	104,2	
Tutte le forme di Tbc. .	—	—	—	82,1	97,3	96,8	94,3	100,9	102,6	104,2	
Organi della respirazione	—	—	—	64,2	72,1	77,2	76,0	84,4	81,9	85,9	

Le cifre ci indicano una mortalità per tubercolosi sempre decrescente con gli anni, però si devono sempre fare i conti con cifre molto elevate.

Come risulta dai dati su esposti, la tubercolosi ha ancora una grandissima importanza per le società, perciò è particolarmente importante il giudizio relativo agli elementi che influiscono sulla sua genesi.

Anzitutto bisogna notare che non è la stessa cosa essere infettati di tubercolosi ed essere malati di tubercolosi. Prima di proseguire su questo terreno, vogliamo affrontare la questione di quanti individui vengono infettati da tubercolosi.

Si può rispondere a questa domanda in base alla prova della tubercolina la quale esprime se il soggetto è stato infettato da tubercolosi. La prova più frequentemente usata è quella di Pirquet.

Questa presenta un carattere molto mutevole tanto in relazione al numero quanto alla ripartizione nelle classi di età, cominciando con 0 alla nascita in

segno che l'uomo nasce non affetto da tubercolosi, e quindi aumentando in frequenza a seconda dell'ambiente in cui egli è costretto a vivere. Ciò si può illustrare con molte indagini di cui ne citeremo, a titolo di esempio, alcune.

*Heckscher* trova per es. nel 1929 che circa il 90 % delle reclute di Copenhagen reagisce positivamente, contro soltanto il 50 % (di reclute positive) fuori di Copenhagen. *Boer e Bijl* (Olanda) hanno notato il 70 % (di reazioni positive) fra soldati studenti ed impiegati. *Husted* nel 1928 segnala il 57 % di casi positivi (il 42 % all'età di anni 10-20, 85 % all'età di anni 36-40). Queste cifre si riferiscono a Copenhagen. *Thorborg e Holm* segnalano il 59 % di casi positivi in una Provincia. *Heimbeck* segnala per suore di carità di Oslo il 50 % di casi positivi e ciò corrisponde ai reperti nella popolazione generale degli stessi strati. *Rasmussen* ha segnalato in una città il 64 % di casi positivi, però all'età di 31-40 anni il 96 %.

L'esame fatto sui bambini mostra co-

me possa verificarsi precocemente l'infezione. *Monrad* in 303 bambini di Copenhagen, dell'età di 10-15 anni, ha avuto il 53 % di reazioni positive. Per raffronto *Faber* espone il risultato di un'indagine fatta in un distretto con modesta mortalità per tubercolosi. Soltanto il 16.6 % dei bambini reagirono positivamente. In famiglie non infette si notò una reazione positiva nell'11.3 %, invece in famiglie infette si ebbe una positività del 54 %, quindi una cifra che corrisponde a quella citata da *Monrad* per Copenhagen.

Attraverso l'Istituto sierologico governativo, con l'aiuto di molti medici, si sono intrapresi in Danimarca esami in tutto il Paese. *Th. Madsen* ha pubblicato un prospetto generale sui risultati ottenuti. Si nota che si è provveduto a questi esami con la reazione di *Mantoux*, la quale dà migliori risultati della reazione di *Pirquet*.

Se si confrontano i risultati delle varie parti del Paese si troveranno delle differenze forti. A Bornholm si è notato soltanto il 7 % di reazioni positive in bambini di 7 anni, le quali reazioni vanno aumentando sino al 14 % nei bambini di 14 anni e sino al 37 % nelle persone di 15-25 anni. Nel Jütland si è potuto notare il 50-60 % di reazioni positive in bambini di 7 anni.

Se si riuniscono i risultati, si nota in ogni caso un aumento con le categorie di età, tuttavia molto vario. A 30 anni essi si vanno avvicinando tutti al 100 %. Queste cifre in aumento dimostrano che non ci si può attenere alla vecchia teoria la quale afferma che la tubercolosi si acquista da lattanti e scoppia all'età della pubertà. Le cifre dimostrano anche che la tubercolosi giustamente viene definita una malattia endemica, la quale, vista praticamente, colpisce il soggetto in ogni momento.

Dobbiamo aggiungere che, se pure si

conoscono dei casi di tubercolosi congenita per infezione dalla madre tubercolotica al feto, questa modalità in generale non ha nessuna importanza per la diffusione della tubercolosi. Fra le indagini degli anni successivi voglio citare un caso di *Söderström* del 1932. Nello stesso anno *Gregersen* ha pubblicato un grosso lavoro su questo argomento. Su 56 partorienti affette di tubercolosi per ben 12 volte trovò delle lesioni nella placenta, 2 volte nel feto, 1 volta furono notati dei batteri nel sangue del cordone ombelicale.

#### B) Condizioni relative alla genesi della tubercolosi.

Nel giudicare i candidati in relazione alla tubercolosi quale punto di partenza un tempo si ammetteva l'importanza di una « disposizione ereditaria » e l'importanza della « costituzione ».

La supposizione di una disposizione ereditaria veniva giustificata con le risultanze relative alla comparsa familiare della tubercolosi, col fatto che attaccava i membri della stessa casata, e colpiva una generazione dopo l'altra.

In relazione a ciò le società notarono una sopramortalità notevole nelle famiglie tarate.

Fra queste risultanze siano qui ricordate quelle americane della « Medical-actuarial Mortality Investigation », che comprendono gli assicurati degli Stati Uniti e del Canada, fra il 1885-1909.

Tubercolosi in uno dei genitori, in una sorella, oppure in un fratello, oppure in almeno due fratelli (fratello e sorella):

Età in cui si presenta la tubercolosi	Percentuale di morte rispetto al previsto
15 - 29	142
30 - 44	110
45	93

Tubercolosi in uno dei genitori op-

pure in un fratello oppure in una sorella :

Età in cui si presenta la tubercolosi	Percentuale di morte rispetto al previsto
15 - 29	123
30 - 44	94
45	82

Si nota subito che nelle classi più giovani di età si deve contare su di una sopramortalità notevole.

*Feilchenfeld* espone, in base al materiale europeo, nel suo libro del 1927 che, mentre la mortalità normale per tubercolosi su 22.017 assicurati è dell'11.63 % della mortalità totale, la percentuale dei morti per tubercolosi ereditaria è stata del 23.7%; il sottopeso per gli assicurati con « habitus phtisicus » ha un'influenza ancora maggiore ed è del 34.9%.

L'autore ha provveduto ad un esame del materiale danese degli anni 1917-26, ed in questo le risultanze, di cui sopra, vengono confermate da un numero molto maggiore di casi di morte per tubercolosi fra assicurati affetti ereditariamente da tubercolosi che fra gli altri.

Queste cifre sono talmente notevoli che esse impongono una grande attenzione per parte delle società ed un rigido controllo allo scopo di prevenire perdite eccessive per casi di morte dovuta a tubercolosi. Anche nel 1935 *Sturm* ha fatto risaltare l'importanza del fattore ereditario nella tubercolosi.

Le indagini successive circa la epidemiologia della tubercolosi hanno dimostrato che sarà cosa molto difficile conservare la concezione relativa alla particolare disposizione ereditaria. La « disposizione ereditaria » deve essere sostituita dalla possibilità di infezione.

Come abbiamo sopra esposto, dal lato pratico, l'intera popolazione è infetta di tubercolosi. All'età di 30-40 anni la ci-

fra è circa del 100 %. Per questa sola ragione è difficile ammettere una particolare disposizione dei singoli individui. Le indagini moderne hanno proseguito le indagini relative all'ambiente, iniziate verso la fine del secolo, le quali indagini tendono a cercare le fonti dell'infezione per poter precisare la genesi dei singoli casi. Le prime ricerche di questa fatta hanno richiamata notevolmente l'attenzione. Esse hanno dimostrato che la disposizione tubercolare in una famiglia poteva essere rappresentata per es. dalla tosse del nonno, la cui etiologia tubercolare anzitutto deve essere riconosciuta per spiegare la distruzione della famiglia in seguito a tubercolosi.

La percentuale di individui con reazione tubercolinica positiva, che cresce cogli anni, e specialmente negli anni che hanno maggiore importanza per l'assicurazione, dimostra l'importanza delle possibilità di infezione per la diffusione.

Per illustrare questo stato di cose, discuteremo su alcune indagini relative al materiale in nostro possesso:

A priori si dovrebbe ammettere che gli ammalati, i quali furono colpiti da tubercolosi in seguito a disposizione aggravata da ereditarietà, muoiano prima degli altri. I lavori pubblicati da *Reiche* del Landesversicherungsanstalt di Amburgo hanno dimostrato che la tubercolosi nei cosiddetti « già affetti » non ha avuto un corso più grave o più sollecito di quello degli altri ammalati. Ciò dimostra che l'ereditarietà tubercolare non rappresenta un momento sfavorevole per il corso della malattia. Le indagini di *Reiche* furono confermate da *Bredow* il quale è pervenuto allo stesso risultato. Egli ha trovato nel materiale sanatoriale il 40,5 % con tara familiare ed il 59,5 per cento senza tale tara, mentre ci si sarebbe dovuto attendere il contrario se la tara avesse avuto una certa importan-

za. Il rapporto percentuale fra coloro che sono tarati ereditariamente e coloro che non lo sono nei vari stadi è approssimativamente lo stesso, il che vale per ciò che riguarda i risultati ottenuti con le cure. Ciò che interessa per quanto segue nei rapporti relativi all'immunità è che nelle classi di età 16-25 anni i risultati furono più favorevoli dell'11% nei soggetti ereditariamente colpiti che in quelli non affetti ereditariamente. Questi risultati corrispondono a quelli segnalati da Adams. Egli ha notato che su 1000 ammalati, il 60% non ebbe nessun parente affetto da tubercolosi.

Nel 1927 il medico olandese *Tazelaar* ha comunicato i risultati relativi ad indagini su tubercolotici praticate per 20 anni nello stesso ambiente. Costruendo apposite tabelle di famiglia egli è venuto al risultato che l'infezione è l'elemento decisivo per la genesi della tubercolosi mentre non è possibile dimostrare l'influenza della tara ereditaria oppure della disposizione ereditaria per la diffusione della tubercolosi. Naturalmente le tubercolosi aperte dei genitori sono le più pericolose per i figli e la madre ammalata costituisce un elemento notevolmente più pericoloso del padre. Di grande importanza sono le condizioni ambientali in cui vivono i soggetti e il benessere economico. Quanto migliori essi sono tanto minore è la percentuale dei bambini tubercolotici.

Questo tipo di indagini relative alla famiglia suggerisce anche delle indagini relativamente alla città. *Bigg* per es. informa che nel 10% delle case di un quartiere di New York con 80323 abitanti, abitava il 58% dei tubercolotici. Nella città tedesca di Marburg con 18 mila abitanti, *Romberg* e *Haldiche* hanno trovato che il 34% dei tubercolotici abitava nel 2,6% delle 1503 case. Nelle case, ove fu notata la malattia, il 34% di tutti i bambini fra i 5 e 13 anni era-

no affetti da tubercolosi, mentre la media per questa classe di età negli altri casi era soltanto del 15,7%. Ciò dimostra che l'infezione, è l'elemento decisivo, perchè una simile raccolta di soggetti disposti in quartieri non è neppure pensabile.

*Wendenburg* e *Gerken* riferiscono su una città con 73.000 abitanti. In 10 anni sono stati trovati 999 casi di tubercolosi aperta. 3400 membri di famiglia vivevano in continuo contatto con questi, il 16% divenne tubercolotico. La maggior parte di questi soggetti furono colpiti da tubercolosi nei primi cinque anni dato che essi erano esposti all'infezione. Nel 36% dei casi la malattia sopraggiunse solo dopo che fu eliminata la causa dell'infezione.

In Danimarca le ricerche relative all'ambiente furono sistematizzate in modo particolare da *Lassen*. Le risultanze su Aarhus (comunicate da *Isager*) dimostrano che, mentre la mortalità per tubercolosi nelle città si aggira fra il 8 e il 9 su 10.000, attorno a una fonte di infezione è fra il 60 e il 65.

Queste ricerche sulle condizioni delle città, prese nell'insieme, dimostrano come l'infezione si localizza attorno a centri particolari; questo appare anche più chiaramente se si stralciano alcuni esempi dalla ricerca di dettaglio.

Fra i casi di *Lassen* citiamo i seguenti:

1) Un bambino di 15 mesi muore per tubercolosi acuta; la madre è sana, 3 bambini sono apparentemente sani; (due sono affetti da tubercolosi così grave che devono essere curati). Tutti i bambini sono stati probabilmente infettati da una nonna.

2) Un bambino di anni 2 muore di tubercolosi. La madre è sana. Suo fratello tossisce, ha avuto tempo prima la pleurite; ora viene accertata una tuber-

colosi grave. Nello stesso tempo si scopre che un nipote è affetto di tubercolosi.

3) Un uomo di 29 anni è affetto di tubercolosi attiva. La moglie è sana. 4 bambini: in uno si trova una pleurite, mentre in un altro di 11 mesi ed un terzo di 13 anni sono presenti lesioni tubercolari.

4) Un uomo giovane viene colpito da tubercolosi. Tutti i membri di famiglia sono sani. Viene chiarito che costui lavora presso un barbiere che tossisce leggermente ed ha la bronchite cronica. Da un esame fatto risulta che questi ha una tubercolosi grave.

*Caspesen* ci comunica un caso interessante relativo all'equipaggio di un battello. Un pescatore ha la tubercolosi. Dall'esame degli altri facenti parte dell'equipaggio dello stesso battello risultano ancora due casi di tubercolosi.

*Turner* trovò fra 833 parenti che il 79,3 % era sano mentre il 3,4 % era morto di tubercolosi, l'8,1 % era affetto di tubercolosi polmonare e nell'1,9 % vi era tubercolosi in altri organi; nel complesso l'11,6 % erano affetti da tubercolosi.

Come si trovano epidemie famigliari così si possono trovare anche epidemie scolastiche. *Hansen* ha comunicato un caso nel quale in 17 su 43 bambini è stata accertata una affezione primaria. *Hedwig Traetteberg* ha riferito di una epidemia che proveniva da un maestro.

Anche un materiale casuale ci presenta ugualmente un quadro delle possibilità di infezioni. *Dressler* per es. trova su 455 casi il 4,2 % di tubercolosi attiva ed il 24,1 % di tubercolosi inattiva. Questi risultati hanno una importanza particolare quando si riferiscono a persone che si occupano del commercio di generi alimentari. In seguito a speciali ricerche, *Martin*, *Pessar* e *Goldberg* affermano che, fra questi commercianti del-

la città di New York, 6500 sono affetti di tubercolosi attiva non riconosciuta.

Quale caso particolarissimo di infezione diretta voglio citare il caso di *Kirschner*: un'ostetrica tubercolotica soffiava nella bocca dei neonati per farli respirare. Nel corso di 14 mesi morirono 10 bambini lattanti di encefalite tubercolare.

La possibilità di un'infezione non è esaurita con quanto abbiamo sinora esposto; negli ultimi anni essa si è notevolmente allargata, dopo che si è applicato, su grande scala, il metodo già noto nel 1898, inteso a dimostrare i bacilli tubercolari nell'acqua di lavaggio dello stomaco degli ammalati i quali non hanno mai espettorato.

Con questo metodo si possono dimostrare bacilli in pazienti affetti da tubercolosi polmonare, tubercolosi glandolare, pleurite ed eritema nodoso e coi lavori di *Armand-Delille* e *Vibert* e di *Poulsen* questo reperto è divenuto di dominio comune.

Per illustrare il valore del metodo vogliamo citare il risultato di *Poulsen* nella ricerca sul liquido di lavaggio dello stomaco di 790 bambini con reazione positiva Pirquet:

	Età	Tbc.	Tbc.	Complessivamente
0-1	anno	71	13	84
1	»	68	75	143
2	anni	48	90	138
3	»	31	90	121
4	»	10	62	72
5	»	19	39	58
6	»	12	37	49
7	»	9	45	54
8	»	3	32	35
9	»	3	21	24
10	»	2	10	12
		276	514	790

Quanto sopra dimostra, in quale misura, bambini colpiti da un'affezione apparentemente non pericolosa, possano rappresentare un pericolo di infezione anche quando si tratta di processi latenti come è il caso della tubercolosi ghiandolare. *Poulsen* sostiene che molto raramente una tubercolosi delle linfoghiandole bronchiali non si presenta combinata ad una lesione polmonare.

In proposito citiamo un esempio preso dal materiale dell'autore:

In un bambino di anni 3  $\frac{1}{2}$  si nota all'ilo sinistro un notevole tumore ghiandolare; nella parte destra nulla di anormale. I radiologi non riescono ad apprezzare nessuna alterazione nè della pleura nè del tessuto polmonare. Ad onta di tutto ciò vengono dimostrati bacilli tubercolari nell'acqua di lavaggio tanto in coltura quanto nell'inoculazione della cavia.

Un bambino come questo significa quindi una fonte di infezione; la posizione è ancor più pericolosa quando si tratta di adulti. Il caso seguente è sufficiente ad illustrare ciò in modo convincente:

Una donna di anni 31, che lavora nella lavanderia dell'ospedale, viene colpita da una piccola emottisi che alcune ore dopo si ripete. Essa dichiara di aver avuto una emottisi ancora più piccola 5 anni prima. E' stata esaminata radiologicamente, però nulla è stato notato di anormale e da allora ha vissuto come sana e non ha presentato nessun sintomo di tubercolosi; anche all'ingresso (in ospedale) si sente perfettamente bene. All'atto dell'esame si nota una forte retrazione della parte sinistra del torace. L'esame radiologico dimostra che vi sono delle alterazioni fibrose estese ma non si notano delle alterazioni recenti. La donna non aveva espettorato però alla coltura dell'acqua di lavaggio dello

stomaco si ebbe l'accrescimento di bacilli tubercolari.

Quindi abbiamo qui un caso di tubercolosi cronica fibrosa senza espettorato, però infettivo e in una ammalata che lavorava fra operaie giovani; si hanno quindi abbondanti possibilità di trasmissione della infezione.

Che questo caso non sia isolato risulta dalle indagini fatte da *Clausen* su ammalati senza espettorato. Egli ha esaminato 136 adulti e 152 bambini sotto i 15 anni e in 59 di questi ha trovato dei batteri tubercolari. *Menzel* e *Schramek* su 84 adulti senza espettorato trovarono batteri nel contenuto gastrico in 17 casi.

Il metodo esposto dimostra che anche nei casi di una meningite tubercolare si deve contare sul pericolo di infezione; qui ci troviamo innanzi a casi di tubercolosi chiusa i quali prima d'ora non erano ritenuti infettivi. *Friedländer* ha dimostrato che in 7 casi su 12 si potevano dimostrare bacilli tubercolari nell'acqua di lavaggio dello stomaco ed egli conclude dicendo che, dato il pericolo di infezione, si deve essere molto cauti tanto nei riguardi di questi ammalati quanto di bambini con tubercolosi polmonare.

Le possibilità di infezione però non sono esaurite con la trasmissione da uomo a uomo perchè si devono fare i conti anche coll'infezione degli animali domestici in modo particolare dei bovini. Come è noto, *Robert Koch* affermava che la *tubercolosi bovina* (tipo bovino) non costituiva nessun pericolo per l'uomo, il quale può essere colpito soltanto dal tipo umano. Questa affermazione è stata demolita dagli scienziati danesi *Fibiger* e *C. O. Jensen* e con l'applicazione dei moderni sistemi di valutazione dei tipi (bacillari) si è fatta nuova luce in questo campo.

In Danimarca *K. A. Jensen* ha fatto

numerose determinazioni di tipi. I risultati sono raccolti nella Tabella X. Le cifre indicano la percentuale dei casi di Typus bovinus.

TABELLA X.

ANNI	Tbc. polmonare	Tbc. urogenit. delle arti- colazioni delle ossa	Tbc. delle ghiandole cervicali	Tbc. polmonare	Tbc. urogenit. delle arti- colazioni delle ossa	Tbc. delle ghiandole cervicali	Tbc. polmonare	Tbc. urogenit. delle arti- colazioni delle ossa	Tbc. delle ghiandole cervicali
		1-05		15-30			30		
Copenhaghen . . . . .	6,3	12,5	78,6	2	10	45,2	0	3,3	9,5
Le isole . . . . .	0	4,5	87,5	2,6	10	30,0	1	7,4	0
Jütland orientale e settentrionale . . . . .	6,9	33,3	81,3	5,7	22,2	51,7	4,4	12,4	18,8
Jütland occidentale e meridionale . . . . .	28,6	40,7	85,7	16,9	44,6	55,6	6,7	21,2	23,8

La Tabella X dimostra anzitutto che vi è una grande differenza fra le singole regioni, però le cifre sono concordi nel dimostrare che la tubercolosi ghiandola e poi quella ossea articolare e urogenitale si devono attribuire in primo luogo al tipo bovino. Inoltre si vede come sia predominante la classe di età 0-15. La spiegazione di queste cifre si trova nel fatto che ci troviamo innanzi ad una tubercolosi alimentare causata da latte infetto di vacca. Queste ricerche insieme alle prove tubercoliniche citate dianzi dimostrano che le cifre si possono mettere in rapporto alla diffusione molto varia della tubercolosi bovina nelle varie regioni del Paese anche se è difficile avere delle cifre precise per la sua diffusione.

Le cifre relative alla tubercolosi polmonare nella Tabella sono modeste. Però il typus bovinus si trova, nel caso di revisione, in quantità non piccola.

*Mourier* ha comunicato 55 casi di tubercolosi bovina nei quali 25 ammalati si occupavano direttamente di bovini, 30 avevano bevuto del latte fresco.

*Tobiesen, Jensen e Lassen* hanno comunicato 26 casi di ammalati provenienti da ospedali di Copenhaghen nel periodo 1931-1933. Dei 26 ammalati 10

erano sotto i 5 anni, nessuno superava il 32° anno di età.

In nessuno di questi casi si è potuto dimostrare che l'infezione provenisse da altro individuo, quindi si deve ammettere che in tutti i casi la tubercolosi era di origine alimentare. *Stanley, Griffith e Munro* citano un simile caso di infezione del tipo bovino trasmesso da un individuo all'altro.

I casi sopra esposti di ripartizione dei vari ceppi tubercolari corrispondono ad altre risultanze. Per es. *Mündel e Stempel* hanno trovato l'infezione bovina in Svizzera nei bambini in misura del 37,5 % e negli adulti nella percentuale dell' 8,3 %. Anche in questi casi si trattava di tubercolosi alle ghiandole cervicali e ascellari e di tubercolosi urogenitale, nonchè di tubercolosi della pelle ed articolazioni.

*Savage* espone le seguenti percentuali nella tubercolosi bovina:

	INGHILTERRA		
	Tutte le età	0-4 anni	5-14 anni
Ghiandole cervicali	45,7	85,7	48,1
Lupus . . . . .	48,6	57,3	47,1
Meningite . . . . .	30,1	34,8	31,0
Ossa ed articolaz.	18,0	27,3	13,5
Polmonare . . . . .	0,8	—	—

	SCOZIA		
	Tutte le età	0-4 anni	5-14 anni
Ghiandole cervicali	73,6 (f)	84,9	74,6
Lupus . . . . .	53,8	10,0	60,0
Meningite . . . . .	13,3	16,7	—
Ossa ed articolaz.	42,8	60,5	38,5
Polmonare . . . . .	3,7	—	—

*Price* ha trovato nella tubercolosi dei bambini il 14,1% di tubercolosi bovina, e il 3,5% negli adulti. *Griffith* e *Menton* nel 1936 hanno avuto nello Staffordshire i seguenti risultati riguardo alla tubercolosi bovina: 6 casi di tubercolosi ghiandolare, 5 su 12 casi di meningite e 10 su 29 casi di tubercolosi delle ossa e delle articolazioni.

Fra gli ammalati di lupus danesi si trovarono 20 ceppi umani, 12 bovini e 4 atipici.

Si conoscono anche affezioni oculari provocate da ceppi bovini. *O. Blegvad* e *K. A. Jensen* per es. hanno descritto la congiuntivite primaria nelle lattivende.

Un riesame sistematico probabilmente confermerà che l'infezione bovina ha un'importanza grandissima corrispondentemente a quanto già dimostrato. Dobbiamo aggiungere che clinicamente essa è della stessa importanza per il corso della malattia che ha il tipo umano.

Sinora abbiamo parlato soltanto della mucca quale fonte di infezione. E' possibile che anche altri animali domestici abbiano importanza. *Hjärne* trova per esempio la tubercolosi nell' 80 % dei cani di Stoccolma. I reperti non sono ancora, tuttavia, sufficientemente chiari.

Gli esempi esposti relativi alle possibilità di infezione in una società ci dicono che le fonti sono multiple e fanno comprendere la grande diffusione della tubercolosi. Esse dimostrano anche quanto sia difficile discutere la possibilità della eredità tubercolare. Il grande

numero delle tubercolosi bovine nei bambini illumina questo fatto. Le fonti di infezione entro i limiti delle famiglie offrono in molti casi una spiegazione sufficiente.

E' così l'infezione diretta, la quale acquista importanza per l'accettazione nell'assicurazione vita; il pericolo d'infezione, contrariamente a quanto si faceva nei giudizi precedenti, che si basavano sulla disposizione ereditaria, che deve essere valutato. *Lange* fa notare che nella profilassi pratica della tubercolosi si deve tener conto del pericolo di infezione ed egli è dell'opinione che i fattori ereditari non sono di nessuna importanza nella frequenza dell'infezione.

Tutto ciò non impedisce però che parecchi autori parlino ancor sempre di una « disposizione ereditaria » per la tubercolosi. Ciò si dovrebbe basare anzitutto sulle ricerche relative ai gemelli le quali dimostrano che nei gemelli monocorii si nota una analogia nel decorso della tubercolosi nel 70 % dei casi, mentre questa affinità si avrebbe soltanto nel 25% dei gemelli bicorii. *Lange* crede però che sulla base di quanto su esposto, non si possano trarre tali conclusioni in rapporto coll'eugenica, che attualmente ha così grande importanza in Germania.

La disposizione tubercolare si deve manifestare nella struttura somatica e ciò ci conduce al secondo elemento capitale, cioè alla costituzione che si manifesta qui particolarmente nella altezza e nel peso. Sono gli uomini di debole struttura, con torace poco sviluppato quelli che, costituzionalmente, dovrebbero costituire la base della tubercolosi. Ricordiamo i dati relativi alla sopra-mortalità nei soggetti giovani con sottopeso.

Anzitutto dobbiamo far notare che se l'ereditarietà e la costituzione fossero di

importanza particolare per la diffusione della tubercolosi, si dovrebbe necessariamente ammettere che « popolazioni pure » senza « disposizione ereditaria » e con buona costituzione fisica dovrebbero essere insensibili alla tubercolosi in grado veramente notevole. Invece accade il contrario.

Quando la tubercolosi colpisce una popolazione « pura », essa colpisce i soggetti con straordinaria gravità e con un decorso così rapidamente mortale quale raramente si osserva in Paesi infetti. Si comprende benissimo come questa mortalità per tubercolosi possa essere distruttrice nei Paesi tropicali ove la popolazione viene a contatto della tubercolosi per la prima volta. Vogliamo ricordare la circostanza curiosa che lo stesso fenomeno si è verificato per mandrie di bestiame puro. Si vedono intere mandrie di bestiame di Jersey perire in seguito alla diffusione dell'infezione tubercolare.

Durante la guerra si ebbe la conferma numerica di questo fatto. *Cummins* riferisce per es. che delle truppe inglesi combattenti in Francia nel 1917-18 per un quantitativo medio di 1.500.000 uomini, 2881 furono colpiti da tubercolosi e ne morirono 165. Su di una massa media di 11.000 indigeni sudafricani ne ammalarono 327 e ne morirono 182, quindi in numero maggiore che nell'esercito inglese che era di milioni di uomini. La mortalità degli inglesi era del 5,7 %, quella degli africani era del 56 per cento. Queste truppe erano state esaminate prima della partenza.

Nelle reclute senegalesi *Barrel* trovò soltanto nel 4-5 % reazione tubercolinica positiva. Ad onta di tutte le cure la mortalità per tubercolosi andò aumentando di anno in anno. Mentre nel 1916 furono segnalati 48 casi, nei primi mesi del 1919 si segnalavano 298 casi e la

mortalità per tubercolosi fu nel 1917 del 6,24 % e nel 1918 dell'11,14 %.

Per confronto ci si può servire del materiale di *Hayek* il quale materiale comprende 1662 casi di guerra:

*prima* della guerra esente da tubercolosi: anamnesi negativa, nessun sintomo di « disposizione » in 389 casi; fra questi cattiva prognosi oppure morte in 127 soggetti — cioè nel 30 %;

*prima* della guerra sospetto di tubercolosi: esposizione all'infezione in famiglia, precedenti malattie sospette, oppure sintomi di una disposizione in 577 casi; fra questi cattiva prognosi oppure morte in 113 soggetti cioè nel 19,5 %;

*prima* della guerra tubercolosi già manifesta in 696 casi; fra questi prognosi cattiva oppure morte in 112 casi cioè nel 16,3 %.

Questo materiale conferma appunto che gli individui non tarati rappresentano il contingente più forte della tubercolosi.

Come dicevamo, la mortalità per tubercolosi è diminuita notevolmente in molti Paesi. Nei centri industriali europei si vede come vi sia un miglioramento in seguito alle misure igieniche moderne, sebbene gli operai occupino le officine a migliaia e sebbene tutti siano ereditariamente tarati. *Hayek* fa notare come la mortalità per tubercolosi vada diminuendo più intensamente a Bochum, Essen e Barmen che in tutta la Germania. Per contro, il Tirolo, col suo sole, con la sua aria di montagna e con la sua popolazione composta di forti contadini, ha la maggiore mortalità per tubercolosi di tutti i Paesi civili.

*Hayek* valuta i segni della cosiddetta disposizione tubercolare quale sintomo di una affezione già esistente. Egli ricorda che *Wenckelback* ha trovato la costituzione astenica molto spesso tra i Frigi tanto che quasi nessuna tubercolosi è stata osservata senza costituzione

astenica. Al contrario fra gli Alsatiani non si trova quasi nessun soggetto astenico, però ci sono molti tubercolotici senza astenia. L'opinione di *Hayek* è confermata dalle risultanze sanatoriali. *Feldweg* e *Neuer* trovarono per es. che nel loro materiale di tubercolotici morì il 40 % di astenici, e invece soltanto il 5 % di stenici, di forte struttura e la metà di questi non morì in seguito alla morte consueta dei tisiaci ma in seguito a forti emorragie oppure a malattie extra polmonari. *Frisch* e *Eiselberg* fanno notare che essi non conoscono nessun caso di *habitus phtisicus* senza tubercolosi. *Brugsch* ammette che fra i tubercolotici il 67 % ha il torace piatto, il 17 % lo ha di media grandezza ed il 16 % grande.

La astenia non deve essere scambiata con la persona affetta di *habitus phthisicus*, dato che essa rappresenta un quadro del tutto determinato, il quale indica uno sviluppo che procede con ritmo più lento che nei soggetti normali. Quindi essa non ha nulla di comune con la « struttura somatica tubercolare ». La opinione ricordata sopra di *Hayek* circa l'abito tubercolare quale espressione di una malattia già superata viene confermata dall'esempio seguente: 2600 orfani vengono esaminati. La metà di questi orfani proviene da famiglie tubercolotiche quindi l'A. ha avuto la possibilità di svelare con la loro costituzione la « disposizione tubercolare ». La loro massa è paragonata con le cifre provenienti da 30.000 misurazioni. E' risultato che i « tarati da tubercolosi », i quali erano vissuti in ambienti buoni come gli altri, erano ugualmente bene sviluppati. In un lavoro antropologico del 1934 *Schüler* esamina anche questa questione ed afferma che non vi è nessuna struttura tipicamente tubercolare.

In un lavoro del 1935 *Hayek* si oppone energicamente alla sopravvalutazione del concetto di costituzione nella tubercolosi, in quanto con ciò si omette di tener conto del fatto che gran parte delle tubercolosi familiari non dipendono da ragioni costituzionali bensì da fattori esogeni in seguito a convivenza continua con tubercolosi.

Nella valutazione di tutti questi problemi relativi alla diffusione della tubercolosi si deve tener conto, in grado non trascurabile, delle condizioni su esposte di migliore igiene e del crescere in buone condizioni ambientali. In diversi lavori *Scheel* sostiene che il miglioramento di queste condizioni è la ragione che determina la diminuzione della mortalità per tubercolosi.

Ciò, in sè e per sè, è una conferma delle vecchie risultanze delle società di assicurazione che cioè la massima mortalità per tubercolosi si trova fra gli assicurati che risultano assicurati per piccoli capitali. I vecchi dati della Gotha-Bank ci presentano per la tubercolosi le seguenti percentuali della mortalità effettiva rispetto a quella calcolata nelle assicurazioni seguenti:

sino a 3000 . . . . .	131,8
3000-6000 . . . . .	95,2
oltre 6000 . . . . .	65,6

L'opinione di *Scheel* circa l'importanza delle condizioni sociali corrisponde esattamente alle ricerche relative alla mortalità per tubercolosi nei vari strati della popolazione. *Faber* e *Lindhard* per es., ripartendo il materiale in « classe superiore » (I), in « classe media » (II), ed in « classe operaia » (III), trovano una mortalità per tubercolosi polmonare su 10.000 curati negli anni 1928-32 di 5.0 per la prima categoria, di 9.5 per la seconda categoria e 13.2 per la terza ca-

tegoria. Per le ammalate di sesso femminile le cifre sono di 3.2 per la prima categoria, di 9.4 per la seconda categoria e 12.9 per la terza categoria.

Queste ricerche hanno dimostrato inoltre un aumento della mortalità per le donne nubili costrette a guadagnarsi il pane da sole e questa mortalità è particolarmente elevata nelle classi di età dai 15 ai 24 anni.

Questi risultati corrispondono a quelli delle altre fonti. *Faber* cita per es. *Greenwood* il quale ha dimostrato che la mortalità per tubercolosi è aumentata notevolmente fra le donne nell'industria delle munizioni. *Bentley* riferisce che a Londra la mortalità per tubercolosi è maggiore nelle ragazze di 15-25 anni che prima della guerra. Contemporaneamente è molto diminuito il numero delle donne di servizio a Londra come espressione del fatto che queste cercano altre e più redditizie professioni.

Queste ricerche sono interessantissime per l'assicurazione vita ove questi giovani individui devono essere valutati. Quindi è necessario tener conto di questi dati all'atto del giudizio del rischio.

Se si vuole quindi abbandonare il concetto di costituzione come elemento fondamentale per la valutazione di tali uomini e se si vuole ricercare la spiegazione della disposizione o refrattarietà contro la tubercolosi quale malattia, si deve venire ad ammettere una immunità più o meno accentuata quale mezzo difensivo ed in tal caso si dovrà contare su variazioni di resistenza nei riguardi della tubercolosi.

Come abbiamo già veduto, le popolazioni sane, che non sono state a contatto colla tubercolosi, hanno una resistenza molto piccola contro la malattia. La resistenza, che la popolazione presenta in società infette, è basata su di una infezione già superata la quale trova la

sua espressione nella reazione positiva della tubercolina.

Ciò è stato dimostrato in modo particolare con le ricerche iniziate da *Scheel*, continuate in seguito da *Heimbeck*. Si può probabilmente contare sul fatto che non vi è un'immunità congenita contro la tubercolosi e che essa si acquista e per questa ragione la malattia diviene di importanza così catastrofica per coloro che non sono infetti.

In Norvegia *Johannesen* ha dimostrato che allievi di seminari, provenienti da regioni pure, vengono infettati in grado molto maggiore di altri soggetti. Però le ricerche di *Heimbeck* sulle suore di carità hanno destato l'attenzione in maniera particolare.

Egli ha trovato che sulle suore di carità, fra 20 e 25 anni, circa la metà è Pirquet positiva, mentre la metà è Pirquet negativa, al momento in cui iniziano la loro attività. Le prime divengono raramente tubercolose: delle altre invece molte si ammalano e praticamente tutte acquistano la reazione Pirquet positiva quale espressione dell'infezione avvenuta. In una statistica del 1931, fra 282 suore di carità con reazione positiva sono stati trovati 9 casi con tubercolosi; di 215 casi con reazione negativa ne sono ammalati 71. La reazione Pirquet è quindi un segno di immunità.

L'infezione molto leggera e non visibile di tubercolosi significa quindi in seguito all'immunità così acquistata, un vantaggio per l'individuo che vive in un ambiente infetto. Per raggiungere questo vantaggio, *Calmette* ha elaborato il suo metodo il quale ha per scopo di innestare bacilli poco virulenti in quegli individui che non sono Pirquet positivi e quindi ottenere la positività di questa reazione. L'importanza di tutto ciò viene illustra pienamente dai dati di *Cummin*, *Barrel* e *Hayek* su un materiale costituito di soldati.

La resistenza contro la tubercolosi raggiunta con l'infezione leggera non è assoluta ma soltanto relativa. Essa può essere superata per es. riducendo la capacità di resistenza dell'individuo nelle malattie infettive (vedi sotto malattie infettive) oppure influenzando costantemente e intensamente su di una fonte di infezione.

L'immunità relativa raggiunta con una infezione leggera deve costituire la base per la spiegazione del fatto che la infezione tubercolare fra i coniugi è relativamente rara. *De Besche e Jörgensen* hanno trovato su 742 casi di matrimoni soltanto 11 di tali casi in cui si è potuto notare una infezione nel matrimonio. *Sofia Tillisch* prospetta una percentuale del 6.2 %. *K. Isager* trova soltanto il 2.2 % di tubercolosi attiva. Cifre molto maggiori furono segnalate da *Opil e Mac Phedron*, e cioè:

Nella tubercolosi infettiva nell'uomo, la moglie viene infettata nel 12.7 % ;

nella tubercolosi infettiva nella donna, il marito viene infettato nel 12 % ;

nelle tubercolosi chiuse, le donne vengono infettate nel 4.5 % dei casi e gli uomini nell'8.3 %.

*Vajda* in un lavoro del 1936 ha affermato che la percentuale di infezione nelle donne è del 18 % mentre quella negli uomini è del 12.5 % ; si tratta quindi di cifre alte come quelle di *Opil e Mac Phedron*.

All'atto di giudicare il rischio relativo all'assicurazione vita, si dovrà dunque tener conto anche di questi elementi.

Quale sintesi di quanto è stato detto si deve farne risaltare il risultato puramente pratico, che cioè nel giudicare il rischio per l'assicurazione vita i concetti « disposizione ereditaria alla tubercolosi » e « disposizione tubercolare » si devono sostituire coi concetti « rischio di infezione e resistenza contro la tubercolosi ».

### C. - *La prognosi relativa alla tubercolosi polmonare.*

Data la grande importanza della tubercolosi nel campo assicurativo è necessario, per il giudizio dei candidati, di eseguire una normale stetoscopia. Se lo esame del medico scopre un « raffreddore », una « bronchite » si deve attendere; si deve rimandare la decisione sino al momento in cui un nuovo esame dimostri che tutti i rumori sono scomparsi. L'autore cita, in base alla sua pratica, alcuni casi in cui il medico ha notato l'esistenza di una bronchite « benigna » la quale in un secondo momento fu identificata per tubercolosi incipiente.

In tutti i casi dubbi è necessario al momento di una eventuale decisione di chiedere un periodo di carenza e determinare un premio come se la tubercolosi fosse stata già constatata; in seguito, subito, oppure, secondo le circostanze, dopo un certo tempo, provvedere ad una revisione a mezzo di uno specialista. Lo esame dello specialista deve comprendere la radioscopia, ed eventualmente una radiografia quale unico metodo sicuro nei casi dubbi.

Data la alta mortalità per tubercolosi è necessario, nel giudicare i candidati tubercolotici applicare un periodo di carenza. E' importante, per il giudizio, sapere quale potrà essere la durata della malattia. Per la tubercolosi superata è necessario sapere quale è il pericolo di una recidiva. Dati i lunghi periodi di malattia e l'influenza della malattia sulla capacità di lavoro è necessario in tutti i casi togliere ai candidati il diritto ad un trattamento di favore nel caso di invalidità, non a quello in caso di infortunio; e ciò sino a tanto che viene pagato il soprapremio.

*Fürth*, il quale ricorda l'importanza di queste questioni tanto per l'assicurazione sociale quanto per l'assicurazione vi-

ta, afferma giustamente che è cosa difficilissima formarsi una base sicura fissando cifre precise circa la durata della tubercolosi e ciò in seguito alle difficoltà che si presentano per il carattere stesso della malattia. Comunque nei casi avanzati egli calcola su di una durata di 4-6 anni. Data l'importanza del periodo di carenza vogliamo citare alcuni esempi presi dalle ricerche degli ultimi anni.

H. e L. Bames hanno trovato in 1576 casi di tisi a decorso mortale nell'uomo una durata media di vita di mesi 37.93; in 970 casi di donne un periodo medio di mesi 34.81; in pazienti con precedente emottisi una media di mesi 43.37, senza emottisi una media di mesi 32.29. In un lavoro precedente, questi autori hanno raccolto 1454 casi di tisi cavernosa. Essi trovano una mortalità a distanza di 1, 2, 3, 5 e 15 anni dalla scoperta della caverna di 80.82, 85.90 e 95 %. Harriet Moller e Porsaa hanno osservato alla Stazione per i tubercolosi di Frederiksberg, che su 234 ammalati con batteri nello sputo il 57 % sono morti entro 5 anni, quindi un periodo di vita di 2.2 anni. In una relazione del 1936 della stessa stazione Groth Petersen ha trovato una durata media di vita di 2.9 anni, probabilmente quale espressione della diagnosi precoce.

Una analoga durata di vita è segnalata da Jacobsen. Egli ha esaminato 896 casi. Dopo il primo reperto di bacilli morirono:

dopo 0-1 anno . . . . .	100
» 1-2 anni . . . . .	172
» 2-3 » . . . . .	85
» 3-4 » . . . . .	57
» 4-5 » . . . . .	30

—  
444 = 48,7 %

In quei casi nei quali i batteri furono trovati per la prima volta in Sanatorio, la durata media della vita fu di anni 1.9.

Questa durata media straordinariamente bassa per gli ammalati di tubercolosi si trova ugualmente nei dati sanatoriali quali sono esposti da Kjer-Peterson: egli trova un periodo di vita medio di 1.4-1.8 anni sul 76 % dei tisici bacilli positivi da poco riconosciuti. Egli ricorda, dal rapporto del medico comunale, che nel 1924 furono riscontrati 892 casi di tubercolosi: di questi morì il 47 per cento prima della fine del 1925, una mortalità, quindi, altissima. Ricordiamo che Braening nella tubercolosi aperta dà una cifra del 70 %.

In aperto contrasto con queste cifre molto basse di durata media di vita dei tubercolotici, la Statistica medica ufficiale parla di 7-8 anni. Faber trova a Vejle la cifra di circa 7 anni e cita che Sir Robert Philip dal tubercolosario di Edinburg viene alla conclusione che il periodo di vita deve essere fissato a circa 10 anni. Münchbach in seguito ha esposto una serie di esperimenti tolti dalla letteratura.

Nel giudicare l'assicurazione vita ben raramente si presenteranno dei casi acuti di tubercolosi. In base a quanto sopra esposto è raccomandabile rifiutare tali casi.

Non è invece raro che dei casi cronici chiedano l'assicurazione ed allora ci si assicurerà contro il rischio maggiore nei primi anni con l'applicazione di un periodo di carenza di 5 anni.

La prognosi dei casi guariti di tubercolosi, dal punto di vista assicurativo, deve essere giudicata con molto scetticismo ed all'atto di esprimere un giudizio è necessario andare molto cauti. Vogliamo citare alcuni dati degli ultimi anni:

Edel e Adler hanno protratto l'osservazione per 3-7 anni in 200 casi di tubercolosi produttiva agli apici. Si trattava in tutti di soggetti clinicamente malati (non presentavano solamente al-

terazioni radiologiche). In 12 (il 6 %) si sviluppò una tisi progressiva, 37 (il 18.5 %) andarono incontro a recidive, mentre 151 (il 75 %) restarono stazionari o guarirono.

*Wherrett* ha esaminato 2031 ammalati di sanatorio 1-13 anni dopochè ebbero abbandonato il Sanatorio. Dei pazienti di primo stadio il 75.25 per cento erano abili al lavoro, mentre soltanto il 39.88 per cento degli stadi avanzati era abile al lavoro. Anche il materiale di questo autore conferma l'importanza del bacillo dato che soltanto il 15.15 % dei decessi non avevano eliminato dei batteri, mentre l'84.85 % avevano fatto ciò.

*Straandgaard* trova nel suo materiale sanatoriale quanto segue:

Nel 1° stadio l'85 % dei pazienti vive per 5 anni dal giorno in cui abbandona il sanatorio, 3,4 dopo 10 anni e la metà dopo 15 anni. Nel secondo stadio una buona metà vive 5 anni, meno della metà 10 anni ed 1/4 15 anni dopo il giorno in cui ha abbandonato il Sanatorio. *Straandgaard* riassume i suoi dati relativi alla prognosi buona nei termini seguenti: Piccola diffusione, breve durata, nessuno oppure pochi batteri, nessun sintomo oppure febbre leggera, nessuna complicazione, peso normale. Un adenite supurata ed una pleurite priva di bacilli sono elementi che facilitano il miglioramento della prognosi.

*Lange-Nielsen* ha provveduto a ricerche sulla mortalità servendosi del materiale di Sanatori norvegesi. Nell'intero materiale egli trova una mortalità la quale è dodici volte superiore alla mortalità della popolazione norvegese di sesso maschile. Ripartendola per stadi, la mortalità cambia alquanto. Per i pazienti nel 1° stadio la mortalità media è di 2.7 volte la mortalità normale, nel 2° stadio di 7.5 volte e nel 3° stadio di 27.5 volte.

Per l'assicurazione è cosa interessante

conoscere il periodo della maggiore mortalità. *Lange-Nielsen* segnala, per il primo stadio, nel primo anno dopo l'abbandono del sanatorio, una mortalità favorevole; soltanto nel 2° e 3° anno la mortalità raggiunge il suo massimo con una percentuale del 6.1 volte i morti previsti. Però anche per i casi avanzati del 2° stadio troviamo nel 2-3 anno un massimo di 10.0.

	1° anno	2°-3° anno	4°-5° anno	6° ed oltre
1° stadio	0,6	6,1	1,9	1,9
2° »	4,4	10,0	8,6	4,9

L'importanza del reperto bacillare positivo per la mortalità viene confermata anche da questo materiale. Per gli ammalati del 2° stadio, la mortalità è di 3.8 volte il normale per quelli nei quali non è comprovata l'esistenza di bacilli; è del 6.5 nei pazienti per i quali i bacilli sono scomparsi e di 14.4 volte del normale nei pazienti con reperto bacillare positivo.

*Münchbach* ha raccolto un materiale nei Sanatori di circa 10.000 casi. I suoi risultati sono esposti nella Tabella XI ed a titolo di paragone sono riportate le cifre di *Hamel* e quelle di *Krebs* (citate da *Münchbach*).

TABELLA XI.

Morti nel	1° Stadio			
	Münchbach	Hamel	Krebs	Tubercolosi attiva Münchbach
1° anno	2,1 %	2,2 %	2,1 %	43,1 %
2° »	3,5 »	4,4 »	3,5 »	51,7 »
3° »	4,3 »	6,6 »	4,3 »	60,1 »
4° »	5,5 »	8,0 »	5,5 »	66,9 »
5° »	6,7 »	9,4 »	7,9 »	72,0 »
6° »	7,9 »	10,3 »	—	75,2 »
7° »	8,6 »	10,8 »	—	76,0 »
8° »	9,6 »	12,4 »	—	76,9 »
9° »	5,3 »	16,8 »	—	72,8 »

Morti nel	Münchbach	Hamel	Krebs	Tubercolosi attiva Münchbach
<i>2° Stadio</i>				
1° anno	5,2 %	7,3 %	8,7 %	—
2° »	10,3 »	13,5 »	20,8 »	—
3° »	14,5 »	17,7 »	31,5 »	—
4° »	18,2 »	22,0 »	40,2 »	—
5° »	21,7 »	25,0 »	44,9 »	—
6° »	24,4 »	26,8 »	—	—
7° »	27,2 »	28,5 »	—	—
8° »	28,4 »	31,2 »	—	—
9° »	28,6 »	33,8 »	—	—
<i>3° Stadio</i>				
1° anno	23,6 %	31,9 %	28,8 %	—
2° »	36,7 »	46,0 »	52,1 »	—
3° »	43,9 »	52,8 »	63,6 »	—
4° »	50,8 »	56,0 »	72,0 »	—
5° »	55,5 »	57,0 »	77,1 »	—
6° »	60,4 »	57,2 »	—	—
7° »	61,6 »	58,1 »	—	—
8° »	63,9 »	59,1 »	—	—
9° »	66,6 »	68,2 »	—	—

scente) la quale raggiunge il suo grado massimo più tardi di quanto non risulti dai dati di *Lange-Nielsen*. Nella Tabella inoltre sono esposte le cifre di *Münchbach* relative alla mortalità della tubercolosi aperta. Essi ci offrono un quadro esatto della prognosi seria di questa forma.

Non ha nessuno scopo voler entrare in merito alla prognosi dei casi particolarmente gravi: essi non sono adatti per la assicurazione.

Da quanto si è detto risulta che *si deve provvedere con molta precauzione al giudizio dei candidati affetti da tubercolosi e nella maggior parte dei casi si raccomanda di farsi rilasciare un parere del medico specialista, di provvedere ad esami radiologici ecc.* Il giudizio si divide in tre parti: 1) il giudizio su quelle persone che sono state affette da tubercolosi, le quali però affermano di essere attualmente sane, 2) il giudizio su quelle persone le quali presentano ancora qualche sintomo di tubercolosi attiva, 3) il giudizio di quelle persone che sono sane le quali però sono state esposte ad una infezione.

1) Il giudizio su quelle persone che sono state affette da tubercolosi incontra difficoltà perchè molto malagevole il poter decidere in un determinato caso se un processo è passato in stato di « riposo » o meno, se la tubercolosi è « attiva » oppure « inattiva ». In questo caso è necessario applicare tutti i metodi di ricerca, prolungare l'osservazione per lungo tempo e in differenti circostanze (lavoro, ecc.). Facciamo notare che si può benissimo avere una reazione di sedimentazione normale in una tubercolosi attiva.

Vengono accettate a premio normale soltanto quelle persone che sono sane da 10 anni: esse devono avere almeno 25 anni ed il peso deve essere normale. La assunzione avviene unicamente in base

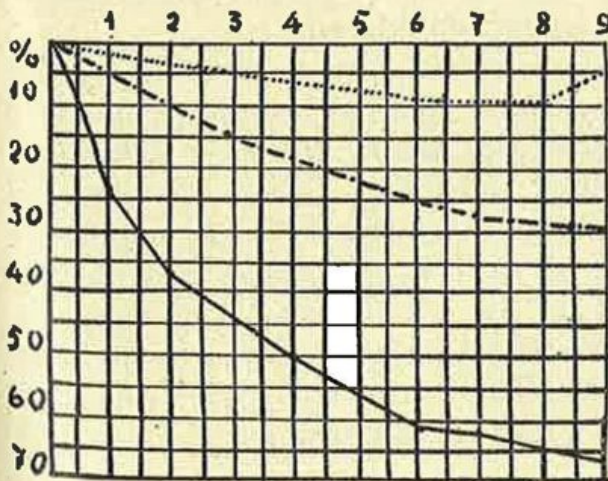


Fig. 2. — % dei morti nei 3 stadi  
 - - - - - 1° stadio  
 . . . . . 2° stadio  
 ————— 3° stadio

La figura 2 ci presenta un prospetto della Tabella. Qui vi troviamo tanto nel primo quanto nel secondo stadio una curva uniformemente decrescente (cre-

ad un parere medico. Se le condizioni non sono buonissime oppure non è trascorso un numero sufficiente di anni, si applicherà un modesto sopra-premio con riserva di rivedere in seguito la cosa.

Se dalla malattia sono trascorsi soltanto 5 anni, si applicheranno la Tabella T1 e la revisione dopo 5 anni. Prima di tale periodo si applicherà la Tabella T ed una carenza e non si applicherà la clausola per il caso di invalidità bensì unicamente quella relativa agli Infortuni, però sempre con riserva di provvedere ad una ulteriore revisione se sarà possibile. Se si è trattato di processi più gravi, si sarà costretti talvolta ad applicare la Tabella più rigida oltre i 5 anni.

2) Per il giudizio di ammalati con tubercolosi attiva, il giudizio dipenderà dal carattere del processo.

Quando si tratta di casi acuti, è impossibile giudicare il rischio, è raccomandabile rifiutare il rischio.

Spesso si tratta però di casi che sono rientrati nello stadio di riposo, i quali però si manifestano unicamente come bronchite cronica e per i quali il rapporto informativo afferma che essi da molto tempo sono rimasti invariati. In questi casi si possono accettare i candidati o secondo la Tabella T oppure con l'applicazione di un sopra-premio nel caso ciò sia necessario. Non sarà necessario applicare il periodo di carenza.

3) Come risulta da quanto sopra esposto, il rischio di infezione diretta ha una importanza grandissima nella clinica della tubercolosi. Perciò se vi è in tutto ciò che circonda il candidato — particolarmente nella famiglia — una fonte di infezione, sarà raccomandabile di tener conto di questa circostanza al momento in cui si giudica il rischio. Siccome il rischio maggiore si trova prima del 30° anno di età, le persone sotto i 30 anni, le quali a casa sono esposte ad una infezione tubercolare oppure vi sono sta-

te esposte negli ultimi 3 anni, dovranno essere giudicate con l'applicazione di un piccolo sopra-premio ( 5 anni di aumento di età oppure 3 più 2 anni) e sarà applicata la clausola di invalidità soltanto nel caso di Infortuni. Il soprappremio cade al 30° anno di età oppure dopo 3 anni a datare dal giorno in cui la fonte d'infezione è stata eliminata.

La cura moderna della tubercolosi si serve in molti casi di cure molto radicali le quali in parte hanno effetto transitorio, in parte determinano delle alterazioni permanenti.

Fra i primi metodi ricordiamo la cura pneumotoracica col quale metodo si elimina ogni funzione del polmone introducendo dell'aria fra il polmone e la parete del torace e con ciò si ottiene la base per la guarigione. Quando la cura è terminata, l'aria viene riassorbita, il polmone si dilata e diviene nuovamente efficiente.

La cura pneumotoracica non suole essere la prova che si è trattato di un processo particolarmente grave, dato che in generale essa viene applicata nei processi leggeri unilaterali.

Con questa cura è possibile rendere il paziente abile al lavoro per un certo periodo di tempo. *Harms* e *Grünewald* hanno raggiunto questo risultato nel 55 % di 602 pazienti. Un grande numero di pazienti può essere guarito gradualmente con la cura pneumotoracica. *Münchbach* ha confrontato i suoi risultati relativi al pneumotorace con quelli di *Roloff* ed ha trovato:

Periodo di osservazione in anni	Mortalità	
	Roloff	Münchbach
—	—	—
2- 5	36,7	32,1
6- 8	63,6	57,1
9-12	85,5	72,7

*Katz* ha raccolto dalla letteratura 1534 casi ed ha notato il 44.5 % casi di morte su di un periodo di osservazione di

7-15 anni, nel proprio materiale ha trovato il 57.9 % su 3-19 anni. *Münchbach*, in base al suo vasto materiale, conta su di una durata media di vita di 5 anni.

Per il giudizio relativo all'assicurazione vita la cosa più raccomandabile sarà ritenere come affetto da tubercolosi attiva colui che è curato con pneumotorace e di rivedere il caso ed esprimere il relativo giudizio solamente a cura ultimata.

Di importanza notevole sono gli atti operativi. Tagli del nervo frenico e toracotomia.

Con la prima operazione (frenicotomia, frenicoexeresi) si ottiene una paralisi del diaframma, e, attraverso il suo innalzamento, la messa in riposo del polmone e ciò, in certi casi, è sufficiente per guarire il processo morboso del polmone.

*Meiners* riferisce per es. circa una revisione di 101 pazienti, operati in questo modo e tenuti in osservazione per 2 anni. Di questi morirono 35; 39 osservati per 2 1/2-6 anni, erano privi di bacilli, 38 perfettamente abili al lavoro, 56 si sentivano bene, 36 erano senza tosse, 26 avevano poca tosse, 4 avevano tosse forte.

La paralisi del diaframma, determinata dall'operazione, è permanente, perciò questi ammalati, anche dopo la guarigione della loro tubercolosi, non potranno essere accettati in assicurazione a premio normale. Per ciò che riguarda il giudizio su questi soggetti, essi do-

vranno essere giudicati con gli stessi criteri che si applicano per coloro che si sono sottoposti ad una resezione del torace o a una toracoplastica.

Con questa operazione si fa una estirpazione parziale di più costole allo scopo di determinare una messa in riposo delle caverne con conseguente guarigione. In questo caso si tratta di ammalati molto gravi i quali, non operati, presentano una mortalità straordinariamente elevata.

Nel campo assicurativo hanno importanza gli esami di controllo. *Rischel* segnala su 130 ammalati, con un periodo di osservazione di 1-17 anni, che 55 (il 42 %) erano abilissimi al lavoro, 44 (il 34 %) parzialmente abili al lavoro e 28 (il 22 %) inabili al lavoro. Il 77 % di questi pazienti erano esenti da bacilli. *Derek* segnala dopo 2 anni che su 177 operati, 101 erano in vita; dopo 5 anni 47 pazienti erano in vita su 100 soggetti operati; dopo 8 anni 18 pazienti erano in vita su 44 soggetti operati.

Guarita la tubercolosi con le due operazioni su esposte, i soggetti presentano un vizio permanente nella funzione degli organi toracici. Il giudizio quindi non deve soltanto tener conto della tubercolosi applicando la carenza, bensì, applicando un soprapremio costante, si dovrà tener conto dello sforzo maggiore del cuore. In relazioni successive ritorneremo su questo argomento.

## 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.

# Il rischio Professionale in Assicurazione vita

Dott. ALBERTO DI LILLO

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

Il lavoro che l'uomo compie nei diversi campi delle attività produttive, nei cantieri, negli opifici, nelle officine, nei laboratori, nelle miniere, nei campi, ecc. comporta spesso danno alla sua salute (malattie da lavoro) per l'azione di agenti fisici (temperature abnormi, variazioni barometriche, umidità, rumori, scuotimenti, ecc.), chimici (polveri, gas e vapori tossici, irritanti, ecc.), batterici (carbonchio, morva, tetano, tubercolosi, sifilide, actinomicosi, afte epizootica, ecc.); per ripetizione eccessiva ed uniforme degli stessi movimenti, per abuso funzionale dei vari organi, ecc. senza dire degli infortuni cui è soggetto ed i cui effetti si risolvono ora nell'invalidità (temporanea o permanente, parziale o totale) ora nel sinistro di morte.

Mi limito a ricordare come le malattie professionali danneggino non soltanto singoli valori umani, come gli infortuni, ma spesso anche la prole e quindi la razza; e come siano dannose non solo per se stesse, ma anche in quanto influiscono ad accrescere notevolmente la morbi-mortalità generale, poichè predispongono a molte malattie comuni e ne aggravano le conseguenze (RANELLETTI).

Con l'impiego sempre più largo delle macchine nel campo dell'industria, se da una parte si sono raggiunte una maggiore produzione ed una attenuazione degli effetti della fatica nel lavoro manuale, è aumentata, dall'altra, nonostante i mezzi adottati per una efficace profilassi, la possibilità dell'infortunio. Si verificano annualmente 357.000 infortuni con 1250

morti e 20.000 inabilità permanenti con circa 300 milioni d'indennità.

La necessità di adeguare l'industria nazionale a quella estera, per far fronte e resistere alla concorrenza, ha fatto abbandonare metodi di lavorazione ormai sorpassati, per adottarne di più moderni in rapporto ai progressi scientifici specialmente fisico-chimici, seppure con maggiore rischio e pericolo per la salute dei lavoratori. E' così che le nostre fiorenti industrie, oggi, svolgono lavorazioni che una volta costituivano novità con l'attributo di nomi esotici.

La legislazione medico-sociale italiana, sancita dal Governo Fascista, nell'intento di tutelare e difendere in tutti i modi le classi lavoratrici dai pericoli e dai danni del lavoro insalubre e pericoloso, ha approntato ed adottato larghe provvidenze: assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, assicurazione contro le malattie professionali, assicurazione contro la tubercolosi, Opera Nazionale Maternità ed Infanzia con speciali disposizioni di tutela per la madre operaia, istituzione dell'Ispettorato Medico Corporativo per lo studio delle condizioni igieniche nelle quali il lavoro si svolge e l'applicazione di norme atte ad impedire gli eventuali danni inerenti al lavoro stesso, ecc.

Grazie alla realizzazione di tali forme di provvidenze igienico-sanitarie, alle istituzioni di assistenza sociale a favore dei lavoratori ed ai progressi raggiunti dalla Medicina del Lavoro che, studiando le malattie professionali, ne addita i

mezzi efficaci di prevenzione avendo essa come insegna il noto motto di Ramazzini: «longe praestantius est praeservare quam curare», possiamo affermare che molte lavorazioni che una volta si svolgevano in condizioni di particolare pericolosità oggi possono essere considerate se non del tutto innocue poco rischiose.

E' interessante — a tal proposito — conoscere i primi risultati ottenuti dopo l'applicazione della legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali, rimasta per un trentennio insoluta e, per merito del Governo Fascista, entrata in vigore il 1° gennaio 1934 e, per l'indennizzabilità delle malattie, il 1° luglio 1934. Essa si estende finora a sei malattie; cinque intossicazioni, da piombo, mercurio, fosforo bianco, solfuro di carbonio, benzolo e derivati; ed una malattia parassitaria: l'anchilostomiasi.

I primi risultati dell'applicazione della assicurazione malattie professionali furono oggetto di una relazione del Ranelletti al Congresso di Medicina del Lavoro di Napoli, dopo un biennio dall'applicazione della legge stessa.

Da essa relazione abbiamo ricavato i seguenti dati riassuntivi: su un numero complessivo di operai assicurati di oltre 120 mila furono, nel primo biennio, denunziati 919 casi delle sei malattie assicurate, in quest'ordine di frequenza: intossicazione da piombo (77 % dei casi); anchilostomiasi (13 %); int. da solfuro di carbonio (7 %); int. da mercurio (2 per cento); int. da benzolo e derivati (1 per cento); nessun caso accertato di int. da fosforo. Il saturnismo o intossicazione da piombo, come d'altronde si verifica in tutti gli altri paesi, è risultato quindi il più frequente degli avvelenamenti professionali al punto da superare tutte le altre intossicazioni prese insieme. Ciò deve essere al fatto che il piombo è

largamente usato nelle industrie; si calcola che siano oltre 130 le industrie in cui è usato il piombo (Ranelletti). Se ora diamo un rapido sguardo alle singole malattie rileviamo che del saturnismo furono indennizzati 235 casi, specie nella forma morbosa di colica saturnina: il maggior numero di casi si è verificato nelle industrie poligrafiche (70 per cento); seguono a distanza i lavori di pittura (10 %); lavori di smalto (5 %); fabbricazione di oggetti di piombo (5 per cento); fabbricazione e riparazione di accumulatori (3 per cento). Il saturnismo è stato riscontrato con maggiore frequenza nelle tipografie specie nei centri minori, a causa delle ancora poco igieniche condizioni in cui vi si svolge il lavoro, mentre nelle grandi tipografie, come in quelle dei giornali, grazie ad una più diligente applicazione delle norme di igiene del lavoro si è avuto un notevole miglioramento delle loro condizioni igieniche in confronto di quanto, un ventennio fa, venne rilevato a Milano dal Carozzi, a Roma dal Ranelletti. Diminuiti sono invece i casi di saturnismo, per la limitazione notevole dell'uso della biacca, tra i verniciatori, pittori, tintori di oggetti diversi, ecc. All'estero il saturnismo prevale or nell'una or nell'altra industria, a seconda della rispettiva maggiore o minore diffusione: così in Francia, nell'industria degli accumulatori; nella Gran Bretagna in lavori con piombo metallico; nei Paesi Bassi e negli Stati Uniti in lavori di pittura con impiego di colori piombiferi; in Germania, inoltre, ove numerose erano prima della guerra le fabbriche di biacca, in alcune delle quali gli operai presentavano sintomi di intossicazione da piombo sino all'alta percentuale del 90 %, negli ultimi anni il saturnismo è molto diminuito. Anche in Italia, prima ancora dell'assicurazione obbligatoria delle malattie professionali, da studi del Devoto e

del Ranelletti, il saturnismo risultò in diminuzione non tanto in rapporto alla diffusione quanto all'intensità; diminuzione dovuta, secondo i suddetti AA., in parte alla sostituzione in alcune industrie, come in quella della verniciatura, dei composti di piombo con sostanze non tossiche, in parte alle migliorate condizioni di vita degli operai, in parte, infine, ad una maggiore vigilanza sull'applicazione delle norme di igiene del lavoro.

Per l'int. da mercurio furono indennizzati solo cinque casi, verificatisi nella lavorazione del secretaggio del pelo per la produzione del feltro.

Per l'int. da fosforo fu denunciato un solo caso verificatosi nella lavorazione « fabbricazione di fuochi d'artificio e di miccie per mine ». L'int. da fosforo è pressochè scomparsa in tutti i paesi, in seguito all'abolizione del fosforo bianco nella fabbricazione dei fiammiferi, che in passato ha dato la massima parte dei casi di fosforismo, sotto forma di necrosi del mascellare e qualche volta con complicazioni cerebrali letali.

Per l'int. da solfuro di carbonio furono indennizzati 27 casi, quasi tutti appartenenti alla « produzione della viscosa per la fabbricazione del raion ».

Per l'int. da benzolo e derivati, furono indennizzati solo 4 casi verificatisi nell'industria degli impermeabili, che invece in passato ha dato varicasi di intossicazione anche mortali.

Per l'anchilostomiasi furono indennizzati 40 casi, verificatisi in massima parte tra i lavoratori delle miniere di zolfo in Sicilia. Come si vede l'anchilostomiasi è andata sempre più diminuendo fra i lavoratori delle miniere (in passato nelle miniere di zolfo in Sicilia furono trovati infetti il 75 ed anche il 100 % degli operai) grazie alle misure profilattiche adottate. Invece essa è andata aumentando, con migliaia di casi, tra i lavoratori della terra, specie tra gli orti-

cultori che fanno uso di concime umano. Dai dati su esposti risulta che le malattie professionali in genere, sia in Italia che all'estero, sono in diminuzione; l'eventualità tuttavia di intossicazione per lavorazioni tossiche o capaci di sviluppare malattie a lento decorso (ad es. per inalazioni di polveri, ecc.) od in genere di procreare malattie professionali con danni molto gravi e qualche volta irreparabili per la salute sussiste tuttora. Di qui l'interesse e la necessità da parte degli Enti Assicuratori di valutare adeguatamente e con criterio razionale il rischio professionale onde poter « accogliere nella grande famiglia dei previdenti il maggior numero possibile di individui senza, però, che ne derivi danno all'Ente Assicuratore e, di riflesso, all'assicurato stesso ».

Riporto qui di seguito uno schema che io propongo perchè serva di base per una discussione ai fini di costituire una tabella per l'applicazione dei soprapremi professionali nell'Assicurazione Vita.

La classificazione per professioni, in conformità all'attuale nostro ordinamento corporativo, è stata fatta secondo la composizione dei consigli delle Corporazioni. Potrà sembrare, a tutta prima, un po' farraginoso; se si vuole però valutare caso per caso, con esattezza, il rischio professionale è necessario tenere presenti per lo meno le più importanti lavorazioni inerenti a ciascuna industria. A tal fine è stato consultato con cura l'elenco delle industrie insalubri e pericolose riportato dal regolamento per l'applicazione della legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli. Per la conoscenza, poi, dei pericoli inerenti a ciascuna lavorazione ci è stato di grande aiuto (è doveroso citarlo in questa Rivista) un lavoro del Porrini su « La difesa igienica del lavoro nelle industrie insalubri ». Così, a lato di alcune industrie della tabella B ho ritenuto opportuno trascrivi-

vere un breve commento (c. d. r. — causa del rischio) dal quale risulti la ragione della loro dannosità; e ciò in quanto se per alcune industrie facile è intuire le ragioni della pericolosità, per altre riesce più difficile e le relative nozioni sono diffuse soltanto in trattati od in memorie speciali.

L'argomento non è facile ed è vasto per modo che non riesce agevole dare ad esso limiti certi; ho creduto, pertanto, limitarmi a ricordare solo le lavorazioni più in uso. Circa la valutazione del rischio professionale diremo che, se per alcuni mestieri essa riesce relativamente agevole, tenendo presenti i dati di morbimortalità delle nostre statistiche sulle malattie professionali per le quali è obbligatoria la denuncia, per molti altri riesce difficile se non impossibile a meno di voler ricorrere a statistiche straniere, essendo da tempo in qualche nazione, come in Inghilterra, obbligatoria la denuncia di molte malattie professionali. Io ho utilizzato i dati di morbimortalità delle statistiche sulle malattie professionali senza, per altro, trascurare di tenere nel dovuto conto i primi benefici risultati dell'applicazione della legge sull'assicurazione obbligatoria delle malattie professionali.

Preparare una tabella di soprapremi professionali, ricca di molte voci in rapporto a lavorazioni nuove e con dati — per quanto ci è stato possibile — esatti, a nulla, però, varrebbe se i nostri fiduciari continuassero ad indicare sui rapporti medici la professione dell'assicurando con parola generica (operaio, industriale, ecc.) che nulla o poco dice. Perchè la tabella possa essere applicata con criterio veramente razionale occorre specificare non soltanto la industria alla quale l'assicurando è addetto ma, possibilmente, anche il reparto di lavorazione o quant'altro si reputi opportuno ai fini sempre di una più

esatta valutazione del rischio professionale; ad es. operaio addetto alla fabbricazione della seta artificiale, reparto lavature bobine; ed ancora, se l'assicurando fa il tipografo è necessario specificare se compositore o impressore; se il facchino, specificare se addetto ai trasporti, alle fabbriche di colori, alle tipografie ecc. Ciò perchè le diverse fasi di lavorazioni cui un prodotto è sottoposto e le varie attribuzioni, sia pure inerenti allo stesso mestiere, non sono tutte ugualmente tossiche e rischiose per lo operaio.

Nello schema da me proposto non figurano i « rischi esclusi ». L'industria assicurativa che — come afferma il ROMANELLI — « deve sempre più adeguarsi alla funzione sociale che ne determina lo sviluppo », ha studiato la possibilità di accettare indistintamente in assicurazione tutti i lavoratori, anche coloro ai quali, una volta, veniva senz'altro rifiutato il contratto di assicurazione a causa della estrema pericolosità del lavoro da essi compiuto (palombari, addetti alle fabbriche di dinamite, materie esplosivi, ecc.).

Dati i fini altamente sociali perseguiti dall'Ente di Stato, non solo nell'interesse del singolo ma della società, e tenuto conto del fatto che — a causa della pericolosità del lavoro cui è soggetto e per cui può chiudere prematuramente la sua vita (facciamo nostro in questo caso il principio sostenuto dal Romanelli a proposito dei rischi tarati — è proprio il palombaro, il lavoratore dei cassoni, ecc. che è indotto dai doveri verso i terzi a sottoscrivere un contratto di assicurazione »), l'I.N.A., ispirandosi a criteri indiscutibili di umanità, di solidarietà e di giustizia sociale, accoglie nella grande famiglia dei previdenti tutte le categorie di lavoratori, qualunque sia il rischio professionale.

Sarà anche questo un piccolo passo

avanti per la nostra industria assicurativa che tende alla meta di accettare in assicurazione quanti più è possibile, applicando, s'intende, norme e provvedimenti speciali, come ad es. limitazione del capitale assicurato, applicazioni di adeguati soprapremi professionali, ecc. perchè non ne risulti danneggiato nè lo Ente Assicuratore nè, di riflesso, l'assicurato stesso.

Il contenuto di questo studio, lungi dal voler essere una trattazione completa e scrupolosamente ordinata, (l'evoluzione della tecnica industriale, d'altra parte, ci dimostra ogni giorno come questa materia sia tutt'altro che immutabile: mentre, infatti, alcuni tipi di lavorazione cadono in disuso nuove lavorazioni vengono iniziate nelle quali dirigenti, tecnici ed operai si trovano a contatto di sostanze capaci di recar danno all'organismo) vuole piuttosto essere un modesto contributo per una migliore conoscenza del rischio professionale in Assicurazione Vita.

TABELLA N. 1.

ESENTI

DA SOPRAPREMIO PROFESSIONALE

A) Tutte le persone addette al commercio, come:

negozianti, commercianti, venditori derrate alimentari, merci varie o non specificate, esercenti, commessi di negozio, rappresentanti, commessi viaggiatori, commissionari, agenti di assicurazione, agenti marittimi, agenti di cambio, ecc.

B) Tutti i direttori amministrativi e tutti gli impiegati amministrativi delle varie industrie, escluse quelle per la fabbricazione di esplosivi quando gli uffici siano ubicati presso gli stabilimenti.

C) Gli addetti alle industrie sotto indicate:

1° Cereali:

Agricoltori, addetti al commercio dei cereali e dei prodotti di detta industria (pane, riso, paste, dolci, ecc.).

2° Orto-floro-frutticoltura:

Addetti all'industria delle conserve alimentari e vegetali, al commercio dei derivati agrumari e delle essenze, al commercio dei prodotti orto-floro-frutticoli e derivati.

3° Viti-vinicola:

Addetti alla viticoltura.  
Tecnici agricoli, chimici, addetti alle cantine sociali.

4° Industria olearia:

Addetti all'ovicoltura e coltura di altre piante da olio.  
Addetti all'industria per la raffinazione dell'olio e dei prodotti oleari.  
Tecnici agricoli, chimici.

5° Bietola da zucchero:

Addetti alla bieticoltura, al commercio degli zuccheri e dell'alcool (droghieri, ecc.).  
Tecnici agricoli, chimici.

6° Zootecnica e pesca:

Addetti alla praticoltura.  
Addetti all'allevamento del pesce di acque interne.  
Addetti alla lavorazione ed al commercio della pesca.  
Addetti all'industria ed al commercio del latte per consumo diretto.  
Addetti all'industria dei derivati del latte.  
Addetti all'industria delle conserve alimentari.  
Tecnici, addetti alle latterie sociali ed alle cooperative di pescatori.

7° Legno:

Addetti all'industria del mobilio e di oggetti vari di arredamento domestico (con esclusione di macchine di uso pericoloso): falegnami, intagliatori, ebanisti, impagliatori, ecc.).  
Addetti al commercio dei prodotti dell'industria sopraindicata.

8° Prodotti tessili:

Addetti all'industria e commercio del seme bachi.  
Addetti all'industria della trattura e torcitura della seta.  
Addetti al commercio dei tappeti ed affini, del lino, della canapa, dei cotonei, della lana, della seta e del rayon, di altri prodotti tessili.  
Tecnici agricoli, chimici, artisti, artigiani, addetti agli essiccatoi cooperativi.

9° Metallurgia e meccanica:

Addetti all'industria della meccanica di precisione e degli apparecchi ottici e sanitari (ottici, orologiai, ecc.).

Addetti all'industria della coltellineria, degli apparecchi radiotelegrafonici, dei prodotti accessori dell'industria elettrica.

Commercio, tecnici, artigiani.

10° Chimica:

Addetti all'industria e commercio dei prodotti chimici non elencati nella tabella B.

Addetti all'industria e commercio di prodotti farmaceutici.

Chimici, farmacisti, ecc.

11° Abbigliamento:

Addetti all'industria dell'abbigliamento (confezione di abiti, biancheria, ecc.).

Maglifici e calzifici.

Produzione di pizzi, ricami e nastri, tessuti elastici e passamanerie.

Produzione varia per l'abbigliamento (ombrellifici, industria dei bottoni di legno, ecc.).

Addetti al commercio dei prodotti delle industrie sopraindicate.

12° Carta e stampa:

Legatori di libri.

Industrie editoriali, industrie editoriali giornalistiche.

Artisti (autori, scrittori, musicisti, belle arti, giornalisti).

Artigianato, commercio.

13° Costruzioni edilizie e OO. PP.:

Direttori e appaltatori di costruzioni.

Progettisti e disegnatori di costruzioni (edilizie ed opere pubbliche): ingegneri, architetti, geometri, disegnatori, ecc.

Commercio dei materiali da costruzione.

14° Acqua-gas-elettricità:

Addetti agli impianti della luce elettrica e per la distribuzione di acqua e gas (uso domestico).

Addetti alla verifica per il consumo dell'acqua, gas, elettricità per uso domestico, industriali, ecc.

17° Previdenza e credito.

Addetti al commercio dei minerali metallici, dei combustibili fossili, del marmo, granito, pietre e affini, ecc.

16° Vetro e ceramica:

Addetti all'industria delle ceramiche artistiche con esclusione di colori e vernici a base di sostanze tossiche.

Commercio dei prodotti dell'industria sopraindicata.

17° Previdenza e credito.

Sezione delle banche:

Dirigenti e dipendenti di istituti di credito ordinario, banche di provincia, istituti finanziari, ditte e commissionari di borsa e cambia-valute, aziende bancarie.

Sezione degli Istituti di risparmio e di diritto pubblico:

Dirigenti e dipendenti di Casse di risparmio ordinarie, Istituti soggetti alla vigilanza del Ministero delle Finanze, Istituti speciali di credito agrario, monti di pietà, banche popolari cooperative, casse rurali.

Sezione dell'assicurazione:

Dirigenti e dipendenti delle imprese di assicurazione.

18° Professioni ed arti:

Professioni legali:

magistrati, avvocati, procuratori, notai, dottori in economia, patrocinatori legali, periti commerciali, ufficiali giudiziari.

Professioni sanitarie:

levatrici, farmacisti.

Professioni tecniche:

ingegneri, architetti, geometri (progettisti), tecnici e periti agrari, ragionieri, agrimen-sori, contabili.

Arti:

autori, scrittori, belle arti, giornalisti, musicisti, ingegneri privati, rappresentanti dell'artigianato, rappresentanti del commercio dell'arte antica e moderna e dei prodotti dell'artigianato.

Appendice:

amministrazione pubblica e privata, difesa del paese, personale subalterno dello Stato ed altri enti pubblici, impiegati privati, appartenenti all'Esercito, appartenenti all'Armata (compresi gli agenti di P. S., guardie municipali, ecc.).

Persone che vivono specialmente di reddito:

pensionati, veterani, proprietari, benestanti, ecc.; studenti, persone che attendono alla cura della casa (garzoni, camerieri, domestici, bidelli, ecc.).

19° Mare ed aria:

Vedi tabella B.

20° Comunicazioni interne:

Ferrovie:

capistazione e personale amministrativo delle stazioni (bigliettari, telegrafisti, spedizionieri, ecc.).

Tranvie:

personale addetto al servizio di capolinea ed a quello di amministrazione.

Attività complementare del traffico:

servizio di corrispondenza (fattorini postali, telegrafici, telefonici, ecc.).

21° Spettacolo:

Dirigenti e dipendenti dalla Società degli AA.

Dirigenti e dipendenti dall'Istituto Luce.

Dirigenti e dipendenti dall'O. N. D.

Editori, autori teatrali, musicisti, addetti all'industria del teatro, del cinematografo ed industrie affini, radiotrasmissioni ed organizzazioni sportive.

22° Ospitalità:

Addetti al Commissariato del turismo, alberghi e pensioni (proprietari e personale addetto), uffici ed agenzie di viaggio, stabilimenti idroclimatici e termali, case private di cura.

TABELLA N. 2.

INDUSTRIE PER LE QUALI SI RICHIEDE SOPRAPREMIO PROFESSIONALE

(Soprapremio per 1000 di capitale assicurato)

1° Cereali:

Addetti alla cerealicoltura (grano, orzo, avena, ecc.) . . . . . 1  
(c. d. r. actinomicosi).

Addetti all'industria molitoria (mugnai), risiera, delle paste (pastai), della panificazione (fornai, panettieri) . . . . . 1

Addetti alla distribuzione di parassiti nocivi all'agricoltura (in quanto assuma il carattere professionale o di lavorazione industriale), mediante acido cianidrico e cianuri . . . . . 2

2° Orto-floro-frutticoltura:

Ortolani (c. d. r. anchilostomiasi, tetano) . 1

Addetti all'industria dei derivati agrumari e delle essenze (estrazione di olii grassi, resine, essenze, mediante il solfuro di carbonio) . . . . . 2

Addetti (c. d. r. la tossicità del solfuro di carbonio si manifesta quando ve ne ha da 0,50 all'1 % nell'atmosfera. Pericolo d'incendio).

3° Viti-vinicola:

Addetti all'industria enologica (produzione e commercio di vino, liquori ed alcool) . . 1

Addetti all'industria della birra ed affini . 1

Addetti all'industria per la produzione dell'alcool di II categoria (distilleria, raffineria) . . . . . 1

Meccanici ed attrezzisti addetti agli stabilimenti . . . . . 1

Addetti alla distribuzione di parassiti nocivi alla viticoltura (in quanto assuma il carattere professionale o di lavorazione industriale) . . . . . 2

4° Industria olearia:

Addetti all'industria per la spremitura dell'olio di olivo e di semi . . . . . 1

Addetti all'industria per l'estrazione dell'olio di sansa e di altri olii grassi con il metodo del solfuro di carbonio . . . . . 3  
(c. d. r. V. 2°).

Addetti alla distribuzione di parassiti nocivi all'olivicoltura (con sostanze a base di solfuro di carbonio) in quanto assuma il carattere professionale o di lavorazione industriale . . . . . 2

5° Bietola e zucchero:

Chimici ed operai addetti all'industria dello zucchero (raffineria) . . . . . 1

Addetti all'industria dell'alcool di prima categoria (distilleria, raffineria) . . . . . 1

Meccanici ed attrezzisti addetti agli stabilimenti . . . . . 1

6° Zootecnia e pesca:

Allevatori e commercianti di bestiame (pastori, mandriani, bovani, cavallari, macellai, maniscalchi) . . . . . 1  
(c. d. r. afte epizootica, morva, carbonchio).

Addetti al trasporto di carni macellate . . 1

Addetti all'industria delle carni insaccate . 1

Addetti alla scuoiatura del bestiame . . . 2

Veterinari e personale addetto ad infermerie per animali . . . . . 2

Negozianti e lavoratori di pelli, crini, setole, corna, ossa, peli, cuoi, ecc. . . . . 1

Addetti all'industria delle sardigne ossia al trattamento dei residui animali per la loro utilizzazione (manipolazione e cernita delle ossa e delle sostanze cornee per la

fabbricazione della colla) . . . . . 1

(c. d. r. emanazioni nocive ed eventualmente pericolo di infezione).

7° Legno:

- Addetti alle industrie boschive e forestali (boscaioli, carbonari) . . . . . 1
- Addetti alla lavorazione del legno (fabbricazione del mobilio, infissi, pavimenti, ecc.) con seghe metalliche . . . . . 1
- Addetti alla lavorazione del sughero . . . . . 1

8° Prodotti tessili:

- Addetti alla gelsicoltura . . . . . 1
- Addetti alla battitura, cardatura e pulitura delle lane, dei cotonei, dei lini, della canapa, della juta, del crine vegetale ed animale, delle piume e dei peli (quando non si sia provveduto all'efficace allontanamento delle polveri) . . . . . 2  
(c. d. r. sia le polveri vegetali che animali comportano pericolo se inalate: bronchiti, pneumoconiosi, lesioni polmonari che possono predisporre anche alla t.b.c. polmopare).
- Addetti all'apertura e battitura dei cascami di seta . . . . . 1
- Addetti alle operazioni di sgrassamento delle lane con derivati del benzolo . . . . . 3
- Addetti alla candeggiatura, tintoria (preparazione di colori e di bagni velenosi) . . . . . 2  
(c. d. r. sono specialmente pericolosi i colori a base arsenicale).
- Addetti alla confezione di fili e stoffe tinte con colori a base di piombo (stampatori e disegnatori di stoffe) . . . . . 2  
(c. d. r. saturnismo).
- Addetti alla produzione della viscosa e successive operazioni precedenti la filatura nelle fabbriche di seta artificiale (rayon) . . . . . 3  
(c. d. r. solfocarbonismo).
- Addetti alle macchine ed agli attrezzi degli stabilimenti . . . . . 1

9° Metallurgia e meccanica:

- Addetti alle officine metallurgiche e mineralurgiche (fonditori, fucinatori) . . . . . 3
- Addetti al trattamento per via ignea dei minerali di pb argentifero, zinco, arsenico, antimonio, mercurio . . . . . 3
- Addetti al carico e scarico dei forni a combustione di zolfo per la liquefazione del minerale zolfifero . . . . . 3  
(c. d. r. sviluppo di anidride solforosa).
- Addetti al trattamento dei neri . . . . . 3
- Addetti alla torrefazione in caselle, cumuli di zolfo, arseniuri, antimoniuri in ge-

- nere ed in ispecie delle metalline di rame arsenicale . . . . . 3  
(c. d. r. pericolo di intossicazione).
- Addetti al travasamento del mercurio ed alla carica delle bombole . . . . . 2
- Addetti ai lavori di levigatura ed arrotondatura, dei laminatori, delle macchine a stampo o a impronta. Alla zincatura, stagnatura e piombatura delle lastre metalliche e di oggetti di metallo in genere (tornitori, brunitori, ecc.) . . . . . 2  
(c. d. r. pericolo di infortunio).
- Addetti alla zincatura delle lamiere o alla stagnatura o verniciatura di recipienti con materiali contenenti pb (calderai, stagnini, ecc.) . . . . . 2
- Addetti all'industria del raffinamento dei metalli preziosi . . . . . 1  
(c. d. r. se trattasi col piombo si hanno esalazioni nocive).
- Addetti alla lavorazione dell'oro e dell'argento (cesellatori, aggiustatori) . . . . . 1
- Addetti all'industria della lavorazione del piombo metallico, della fusione di caratteri ed in genere di leghe contenenti piombo, zinco, stagno, arsenico, antimonio e mercurio . . . . . 2  
(c. d. r. pericolo di intossicazioni professionali per saturnismo, arsenicismo, mercurialismo, ecc. I fonditori di zinco, specialmente nei locali piccoli e mal ventilati, sono soggetti alla febbre dei fonditori).
- Addetti alla lavorazione del caoutchouc piombifero . . . . . 1
- Addetti all'industria della doratura e dell'argentatura . . . . . 1  
(c. d. r. emanazioni nocive di acidi e pericolo di intossicazione mercuriale)
- Addetti alla manipolazione dei lingotti ed alla fusione del vecchio zinco e del piombo in pani . . . . . 2
- Addetti alle fabbriche di composti di piombo . . . . . 2
- Addetti alle fabbriche (fonderie) di lamiere, tubi, proiettili ed altri oggetti di piombo o contenenti piombo (giocattoli, lettere, statue, caratteri di stampa, ecc.) . . . . . 2
- Addetti alle operazioni di tempera o di cementazione carburante della ghisa al cianuro . . . . . 2  
(c. d. r. la tossicità superlativa dell'acido cianidrico è ben conosciuta)
- Addetti ai lavori di pittura e di intonaco con colori di piombo (verniciatori di bastimenti, vetture, mobili, lavori in ferro, canne, bastoni, ecc.) quando si tratti di



verniciatori di professione, anche se non sempre usino colori piombiferi . . . . .	2	(c. d. r. vapori deleteri).
Addetti alla riparazione e pulitura di motori con benzina contenente composti organo-metallici od altre sostanze tossiche . . . . .	2	Addetti alle fabbriche di sale di soda con il metodo dell'acido solforico . . . . . 3 (c. d. r. i vapori acidi sono irritanti e caustici).
Addetti alle fabbriche di capsule per bottiglie e pallini da caccia . . . . .	1	Addetti alle fabbriche di soda caustica con il metodo dell'elettrolisi a catode di mercurio . . . . . 2 (c. d. r. mercurialismo).
Addetti alle fabbriche di strumenti di musica . . . . .	1	Addetti alle fabbriche di ammoniaca e di potassa . . . . . 1 c. d. r. l'ammoniaca ha azione irritante e tossica per le congiuntive e le vie respiratorie).
Addetti alla colorazione di misure metriche	1	Addetti alla produzione di cloruro e bromuro di cianogeno ed etere cianocarbonico . 2
Addetti alle fabbriche di lime . . . . .	1	Addetti alla produzione di cloro, cloruro e di ipoclorito di calcio, di altri ipocloriti e di cloruro di zolfo . . . . . 2 (c. d. r. il cloro ha azione irritante e tossica sulle congiuntive, sulle prime vie respiratorie e sull'apparato respiratorio. Il lavoro è impossibile quando nell'atmosfera vi è cloro nella quantità di 0,004 ‰. Il cloruro di zolfo dà vapori tossici irritanti).
Addetti alle fabbriche di strumenti di fisica (di misura o di laboratorio) a mercurio termometri, barometri, tubi Röntgen) .	1	Addetti all'uso industriale di qualunque sostanza sciolta in benzina, benzolo, toluolo, xilolo . . . . . 3
Addetti all'impiego delle pompe a mercurio	1	Addetti alla preparazione di miscele di benzina contenenti composti organo-metallici od altre sostanze tossiche . . . . . 2
Addetti alla doratura a fuoco con impiego di mercurio . . . . .	1	Addetti all'uso industriale di qualunque sostanza sciolta nel tetracloruro di carbonio . . . . . 1
Addetti all'industria della gomma ed impermeabili . . . . .	2	Addetti alle officine per la produzione di carburi e derivati . . . . . 2 (c. d. r. l'acetilene è tossico non tanto per sè stesso quanto per le sue impurità: idrogeno solforato e idrogeno fosforato).
Addetti alle fabbriche di caoutchouc, guttaperca ed ebanite (preparazione delle soluzioni di caoutchouc negli oli essenziali ed applicazioni di tali soluzioni alle stoffe per renderle impermeabili . . . . .	3	Addetti all'uso industriale di qualunque sostanza sciolta nell'acetone . . . . . 1 (c. d. r. azione irritante sulle vie respiratorie e pericolo d'infortunio per l'infiammabilità).
Addetti alla vulcanizzazione con solfuro di carbonio o con cloruro di zolfo . . . . .	3	Addetti alle fabbriche nelle quali si preparano ed usano derivati nitrati e clorati degli idrocarburi benzenici e dei fenoli: nitrobenzolo, nitrotoluolo, nitroxilolo, didinitrobenzolo, trinitrofenolo, trinitrotoluolo (tritolo o trotyl), clorobenzolo, cloronitrobenzolo, paranitrofenolo, dinitrofenolo, binitrotoluolo . . . . . 1
(c. d. r. solfocarbonismo che si distingue in una forma acuta detta anche ebbrezza solfocarbonica ed in una forma cronica con turbe sensitivo-sensoriali, psichiche e con fenomeni di paresi e paralisi).		Addetti alle fabbriche nelle quali si preparano e si usano derivati aminici degli
Addetti alle lavorazioni nelle quali si impiega il caoutchouc in soluzione di benzolo .	3	
Addetti alla fabbricazione di oggetti di gomma e di caoutchouc . . . . .	1	
Addetti alla industria delle costruzioni navali, macchine industriali, macchine agricole, macchinario elettrico . . . . .	1	
Addetti all'industria del materiale mobile ferro-tramviario . . . . .	1	
Addetti all'industria dei cavi e cordoni isolanti. . . . .	1	
<b>10° Chimica:</b>		
Addetti alle fabbriche di cromati e clorati alcalini . . . . .	2	
(c. d. r. i cromati ed i clorati hanno azione irritante e corrosiva sulla cute e specialmente sulle mucose nasali « ulcera del setto nasale » e dell'apparato respiratorio).		
Addetti alle fabbriche di acido cloridrico .	2	
(c. d. r. vapori deleteri).		
Addetti alle fabbriche di acido solforico, acido solforoso, acido nitrico . . . . .	3	

idrocarburi benzenici e dei fenoli: anilina (amido-benzolo), toluidina (amido-toluolo) xilidina (amido-xilolo), fenilendiamina, parafenilendiamina, toluilendiamina . . . . .	1	purificazione del solfato di chinino) . . . . .	2
Addetti alle fabbriche nelle quali si preparano e si usano i derivati alogenati del metano e dell'acetilene; tetracloroetano, tricloraetilene, triclorometano (cloroformio) cloruro di etile, bromuro, cloruro e ioduro di metile . . . . .	1	(c. d. r. pericolo di inalazione di polvere ed assorbimento di gas irritante: ammoniac).	
Addetti a lavorazioni industriali nelle quali viene usato il cloruro di carbonile (fosgene) . . . . .	4	Addetti alle fabbriche di colori di anilina . . . . .	2
Addetti alle fabbriche di eteri: solforico, etilico, acetico, propilico e di essenze e di olii essenz. (tremontina e canfora) . . . . .	2	(c. d. r. intossicazione da anilismo profess. acuta e cronica).	
(c. d. r. per gli eteri: vapori nocivi ed inebbrianti. Per la tremontina: azione locale, e per inalazione sul sistema nervoso; i ragazzi e le donne sono particolarmente sensibili all'intossicazione. Pericolo d'incendio).		Addetti alle fabbriche di solfuro di carbonio ed oli al solfuro . . . . .	5
Addetti alle fabbriche di sali di bario, acido ossalico, ossalati . . . . .	1	Addetti alle fabbriche di colori a base arsenicale e preparati arsenicali . . . . .	2
(c. d. r. i sali di bario solubili e gli ossalati sono sostanze tossiche).		(c. d. r. intossicazione arsenicale, forma acuta e cronica).	
Addetti alle fabbriche di cianuri . . . . .	3	Addetti alle fabbriche di colori, mastici, oli e vernici piombifere quando contengano più del 2 % di piombo . . . . .	2
(c. d. r. la tossicità dell'acido cianidrico è ben conosciuta).		Addetti all'industria della produzione di colori minerali: vernici, inchiostri, creme, lucidi per calzature e pellami . . . . .	2
Addetti all'industria della preparazione di ossido di zinco . . . . .	2	Addetti alle fabbriche di collodio e celluloidi (c. d. r. pericolo d'incendio per i solventi usati: etere, ecc.).	3
(c. d. r. a parte la già accennata febbre dei fonditori di zinco, lo zinco è uno dei metalli più ricchi di arsenico e gli inconvenienti osservati negli operai che manipolano lo zinco sono spesso accidenti di arsenicismo)		Addetti alla produzione del fosforo . . . . .	3
Addetti alle fabbriche di ossido di piombo, minio, litargirio, biacca ed altri preparati antimomiali . . . . .	2	(c. d. r. pericolo di fosforismo professionale).	
(c. d. r. per il piombo: pericolo di saturnismo. Per l'antimonio: si ritiene che la tossicità del minerale grezzo « misto ad arsenico, piombo », ecc., sia maggiore di quello del metallo puro e dei suoi composti e che, fra questi, i composti trivalenti siano dotati di una maggiore tossicità nei confronti dei posti pentavalenti. I composti solubili sono rapidamente venefici: quelli insolubili ed il triossido è fra questi esplicherebbero una modestissima azione tossica).		Addetti alle fabbriche di polvere pirica, dinamite, materie esplodenti, colloidi, ecc. . . . .	5
Addetti alle fabbriche di solfato di chinino (polverizzazione della scorza di china e		(c. d. r. necessità di lavoro attento e prudente, e si tratta sempre di lavoro pericoloso).	
		Addetti alle fabbriche pirotecniche, di micce minatori, di capsule al fulminato mercuriale da fuoco e stabilimenti di caricamento delle cartucce . . . . .	4
		(c. d. r., vedi sopra).	
		Addetti alla produzione della pasta fosforica . . . . .	2
		Addetti alla produzione del bronzo fosforato	2
		Addetti alla fabbricazione dei proiettili incendiari, fuochi ferriani (con solfuro di carbonio) e micce per lampade di sicurezza dei minatori . . . . .	2
		Addetti alle fabbriche di fiammiferi (applicazione nei locali in cui si prepara la pasta fosforica e si fa l'immersione e l'essiccamento dei fiammiferi, come pure negli altri locali in diretta comunicazione coi precedenti, o dove si diffondono esalazioni fosforiche, a meno che sia efficacemente impedita la loro diffusione) . . . . .	2
		(c. d. r. le esalazioni fosforiche possono determinare l'intossicazione fosforica, albuminaria, enterite cronica, nevralgie, bronchite, tendenza all'aborto, ecc.).	

Addetti alla fabbricazione di accenditori e di esche di fiammiferi . . . . .	1	tazione e dai seccatori. Secondo alcuni bisogna tener conto anche dell'assorbimento per via cutanea).	
Addetti all'industria della distillazione e raffinazione del petrolio . . . . .	2	(c. d. r. vapori nocivi, specialmente di anidride solforica. Furono osservati casi di soffocazione ed avvelenamento degli operai che puliscono i recipienti di miscela e che estraggono i residui di distillazione).	Addetti ai laboratori fotografici . . . . . 1
Addetti alle distillerie di catrame per l'estrazione della benzina, della paraffina, degli oli minerali, ecc. (applicazione nei locali in cui si eseguono le distillazioni). . . . .	2	(c. d. r. nelle distillerie della benzina vi possono essere fughe accidentali di benzina ed è pericolosa la pulitura dei serpentine. Vi è un benzinismo professionale con lesioni sanguigne e con polinevriti).	Addetti alla derattizzazione ed alla disinfezione delle navi o di altri ambienti mediante acido cianidrico e cianuri, cloruro o bromuro di cianogeno ed etere cianocarbonico . . . . . 2
Addetti alla estrazione di olii, grassi, essenze, resine mediante solfuro di carbonio (c. d. r., vedi 2°).	3		<b>11° Abbigliamento:</b>
Addetti alla purificazione della paraffina (mediante solfuro di carbonio) . . . . .	3		Addetti all'industria delle pelliccerie . . . . . 2
Addetti alle fabbriche di concimi artificiali e sostanze fertilizzanti (applicazione nei locali in cui si sviluppano liberamente polveri per macinazione, vapori e gas nocivi per reazioni chimiche) . . . . .	2	(c. d. r. sono nocive le polveri di alcuni concimi ad es.: calciocianamide; e nella lavorazione dei concimi si sviluppa talora acido fluoridrico che è molto pericoloso, acido solforico, ecc.).	Addetti alla conceria, preparazione e verniciatura di pelli (applicazione nei lavori di trattamento con la calce; nelle fosse di concia e dove si sviluppano liberamente polveri; ed in quelle operazioni di raffinatura di pelli ove si fa uso di petrolio, etere ed altri infiammabili) . . . . . 2
Addetti alla fabbricazione di antiputridi, parassitocidi, antisetticidi, ecc. con impiego di derivati del benzolo . . . . .	2		(c. d. r. specialmente nella triturazione delle cortecce e dei legni concianti si ha molta polvere. Le pelli sono trattate con calce o monosolfuro di calcio che dà luogo a sviluppo di acido solforico. Il lavoro nelle fosse di concia può essere pericoloso e le polveri sono nocive per l'apparato respiratorio. Pericolo di intossicazione e d'incendio).
Addetti alla fabbricazione di profumi e saponi con impiego di derivati del benzolo . . . . .	1		Addetti all'industria del feltro (applicazione nella lavorazione del feltro ottenuto mediante secretaggio con preparati cercuriali) . . . . . 2
Addetti alla preparazione di pelli e cuoi all'acetato di piombo . . . . .	2		(c. d. r. pericolo di intossicazione da mercurio).
Addetti alle manifatture tabacchi (applicazione nell'apertura delle balle, nella cernita delle foglie non preventivamente inumidite, nelle fermentazioni e nelle demolizioni dei cumuli di fermentazione, nella essiccazione in locali chiusi, nelle macinazioni e setacciature, nella produzione degli estratti e nella trinciatura) . . . . .	2	(c. d. r. l'assorbimento della nicotina avviene in diversi modi e per diverse vie: 1) penetrazione delle polveri nella cernita delle foglie, macinazione, setacciatura, ecc.; 2) penetrazione per i vapori emanati dai tabacchi in fermentazione e dai seccatori. Secondo alcuni bisogna tener conto anche dell'assorbimento per via cutanea).	Addetti alla lavorazione del cappello (applicazione nelle lavorazioni di pomiciatura, spazzolatura e rasatura, quando non siano applicati efficaci sistemi di aspirazione del pulviscolo) . . . . . 1
			(c. d. r. queste tre operazioni sono pericolose in quanto che sono fatte sui cappelli che hanno subito l'applicazione del preparato mercuriale).
			Addetti all'industria delle calzature e di oggetti di pelle per uso personale (guanti, ecc.) . . . . . 1
			Addetti alla produzione di oggetti vari di gomma per uso di abbigliamento . . . . . 2
			Addetti alle fabbriche di bottoni di osso (applicazione nella cernita delle ossa e delle sostanze cornee) . . . . . 1
			(c. d. r. emanazioni moleste ed eventuale pericolo di infezione).
			Addetti alle fabbriche di spazzole e pennelli da barba . . . . . 1
			Addetti alle fabbriche di fiori artificiali . . . . . 1
			Addetti alla preparazione di tele cerate e suoi verniciati (per uso di abbigliamento). 1

Addetti alla smacchiatura di abiti con so-  
stanze a base di solfuro di carbonio . . . 2  
Addetti all'industria della tappezzeria, con-  
fezione e ribattitura di materassi . . . 1

12° Carta e stampa:

Addetti alle fabbriche di carta e magazzini  
di cernita (applicazione nelle cernite e  
nel tritramento a meno che non si sia  
provveduto ad una burattazione « batti-  
tura » preventiva ed una efficace aspi-  
razione della polvere; e nella tintura delle  
carte con preparati tossici) . . . . . 2  
(c. d. r. nei magazzini di carta usata, la  
polvere può anche essere veicolo di ger-  
mi infettivi e perciò deve essere oppor-  
tunamente eliminata. Pericolo di intos-  
sicazione).

Addetti alle tipografie lavoro di composi-  
zione tipografica: a mano, con la linotype,  
con la monotype, con la stereotipia) . . . 2

Addetti alla pulitura delle macchine lino-  
typiche e dei caratteri con derivati del  
benzolo . . . . . 3

Addetti alla pulitura dei caratteri col si-  
stema del soffiato . . . . . 3  
(c. d. r. col deplorato sistema del sof-  
fiato, si sollevano polveri tossiche:  
piombo, antimonio, ecc.).

Addetti alle operazioni per sciogliere colori  
e vernici da stampa con derivati del ben-  
zolo . . . . . 2

13° Costruzioni edili e OO. PP.:

Addetti alle costruzioni edilizie ed opere  
pubbliche (capomastri, muratori, scalpel-  
lini, imbianchini, stuccatori, decoratori,  
pittori di stanze, carpentieri, selciatori,  
asfaltisti, sterratori, manovali, ecc. . . . 1

Addetti alla disinfezione degli ambienti con  
sostanze contenenti solfuro di carbonio . . . 2

Addetti allo spegnimento degli incendi di ca-  
mini con sostanze a base di solfuro di car-  
bonio . . . . . 2

Addetti ai mulini di calce, gesso, cementi,  
pozzolane, marmi . . . . . 1  
(c. d. r. le polveri di gesso, calce e  
cemento hanno azione locale caustica  
disidratante. L'inalazione di queste pol-  
veri può essere nociva all'apparato re-  
spiratorio in vario grado).

Addetti alla lavorazione del marmo e della  
pietra . . . . . 1

Addetti all'industria dei laterizi (fornaciaci)  
e dei manufatti di gesso e cemento . . . 1

Addetti all'industria dei materiali refrattari 2

14° Acqua-gas-elettricità:

Addetti all'industria degli acquedotti . . . 1

Addetti alle officine per la produzione e de-  
purazione chimica del gas illuminante . . . 3  
(c. d. r. gli operai delle fabbriche del  
gas-luce addetti al riscaldamento, al ca-  
rico ed allo svuotamento delle storte,  
come gli operai che accudiscono ai foca-  
lari in generale, sono esposti a soffe-  
renze per cambiamenti di temperatura.  
Numerosi infortuni accadono per im-  
provvisi vapori aprendo le storte, co-  
me per esplosione nelle camere delle  
storte. Nel pulire le cassette vi è peri-  
colo di intossicazione (solfuri-solfacia-  
nuri).

Addetti alle officine per la produzione di gas  
compressi (quali acido carbonico, ossi-  
geno, ammoniac) . . . . . 3  
(c. d. r. pericolo di esplosione e di in-  
cendio).

Addetti agli impianti di produzione, tra-  
sformazione e distribuzione di elettricità  
(applicazione della manovra e manuten-  
zione dei quadri di distribuzione, nelle  
operazioni di manutenzione delle batterie  
d'accumulatori ed in genere nelle opera-  
zioni che si riferiscono agli inseritori ed  
ai disgiuntori di corrente, agli apparecchi  
ed alle linee serventi alla corrente). . . 3  
(c. d. r. nelle manovre e manutenzione  
di apparecchi di infortunio da elettri-  
cità quando non siano osservate le ne-  
cessarie precauzioni. Nella manutenzio-  
ne degli accumulatori: pericolo di sa-  
turnismo e di inalazioni di acido sol-  
forico).

Addetti agli stabilimenti elettrochimici (ap-  
plicazione nell'elettrolisi per via umida:  
operazioni riferentisi alla formazione del-  
le batterie di accumulatori; nell'elettrolisi  
per via secca: polverizzazione e staccia-  
tura a secco, movimenti di polveri, man-  
ovra, caricamento e scaricamento dei forni  
elettrici) . . . . . 2  
(c. d. r. pericolo di saturnismo. Polveri  
dannose).

Addetti alla doratura e argentatura gal-  
vanica . . . . . 1  
(c. d. r. emanazioni nocive di acidi e pe-  
ricolo di intossicazione mercuriale)

Addetti alla fabbricazione ed al governo de-  
gli accumulatori (carica, pulizia, ripara-  
zioni, ecc.) . . . . . 2  
(c. d. r. pericolo di saturnismo e di ina-  
lazione di acido solforico).



## 15° Industrie estrattive:

Addetti alle miniere, cave e torbiere per l'estrazione di minerali metallurgici: galena o solfuro di piombo, cinabro o solfuro di mercurio, ecc.; marmo, granito, pietre e affini; combustibili fossili: antracite, torba, litantrace, ecc.:

a) applicazione nello scavo e nell'estirpazione del minerale . . . . . 3

(c. d. r. lavori pesanti con pericolo di infortunio).

b) maneggio degli apparecchi d'estrazione: tornichetti, verricelli, ecc. . . . . 2

(c. d. r. come sopra).

c) maneggio delle pompe e dei ventilatori nei lavori sotterranei . . . . . 3

(c. d. r. necessità di lavoro attento e prudente).

d) applicazione nelle operazioni di lizzazione dei massi . . . . . 3

(c. d. r. lavori pesanti e pericolo di infortunio).

Addetti alle officine di preparazione meccanica dei minerali e dei prodotti delle miniere e delle cave (applicazione nella polverizzazione, nella stacciatura a secco e nel movimento delle polveri) . . . . . 2

(c. d. r. pericolo delle polveri de quali possono avere azione locale o tossica generale: mercurio, piombo, ecc.).

Addetti all'industria dello zolfo (estrazione, macinazione e raffinazione) e delle piriti . . . . . 2

(c. d. r. polveri ed emanazioni nocive).

## 16° Vetro e ceramiche:

Addetti alle fabbriche di vetrerie, cristallerie e smalti, lastre, vetri bianchi, scientifici (compreso quello d'ottica), artistici, lampade elettriche, mousseline, conterie:

a) applicazione nei locali in cui si polverizza la materia prima e si fanno le perle . . . . . 2

(c. d. r. la materia prima consiste in sabbia silicica la cui polvere è molto irritante per le vie respiratorie e per la cute).

c) pulitura e demolizione dei forni . . . . . 3

(c. d. r. sviluppo di molta polvere eventualmente tossica se al vetro è stato aggiunto piombo, arsenico, e pericolo di infortunio).

c) opacatura con acido fluoridrico o con getto di sabbia . . . . . 3

(c. d. r. emanazioni nocive e sviluppo di una quantità eccessi di polvere).

d) portatura dei vetri dal banco di soffiatura ai forni di tempera quando

questi siano nello stesso locale e non sia stato sufficientemente provveduto alla ventilazione dei locali e ad impedire la irradiazione del calore dei forni . . . . . 2

e) lavori di arrotatura e levigatura, quando non sia completamente evitata la dispersione della polvere di vetro e gli operai non abbiano le mani difese da guanti o da stracci contro il pericolo di ferite per rottura degli oggetti da lavorare).

Addetti alla preparazione ed all'impiego di smalti e vetri contenenti piombo . . . . . 3

Addetti alla lavorazione di pietre preziose (vere o imitate) . . . . . 1

Addetti alle fabbriche di ceramiche artistiche, porcellane, terraglie forti, semiforti e dolci, grès . . . . . 2

Addetti ai lavori di cromolitografia eseguiti con colori o polveri piombifere . . . . . 2

Addetti alla preparazione e macinazione delle vernici (vetrine), alla macinazione a secco delle materie prime e all'applicazione delle vernici, ove queste siano a base di pb . . . . . 3

Addetti alla vetrificazione delle terraglie dolci ed alla decorazione di stoviglie ed altri oggetti di ceramica con vetrina e vernici piombifere . . . . . 2

Addetti all'industria degli sprechi; argentatura delle lastre con impiego di amalgama di mercurio . . . . . 3

(c. d. r. intossicazione mercuriale che dà luogo a tre ordini di sintomi: 1) stomatite, che si ha nei casi leggeri e denti mercuriali cioè con strie allungate o depressioni cupoliformi; 2) disturbi nervosi: tremori; 3) cachessia mercuriale, ultima tappa del mercurialismo cronico).

Addetti alla pulizia degli specchi con limatura di piombo o con impasti piombiferi . . . . . 2

## 17° Previdenza e credito:

Banchieri privati . . . . . 1

Borsisti (giocatori e speculatori in Borsa): agenti di cambio, mediatori, commercianti, ecc. . . . . 2

## 18° Professioni e arti:

a) uomini politici e conferenzieri . . . . . 1

b) professioni manitarie:

medici . . . . . 1

chirurghi . . . . . 1

medici radiologi . . . . . 2

veterinari . . . . . 1

infermieri di ospedali . . . . .	1
infermieri di manicomio . . . . .	2
c) professioni tecniche:	
ingegneri elettrotecnici . . . . .	2
ingegneri minerari . . . . .	2
ingegneri meccanici e navali . . . . .	1
ingegneri addetti costruzioni ferrovie, ponti, strade, gallerie . . . . .	1
architetti addetti costruzioni ferrovie, ponti, strade e gallerie . . . . .	1
geometri addetti costruzioni ferrovie, ponti, strade e gallerie . . . . .	1
appaltatori addetti costruzioni ferrovie, ponti, strade e gallerie . . . . .	1
capitecnici addetti costruzioni ferrovie, ponti, strade e gallerie . . . . .	1
sorveglianti addetti costruzioni ferrovie, ponti, strade e gallerie . . . . .	1
perti minerari . . . . .	2

APPENDICE:

Arti varie; (in rapporto ai servizi pubblici e domestici):

pompieri. . . . .	2
fontanieri . . . . .	1
fognaioli e addetti alla vuotatura di pozzi neri . . . . .	2
(c. d. r. intossicazione da idrogeno solforato, metano, ecc.; in quanto assuma il carattere professionale o di lavorazione industriale, qualora si faccia con mezzi non pneumatici).	
carcerieri . . . . .	1
becchini . . . . .	1
spazzini . . . . .	1
facchini pubblici . . . . .	1
accalappiacani. . . . .	1
venditori ambulanti . . . . .	1
lavandai. . . . .	1

19° M<sup>are</sup> ed aria:

Addetti alla marina per il trasporto di passeggeri e merci:

macchinisti e fuochisti . . . . .	3
commissari di bordo, medici, ufficiali . . . . .	1
marinai e barcaioli . . . . .	2
Addetti alla marina velica . . . . .	3
scaricatori ed addetti agli elevatori . . . . .	3
operai dei cassoni . . . . .	5
palombari . . . . .	5
pescatori di spugne, coralli, madreperla, ecc. . . . .	5
aeronauti . . . . .	5

20° Comunicazioni interne:

a) Addetti alle ferrovie:	
macchinisti, fuochisti. . . . .	3
capitreni, conduttori, controllori . . . . .	2

personale addetto al movimento:	
ispettori per la trazione ed il movimento . . . . .	1
guardiani, cantonieri, manovali . . . . .	1
deviatori, lampisti, frenatori . . . . .	2

b) Addetti alle tranvie urbane ed extra-urbane:

conduttori, bigliettari, controllori . . . . .	1
--	---

c) Addetti alle funivie, ascensori, filovie e funicolari . . . . .

d) Addetti ai trasporti automobilistici:	
autoservizi di linea, servizi da noleggio, servizio tassistico, servizio camionistico . . . . .	3

e) Addetti alla sezione degli ausiliari del traffico:

attività portuali:	
operazioni di stivaggio e qualsiasi altro lavoro nelle stive delle navi a vela ed a vapore; lavori d'imbarco e di sbarco dei carboni e colli pesanti a bordo dei piroscafi e viceversa; lavori sulle calate; lavori di pittura-zione delle navi . . . . .	2

(c. d. r. lavori pesanti e con pericolo di infortunio. I lavori di pitturazione delle navi si fanno con preparati a base di piombo; anche le vernici sottomarine contengono o tossici: mercurio, arsenico, ecc. e sono tossiche per il solvente: benzolo, ecc.).

f) Addetti ai trasporti ippici: vetturini, cocchieri, carrettieri, stallieri, mulattieri, ecc. . . . .

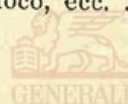
g) Addetti alle attività complementari del traffico:	
servizio di corrispondenza (impiegati postali viaggianti, ecc. . . . .	1
Addetti al servizio delle comunicazioni telefoniche e telegrafiche (guardafili, ecc.) . . . . .	1

21° Spettacolo:

Suonatori di strumenti a fiato . . . . .	1
artiste di teatro (ballerine, comparse, ecc.) . . . . .	1
artisti di canto . . . . .	1
artisti drammatici . . . . .	1
sportivi dilettanti . . . . .	1
sportivi di professione (in senso lato) . . . . .	3
autisti (che prendono parte a corse) . . . . .	5
cavallerizzi di circo . . . . .	5
boxeurs . . . . .	5

22° Ospitalità:

Addetti ad esercizi pubblici in genere:	
ristoranti, caffè, bars, circoli pubblici di giuoco, ecc. . . . .	1



## Alcuni dati di statistica medica

Sinistri di morte verificatisi nel decennio 1926-1935 per donne assicurate,  
distribuiti per cause di morte ed età alla morte

(cifre percentuali)

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	ETÀ ALLA MORTE														
	con visita medica			senza visita medica			Popolari			Cessioni Legali					
	35-54		55 oltre	0-34		35-54	55 oltre	0-34		35-54	55 oltre	0-34		35-54	55 oltre
	0-34	35-54	55 oltre	0-34	35-54	55 oltre	0-34	35-54	55 oltre	0-34	35-54	55 oltre	0-34	35-54	55 oltre
Ogni forma di tbc. . . . .	25,89	12,27	1,58	11,67	19,32	4,55	30,05	15,90	8,23	32,66	5,73	1,04	32,66	5,73	1,04
Altre malattie infettive e parassitarie . . . . .	15,86	12,66	8,60	18,33	3,41	9,09	20,55	8,07	4,43	12,87	12,32	10,42	12,87	12,32	10,42
Tumori (neoplasie) . . . . .	5,83	18,87	14,48	3,33	20,45	9,09	3,99	19,65	17,72	4,95	16,90	17,71	4,95	16,90	17,71
Emorragie - Trombosi - Embolie . . . . .	0,97	5,67	14,48	—	9,09	18,17	0,61	6,48	12,03	1,98	4,87	13,54	1,98	4,87	13,54
Malattie del sistema nervoso e dei sensi . . . . .	1,62	2,90	1,36	2,50	2,27	9,09	3,99	3,30	2,53	2,48	0,86	—	2,48	0,86	—
» dell'apparato circolatorio . . . . .	4,21	9,23	22,85	1,67	11,36	13,64	4,60	12,39	17,72	1,98	8,31	17,71	1,98	8,31	17,71
» » respiratorio . . . . .	9,06	9,50	14,03	15,83	10,23	9,09	7,98	12,05	15,18	16,33	14,33	17,71	16,33	14,33	17,71
» » digerente . . . . .	7,44	10,42	9,50	16,67	9,09	13,64	12,27	7,73	10,13	5,94	10,89	5,21	5,94	10,89	5,21
» » genito-urinario . . . . .	8,41	8,71	7,92	1,67	6,82	9,09	3,07	5,80	6,33	6,44	13,18	12,49	6,44	13,18	12,49
» della gravidanza . . . . .	12,30	4,88	—	0,83	—	—	3,99	2,05	—	7,43	2,87	—	7,43	2,87	—
Suicidi . . . . .	2,59	0,66	0,45	1,67	1,14	—	1,23	0,45	—	2,97	2,29	1,04	2,97	2,29	1,04
Morti violente ed accidentali . . . . .	2,91	0,80	0,23	2,50	1,14	—	3,99	2,27	1,90	2,48	2,58	—	2,48	2,58	—
Altre cause di morte . . . . .	2,91	3,43	4,52	23,33	5,68	4,55	3,68	3,98	3,80	1,49	4,87	3,13	1,49	4,87	3,13
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

**Sinistri di morte verificatisi nel decennio 1926-1935 per donne assicurate,  
distribuiti per cause di morte ed antidurata dei contratti**

(cifre percentuali)

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	A N T I D U R A T A											
	con visita medica			Senza visita medica			Popolari			Cessioni Legali		
	0-5a	5a-15a	15a- oltre	0-5a	5a-15a	15a- oltre	0-5a	5a-15a	15a- oltre	0-5a	5a-15a	15a- oltre
Ogni forma di tbc. . . . .	11,83	11,86	2,32	11,71	10,94	14,29	18,57	15,49	—	15,21	8,11	7,69
Altre malattie infettive e parassitarie .	13,02	12,29	10,08	12,20	10,94	—	10,50	14,09	—	13,18	8,11	7,69
Tumori (neoplasie) . . . . .	13,98	14,12	18,60	12,68	10,94	42,85	15,75	15,49	—	10,75	18,38	38,46
Emorragie - Trombosi - Embolie cerebrali	5,97	8,33	10,08	3,41	9,37	28,57	5,63	8,45	—	4,67	7,03	—
Malattie del sistema nervoso e dei sensi	2,51	2,26	5,43	2,93	4,69	—	3,27	4,23	—	1,22	1,08	—
» dell'apparato circolatorio . . . . .	8,96	15,11	16,27	7,32	12,50	14,29	11,34	5,63	—	5,88	11,35	15,39
» » respiratorio . . . . .	11,71	8,90	17,05	14,63	7,81	—	11,57	9,86	—	15,62	15,68	30,77
» » digerente . . . . .	10,87	9,18	5,43	13,66	17,18	—	9,28	7,04	—	8,32	10,27	—
» » genito-urinario . . . . .	8,96	8,19	6,98	2,93	7,81	—	5,02	7,04	—	10,75	12,43	—
» della gravidanza . . . . .	6,57	3,39	—	0,49	—	—	2,13	4,23	—	5,07	1,08	—
Suicidi . . . . .	1,19	0,85	0,78	1,46	—	—	0,62	—	—	3,04	1,08	—
Morti violente ed accidentali . . . . .	1,08	1,28	—	0,98	3,13	—	2,59	2,82	—	2,84	2,16	—
Altre cause di morte . . . . .	3,35	4,24	6,98	15,60	4,69	—	3,73	5,63	—	3,45	3,24	—
	100	100	100	100	100	100	100	100	—	100	100	100

*Medicina Legale della Assicurazione Vita***L'INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE NEL DISTACCO DI RETINA**

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

L' I.N.A. concede ai propri assicurati provvisti di uno speciale allegato di polizza il beneficio dell'esenzione dal pagamento dei premi nei casi di invalidità totale permanente; è condizione indispensabile, però, che questa sia generica e non specifica pel mestiere già esercitato, cioè l'assicurato deve aver perduto, non solo la capacità all'esercizio della sua professione, ma anche la capacità ad ogni lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini.

Tra le affezioni oculari che possono determinare una invalidità totale e permanente si riscontra principalmente il distacco di retina.

Questo argomento piuttosto nuovo per noi medici di assicurazione sarà oggetto della seguente relazione.

Anzitutto, che cosa è un distacco retinico? Come spiega la parola stessa è uno scollamento della retina dalla coroide sottostante.

Un rapido sguardo a tutta la storia dell'oculistica, alla via tracciata dagli oftalmologi, dai primordi ad oggi, ci mette in evidenza un fatto molto importante e cioè che la prognosi del distacco retinico rispetto alla cura ha subito una notevole modificazione. Infatti alla fine del secolo scorso il distacco di retina costituiva un baluardo insormontabile verso cui nessuna difesa era possibile e l'oftalmologo doveva confessare la sua incapacità curativa. Il Lagrange ebbe a dire che la stessa molteplicità dei metodi di cura usati, indicavano la inef-

ficacia degli stessi e rappresentavano il lusso della miseria.

Infatti dal 1887 al 1916, per la mancanza di una cura efficace, i progressi della scienza furono pressochè nulli; ed esiste nella letteratura solo qualche raro caso di guarigione spontanea. Fu Gonin, per primo, a mettere in evidenza l'importanza delle lacerazioni retiniche dovute ad alterazioni del vitreo e che prima passavano inosservate; egli affermò infatti che esistevano nella quasi totalità dei distacchi idiopatici. Applicando poi il termocauterio egli riuscì a cicatrizzare le rotture in una o più riprese. Questo metodo che all'inizio ha subito molte critiche, ha costituito poi la base della nuova cura del distacco. Mediante la cicatrizzazione e quindi il saldamento della retina alla coroide l'acutezza visiva può venire ripristinata. Dalle statistiche di questo autore si rileva che quanto più il distacco è recente tanto più è facile la guarigione, con una percentuale, che oscilla nei casi operati dal 60 al 20%.

Il metodo di Gonin venne poi perfezionato da altri operatori che portarono così un esteso contributo di guarigioni nel distacco di retina.

Certo è che bisogna sempre tener presente la possibilità di una recidiva e che queste susseguendosi possono portare alla cecità.

Se all'epoca di Poncet (1887), gli occhi curati andavano incontro frequentemente alla tisi bulbare e alla oftalmia

simpatica, oggi invece la prognosi del distacco retinico si può modificare per il fatto che, ciò che fino a pochi anni addietro ha costituito un tentativo e una preparazione ai metodi, ora costituisce una terapia comune. Quasi tutti i distacchi mediante la diatermocoagulazione raggiungono una buona percentuale di guarigioni. Anche i nostri oftalmologi hanno dato un valido impulso alla terapia e quindi alla prognosi del distacco. Molto spesso si ottengono risultati soddisfacenti anche nei casi non recentissimi, quando cioè le membrane profonde staccate sono state a lungo scarsamente alimentate. L'unica possibile infausta evenienza è rappresentata sempre dalla recidiva.

Il fatto che attualmente, per i progressi della tecnica operatoria, la prognosi è migliore, dal lato sociale costituisce un vantaggio per la capacità lavorativa di un numero non indifferente d'individui.

Da questa breve premessa passiamo senz'altro a trattare l'argomento dal lato che ci interessa, cioè l'eventuale richiesta del riconoscimento dell'invalidità per distacco retinico nell'A. V.

Anzitutto ci domandiamo: può il distacco di retina determinare una invalidità totale permanente? Rispondiamo senz'altro affermativamente; specie poi, se è bilaterale, totale, esteso alla macula, oppure nei casi in cui è colpito l'occhio sano e l'altro sia affetto da una ambliopia *ex non usu*, sia fortemente miopico con *visus* scarsissimo o vi siano altre lesioni tali che abbiano ridotto l'acutezza visiva alla sola percezione luminosa o poco più, in modo che l'individuo non può nemmeno dirigere i suoi passi. Il paziente ridotto in stato di quasi cecità non può accudire ad alcun lavoro e vien privato di qualsiasi mezzo di guadagno.

Ora viene spontaneo di domandarci: che cosa è che ha determinato il distacco di retina? Sappiamo che sull'etiologia si impenna la prognosi; ora, l'etiologia c'insegna che le alterazioni della retina, della coroide, del vitreo, l'abbassamento della pressione, ecc., sono elementi patogenetici; ma che la causa vera, la causa prima è sempre lontana dall'occhio, bensì insita nell'organismo ed è data dalla costituzione. Il fattore primitivo è quindi organico, il fattore oculare è sempre secondario.

Alcuni AA. l'attribuiscono alla t.b.c.; altri alle alterazioni renali e così via. La miopia che è stata messa in rapporto ad una particolare costituzione non infrequentemente ci offre dei casi di distacco. Il miope che ha un discreto grado di tale affezione presenta un « habitus » caratteristico e precisamente una grandezza esagerata del bulbo oculare, e se è sprovvisto di occhiali l'ammiccamento continuo delle palpebre; questo, per diminuire il fascio dei raggi che penetrano nell'occhio per la modica dilatazione pupillare e ridurre così le dimensioni dei cerchi di diffusione rendendo l'immagine più netta.

Nessuna teoria riesce a spiegare la causa per cui il bulbo si allunga producendo la miopia: del resto non è spiegato neppure perchè certe miopie si arrestino ad un certo punto dello sviluppo; altre progrediscono senza l'applicazione a lavori fini da vicino ed altre ancora interessano un occhio solo. Circa il fattore etnico è da osservare che nella razza germanica la miopia è abbastanza frequente e sarebbe stata messa in rapporto alla speciale conformazione dell'orbita (*viso largo*), che sarebbe causa di convergenza eccessiva.

Studiando l'etiologia della miopia si osserva che essa non è congenita; ed infatti i neonati solo eccezionalmente sono miopi; al contrario sono ipermetropi da

una a tre diottrie. Esiste invece una predisposizione ereditaria e si può quasi dire che essa sia un difetto essenzialmente acquisito, il quale si inizia nel periodo di sviluppo dell'organismo, quando i giovani attendono in modo eccessivo ed improprio al lavoro da vicino. E' più frequente nelle persone che studiano che nei contadini; e la sua percentuale va gradualmente crescendo dalle classi sociali inferiori alle più elevate.

La distensione del globo e conseguentemente delle sue membrane fa sì che quelle più elastiche come la sclera e la coroide, si distendono con maggior facilità mentre la retina che è unita solo in corrispondenza della papilla ottica e dell'ora serrata, facilmente si stacca e non più nutrita dai vasi coroidei perde la sua funzione; col trascorrere del tempo se non avviene un riaccollamento spontaneo od operatorio si atrofizza e perde la sua funzione.

L'insorgenza del distacco non è mai lenta, ma rapida e di solito solo preceduta da fosfeni. Molte volte vi si accompagnano metamorfosia e miodesopsia. Il paziente mentre attende alle sue occupazioni si accorge improvvisamente come una nube discendesse a velargli la vista. Questa nube, che egli dice in certi punti più scura in altri più chiara, si muove e gli oggetti veduti si deformano senza poterne distinguere nettamente i contorni. Il distacco generalmente è monolaterale e dall'anamnesi del paziente rileveremo che ha fatto un movimento rapido, una caduta, sollevato dei pesi, fatto qualche sforzo, ecc. Questa a dire il vero è la causa ultima, la occasionale, che ha però anche la sua importanza; essa invero non rappresenta altro che la risultante dei vari stadi di un'affezione che ha inizio dalla costituzione organica.

Una discreta percentuale dei distac-

chi la offrono anche i t.b.c. e i luetici senza escludere poi le cause sconosciute l'influenza del diabete, della nefrite, ecc., e le cause dirette come i traumi, cisticerchi sottoretinici, tumori della coroide, rammollimenti del vitreo.

Seguendo il meccanismo patogenetico della t.b.c. il bacillo di Koch per via ematica giunto alla coroide dà origine ad uno o più tubercoli i quali, caseificandosi nella delicata trama vascolare della coroide se ledono i vasi, determinano una emorragia retro retinica, oppure danno origine ad un essudato. La retina così viene privata di nutrimento e le fibre terminali del nervo ottico vanno incontro all'atrofia.

Ciò può avvenire anche in seguito alla diminuita resistenza delle pareti vasali le quali sotto l'azione delle tossine t.b.c. divengono fragili e si rompono.

Le lesioni luetiche iniziano alla tunica media dei piccoli vasi e si propagano all'intima; anche in questo caso i vasi della coroide resi fragili si rompono determinando uno stravasamento retroretinico e conseguente distacco. Che ciò sia abbastanza frequente in queste due affezioni possiamo rilevarlo anche da un recente studio di Sabbadini sull'etiologia del distacco; in 72 casi di verificato distacco ha riscontrato 9 casi di natura t.b.c. certa, 10 di t.b.c. sospetta, 9 di lue certa, 7 di lue sospetta, rari casi ad etiologia iperazotemica, arteriosclerotica, diabetica e parecchi ad etiologia oscura.

Del resto dal distacco non ne sono immuni nemmeno gli emmetropi e gli ipermetropi. Da certe statistiche si rileva che si presenta quasi nella stessa proporzione nelle miopie lievi e in quelle di 8-10 D.; nei gradi più elevati però aumenterebbe di 1/3 (Bietti).

Si potrà prevedere un distacco nelle miopie che superino le 10 diottrie (il distacco si verifica nel 10%). In questi casi dovremo sempre allarmarci ed es-

sere più scrupolosi nell'esame sia anamnestico che obbiettivo. Domanderemo all'assicurando se va soggetto a bagliori (fotopsie) messe in rapporto probabilmente a stiramenti della retina, a metamorfopsie che consistono nel vedere le immagini deformate dovute alla retina sollevata e mobile nei movimenti oculari; se nel lavoro in vicinanza si stanca, se vi è diminuzione visiva e restringimento del campo visivo, alterazioni cromatiche specie per il bleu messe in rapporto all'assorbimento dei raggi luminosi da parte del liquido retro retinico, emeralopia che si riscontra nelle forme iniziali.

In queste persone deve essere fatto molto scrupolosamente anzitutto l'esame generale e poi quello dell'apparato visivo; così osservare se il bulbo è esoftalmico, se la sclera è assottigliata e bluastra per il trasparire delle membrane uveali e mediante la palpazione, mentre guarda in basso, saggiare la tensione oculare. La palpazione è simile a quella per la fluttuazione di un accesso. Noteremo così lo stato di elasticità, mollezza, o durezza del bulbo oculare. Se poi saremo provvisti del tonometro del Schiötz, la registrazione della resistenza del globo oculare, preventivamente anestetizzato, verrà fatta appoggiando lievemente a contatto della cornea l'apparecchio. La tensione normale oscilla tra 15 e 25 mm. di Hg.

Se la tensione è al minimo od inferiore, non si dovrà concedere la polizza supplementare per l'invalidità perchè in questi casi il sopraggiungere di un distacco non è infrequente. Questa tensione diminuita molto spesso è in rapporto alla fluidificazione del vitreo, fatto anche questo che ne facilita l'insorgenza. L'esame schioscopico nei miopi dovrebbe essere fatto con la dilatazione pupillare per paralizzare la accomodazione, così pure l'esame oftalmoscopico,

altrimenti i particolari della retina assottigliata e rarefatta facilmente sfuggono anche ad un occhio esperto ed indagatore. Sono specialmente le regioni periferiche della retina che maggiormente vengono colpite all'inizio, e che possono passare inavvertite. Nei miopi elevati, al fondo si osserva se lo stafiloma posteriore è molto esteso, se vi sono chiazze di coroidite atrofica, ecc. Un altro esame utile è quello del C. V., il quale ci dà dati molto importanti riguardanti le chiazze di atrofia ed i distacchi iniziali.

Il medico di assicurazione dovrà pure tener presente che le opacità del vitreo sono molte volte il preavviso e la conseguenza della deformazione dell'allungamento dell'occhio.

Il *visus* diminuito può essere in rapporto anche alle cataratte che facilmente insorgono nei miopi per l'opacamento della cristalloide posteriore e dette appunto coroideali. E mentre ci sono miopie lievi con *visus* scarso ve ne sono altre elevate con *visus* abbastanza buono.

La miopia da lavoro eccessivo è di grado alto solo in un quarto dei casi. Quelle lievi che si formano negli studenti per una predisposizione individuale non devono allarmarci, perchè allora non si dovrebbe concedere l'allegato supplementare di polizza ai tre quarti degli assicurandi.

In questi casi se l'esame generale è negativo e se l'esame dell'apparato visivo non presenta alterazioni degne di nota (quale miopia progressiva) il rischio di invalidità è consigliabile. Si dovrà essere invece più rigorosi se alla miopia si accompagna una tara t.b.c., luetica. Approssimativamente il rischio di invalidità nelle miopie leggere può essere giudicato buono (1-5 D.). Nelle modiche (5-8 D.) fino a 25-30 anni, mediche; nelle elevate (10 D. o più) fino

a 25-35 anni non è consigliabile. Nei soggetti al disopra dei 35 anni con miopia modica il rischio può essere favorevole, perchè dopo questa età la distensione delle membrane oculari è minore per la diminuita elasticità della sclera che subisce le modificazioni di tutti i tessuti del corpo. In questi casi poi, non sarà il solo esame dell'apparato visivo, ma tutti gli altri esami che permetteranno di decidere se si può concedere o non l'allegato di invalidità. Ciò riguarda le miopie stazionarie. Nelle miopie invece a carattere progressivo, non è consigliabile, pel carattere e andamento piuttosto gravi che assumono, poichè da una leggera miopia possiamo giungere ad una di 20-25 D.

Siccome le complicazioni della miopia si manifestano quando questa si arresta, cioè verso i 25 anni, si userà la massima scrupolosità dai 25 ai 30 anni. In questa età (25-30) l'allungamento dell'occhio ha termine, mentre hanno inizio le modificazioni patologiche delle membrane profonde che possono portare ad un distacco di retina.

Le miopie più frequenti sono quelle da 5 a 10 D.; da 1 a 5 sono quelle che noi chiamiamo miopie scolari e che si trovano quasi nei tre quarti degli individui. Quelle che superano le 12 D. non sono infrequenti, per quanto non manchino casi di miopia che sorpassano le 30 D. In questi casi si dovrà anche tener conto dell'età (più pericolosa a 20 che a 40 anni) del sesso e della professione esercitata dal miope e dallo stato generale.

In tutti i casi di richiesta dell'allegato d'invalidità da parte dei miopi si dovrà far seguire agli altri esami quello dell'apparato visivo. Lo specialista stabilirà il grado di miopia, le modificazioni patologiche del fondo e le probabili complicazioni più frequenti della stessa.

Nei casi in cui la miopia raggiunge

al massimo 5 D. e non vi sono alterazioni degne di nota nelle membrane profonde si può senz'altro concedere l'allegato; in quelli da 5 a 10 D. si sarà più scrupolosi sia nell'esame anamnestico che obiettivo generale e specialistico e dalla valutazione complessiva si deciderà affermativamente o negativamente. Dalle 10 D. in poi non si dovrebbe concedere, a meno che il *visus* con la dovuta correzione di lenti sia buono e non vi siano sintomi obbiettivi rilevanti; in questi casi, però, è sempre da tener presente l'eventualità di un distacco, le recidive a cui può susseguire la cecità; nell'accettazione di questi sarebbe da stabilirsi un adeguato sovrappremio.

Per un esatto giudizio nel rischio di invalidità negli assicurandi con tare oculari occorre sempre la visita dello specialista.

Di simulazione nel distacco non si può parlare perchè l'esame oftalmoscopico ci permette o no di constatarlo. Localizzato, si potrà determinarne l'estensione, le lacerazioni, ecc.; e da tutto il complesso ci potremo permettere di riconoscere l'invalidità totale permanente.

Il miglior consiglio che noi possiamo dare all'assicurato affetto da distacco retinico è quello di dedicarsi ad un'altra professione o mestiere più riposante per l'occhio, di non fare fatiche materiali che possano facilitarne una recidiva. Sarà poi utile e costituirà quasi una prevenzione se consiglieremo gli studiosi con miopia elevata e tutti quelli che fanno lavori minuti e di precisione (es. disegno, incisioni, cesellature, calcoli matematici, progetti, lavori di officina, ecc.) a cambiare professione, perchè è nel lavoro in vicinanza che l'occhio maggiormente subisce le modificazioni patologiche. Mentre a distanza il miope non vede, in vicinanza mette in giuoco l'accomodazione e l'occhio si allunga. Consiglieremo pure che perio-

dicamente facciano controllare lo stato del loro occhio specialmente per l'acutezza visiva, campo visivo e a correggere opportunamente il difetto che presentano consigliandoli a tenere gli occhiali specialmente da vicino.

#### AUTORIASSUNTO.

L'A., premesso il concetto d'invalidità presso l'I.N.A., passa a trattare della migliorata prognosi del distacco retinico in seguito ai nuovi progressi della terapia in questi ultimi anni. Si soffer-

ma poi, in special modo sulla etiologia di esso e fa presente come, oltre ad altre affezioni, speciale importanza debba attribuirsi alla miopia. Descrive quali siano i sintomi che possano far prevedere un distacco nell'esame di un assicurando miope, dell'accettabilità o meno del rischio di invalidità dello stesso e della prevenzione del distacco. Infine tratta del riconoscimento dell'invalidità di un assicurato per distacco di retina il quale non può essere simulato, perchè l'esame oftalmoscopico ci permette di constatarlo.

## La calcolosi epatica nell'assicurazione vita dal punto di vista medico-legale

Dott. ALBERTO DI LILLO

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

Senza addentrarci nel vasto e complesso campo dell'indagine etio-patogenetica e clinica della litiasi biliare, il che esorbirebbe dai limiti impostici nel presente lavoro, dovremo tuttavia, dati i rapporti di interdipendenza tra considerazioni di carattere medico-legali e cognizioni diagnostico-cliniche della malattia, riportarci spesso, durante la trattazione dell'argomento, ad alcuni criteri nosologici (andamento clinico della malattia, intensità dei singoli segni morbosi, frequenza e variabilità di essi ecc.) la cui conoscenza ci riuscirà di orientamento e di guida nella indagine la quale deve, nel caso nostro, mirare ad escludere od ammettere la esistenza di particolari circostanze o condizioni: dichiarazioni reticenti, erronee, false, dolose, ecc. le quali, infir-

mando il rapporto giuridico contratto tra le due parti, Ente Assicuratore ed Assicurato, potrebbero rendere contestabile o nullo l'atto di previdenza.

Il criterio eminentemente clinico che viene in genere seguito nella trattazione delle varie forme morbose, differisce notevolmente da quello che ci deve guidare nello studio di quanto costituisce l'oggetto del presente lavoro nel quale « la medicina viene ad essere strettamente considerata come scienza di applicazione alle esigenze della legge » (Carpi).

\* \* \*

Non ci dilungheremo soverchiamente nella trattazione dei casi di calcolosi epatica dichiarati all'ingresso in assicurazione ed assunti, pertanto, come ri-

schi tarati. Mettendo « a profitto cognizioni di patologia, di clinica e di statistica medica » di essi ci interesserà valutare il rischio che comportano, in base alla frequenza delle coliche, alla esistenza o meno di altri disturbi, alla scomparsa o meno della sintomatologia morbosa in seguito ad atto operativo ecc. per stabilire razionalmente ed adeguatamente la classe di sopra-mortalità e la relativa categoria di tara.

Torna qui a proposito ricordare quanto il Romanelli ebbe a scrivere trattando dei compiti ognora più vasti e complessi che la medicina delle assicurazioni, con finalità altamente sociali e caratteristiche proprie che la differenziano dalle altre branche della medicina, è chiamata a svolgere: « La fine del secolo XIX è caratterizzata dalla diffusione dell'assicurazione vita a strati sempre più ampi della popolazione e specie ai rischi tarati. Mentre in un primo tempo si accettavano le persone sane, successivamente fu estesa la concessione di polizze di assicurazione alle persone affette da qualche imperfezione e più tardi ancora a persone affette da tare organiche; in primo tempo, lievi ma successivamente anche gravi poiché l'industria doveva adeguarsi alla funzione sociale che ne determinava lo sviluppo. Specialmente coloro i quali a causa della tara organica da cui sono affetti possono chiudere prematuramente la loro vita, sono indotti dai doveri verso i terzi a sottoscrivere un contratto di assicurazione ». Dirò ancora che in questi casi di rischi tarati perchè l'assicurando sia assunto, come deve essere, con premio adeguato al rischio che esso comporta, è necessario che fornisca con particolare esattezza e chiarezza tutti quei minuti elementi a lui richiesti, necessari ed indispensabili in quanto su di essi il Comitato Medico dell'Ente Assicuratore, preposto alla va-

lutazione dei rischi, deve fondarsi per emettere un esatto e giusto giudizio. Compito particolarmente difficile, specie in quanto il Comitato di Direzione non disponendo del soggetto, deve giudicare in base alla relazione medica redatta da altri. E più difficile esso compito diviene quando si pensi che trattandosi di individui non sani non basta giudicare della possibilità che soggetti della stessa età hanno di vivere la vita media teorica prefissata; qui occorre stabilire quali probabilità offrano o meglio di quanto siano diminuite dette probabilità necessarie per raggiungere il termine medio assegnato dalle statistiche a soggetti sani della loro età.

A ciò si aggiunga che i soggetti malati si presentano con tare organiche così particolari e dissimili, con sintomatologia spesso così varia e multiforme — pur nella loro apparente uniformità di specie morbosa — da costituire, per poco che si voglia essere rigorosi, ognuno un tipo a sè e si comprenderà facilmente come risolvere praticamente il problema della valutazione del rischio tarato sia cosa tutt'altro che facile.

E ciò presupponendo la più assoluta onestà e rettitudine da parte dell'assicurando. Che se per poco prendiamo a considerare essere la cosa praticamente ben diversa in quanto l'assicurando è portato quasi sempre, il men che si possa dire, ad una attenuazione dei suoi disturbi, riuscirà facile convincersi come le difficoltà aumentino ognora di più e stabilire di quanto la vita media di un individuo tarato sia accorciata sia cosa veramente difficile.

In tutti i casi, la nostra condotta di medici di fronte ad un assicurando che tenti di attenuare i suoi disturbi sia ispirata, come dice il Prof. Carpi, a quella rigorosa obiettività di rilievo e di valutazione che solo possa giustificare un giudizio sereno e imparziale dei

fenomeni morbosi nel loro valore biologico e nella loro figura giuridica per le conseguenze che essi possono portare in rapporto alla capacità lavorativa (agli effetti della invalidità), alla prognosi quoad vitam (agli effetti del rischio di morte).

E' questo uno dei compiti più delicati della pratica medica, in assicurazione vita. Spesso ci troviamo di fronte a casi in cui i dati obiettivi risultati di una certa entità contrastano con le dichiarazioni dell'assicurando che, nel riferire el proprie limitate, trascurabili sofferenze, mal cela una piena obiettività e misura così da giustificare il dubbio di una attenuazione se non di una dissimulazione del suo stato morboso. La dissimulazione è certamente uno scoglio per il medico assicuratore, ma non deve essere esagerato; e ciò senza che si debba ammettere il precetto di Kuhn-Möbius secondo il quale il numero dei simulatori e dei dissimulatori che il medico asserisce di avere osservato, è in rapporto inverso della sua capacità di osservazione medico-psicologica. I soli mezzi di cui disponiamo per combattere la dissimulazione sono quelli stessi usati per combattere la simulazione e che, secondo il noto precetto di René Sand, si riducono a « science et patience ».

E' indispensabile che il medico assicuratore, nel formulare il suo giudizio sulla reatà ed attendibilità dei fenomeni accusati dallo assicurando, si affidi esclusivamente alla obiettività dei rilievi, alla eloquenza dei fatti rilevati, senza preconetti e con sano spirito di imparzialità. Anche qui come in ogni altro campo della indagine clinica il medico deve affidarsi al prezioso sussidio della raccota diligente e paziente dei rilievi anamnestici, alle proprie esperienze personali, alla guida di quel senso clinico che soli possono portarlo al raggiungimento della realtà diagnostica che è lo

scopo precipuo non solo della medicina assicurativa ma essenzialmente della medicina pratica. Le controversie che sorgono tra l'ente assicuratore e l'altro contraente, spesso si è dimostrato non essere altro che la conseguenza di rilievi obiettivi inesatti od incompleti. Il rapporto medico, pertanto, dovrà essere la sintesi obiettiva, chiara e completa di quanto il medico ha constatato.

Si ricordi che si tratta di un documento che non ha valore solo per i medici, ma per gl'interessati ed eventualmente per i giudici e che deve perciò escludere ogni elemento atto a generare difficoltà o dubbi di interpretazione.

Poter fornire per ogni soggetto affetto da calcolosi epatica la sua particolare vita media che ancora gli resta da vivere, significa avere risolto integralmente il problema dell'assunzione di detta malattia come rischio tarato. Senza però la intelligente e volenterosa cooperazione dell'assicurando che deve fornire, nel modo più sincero ed onesto, tutti gli elementi riferentisi alle sue condizioni ereditarie, al suo passato sanitario, al suo stato presente, pur essendosi individuata la legge di mortalità in base alla quale sono stati calcolati i premi teorici relativi alle varie età, per soggetti affetti da determinate forme morbose, non potremo valutare che in maniera approssimativa la entità del rischio, il che si risolve spesso in un danno a carico dell'Ente Assicuratore, qualche volta a carico dell'assicurando.

\* \* \*

Prendiamo ora a considerare i casi in cui, per dichiarazioni reticenti, erronee, false, dolose, incomplete ecc. rese dall'assicurando all'atto del suo ingresso in assicurazione, il rapporto giuridico

da lui contratto può essere contestato o reso nullo da parte dell'Ente Assicuratore.

La diagnosi di una malattia, insegnano i trattati di semeiotica e la esperienza, vien fatta in base alla anamnesi o storia e all'esame obiettivo dell'ammalato (status preasens).

Una anamnesi esatta è della massima importanza e può spesso avere valore decisivo per la diagnosi (G. Klemperer).

Essa fornisce nozioni interessantissime sulla etiologia della malattia per cui va raccolta con somma cura e con tutte le particolarità, cercando, ove occorra, di controllare le asserzioni dell'infermo con quelle dei suoi familiari (M. Ferrannini).

L'importanza dell'esame obiettivo non ha bisogno di essere dimostrata. Mi sia concesso, tuttavia, di riportare un pensiero del Viola secondo il quale pure essendo ormai superato un retaggio storico del tempo nel quale il vasto campo della medicina clinica si poteva dividere con criterio anatomico semplicistico in due parti distinte: medicina interna e medicina esterna i tempi moderni, con tutto il loro progresso non hanno saputo creare un'espressione migliore per distinguere ciò che si vede all'esterno da ciò che è chiuso nell'interno delle cavità del corpo. La verità è che, pure essendo l'interno e l'esterno così profondamente collegati fra loro, in linea anatomica e funzionale, che nessun internista può fare a meno della più esatta osservazione dello esterno, nelle malattie cavitarie, come nessun medico che s'interessa di malattie esterne può non prendere in considerazione le manifestazioni interne che quelle possono determinare o da quelle essere determinate, non si può tuttavia negare la esistenza di un gruppo di affezioni cutanee in cui la diagnosi è spesso di immediata evidenza; essa s'impone a

prima vista, alla semplice ispezione, senza richiedere il soccorso dell'anamnesi o esami di altri organi.

E come esiste un altro gruppo di malattie in cui la diagnosi è ancora possibile mercè un esame obiettivo più completo e diligente, così nessuno potrà mai negare la esistenza di malattie in cui l'esame obiettivo, anche se praticato nel modo più accurato e completo e da clinici di vasta cultura e di lunga esperienza, può risultare del tutto negativo; solo l'anamnesi può, in questi ultimi casi, illuminarci ed esserci di guida nel raggiungimento della realtà diagnostica. « S si danno anche dei casi nei quali l'anamnesi è l'unico modo per arrivare ad una diagnosi, poichè un gran numero di malattie presenta solo sintomi subiettivi » (Hermann Sahli).

Ciò premesso, essendo la calcolosi epatica una di quelle malattie caratterizzate dal susseguirsi, a più o meno breve o lunga scadenza, di periodi di quiete, che possono decorrere con pieno benessere, con periodi di colica ed essendo quest'ultima la manifestazione clinica veramente caratteristica della litiasi biliare, può il medico di assicurazione, in una visita fatta durante un periodo di quiete, spesso se non sempre in modo rapido e frettoloso poichè « l'assicurando non ha tempo da perdere, è stato trascinato presso il medico dal produttore e spesso cerca qualsiasi pretesto per liberarsi da un impegno al quale solo l'abilità del produttore lo ha condotto » e senza il sussidio di speciali ricerche di laboratorio che si è abituati ad utilizzare in clinica (ma alle quali nessun assicurando si è mai dichiarato disposto a sottoporsi) può il medico di assicurazione, dicevo, formulare la diagnosi di calcolosi epatica muti, per giunta, essendo risultati, per reticenza dell'assicurando, tutti i dati importanti ai fini della diagnosi, « dati

sul gentilizio, sul passato patologico, sui disturbi in atto, sulle abitudini di vita, sulle funzioni dei vari organi ed apparati, e specie sulle sensazioni subiettive circa le dette funzioni? ».

Rispondiamo subito di no!

Lo studio delle malattie del ricambio, e di quelle a sintomatologia muta od incerta in particolar modo, costituisce — in assicurazione vita — uno dei capitoli più importanti della patologia umana. Qui più che in ogni altro gruppo di malattie il giudizio di noi medici assicuratori deve basarsi su dati anamnestici diligentemente raccolti, ben definiti, accuratamente vagliati se, ben s'intende, riferiti con esattezza e sincerità dall'assicurando.

L'esame anamnestico dovrà, ad ogni modo, essere praticato con particolare cura ed accorgimento non disgiunti da molto tatto ed abilità. E' ottima cosa, ad esempio, che il soggetto non si avveda di essere guidato, perchè nulla lo previene più sfavorevolmente contro il medico quanto il sospetto di essere portato da questi, messo sulla buona strada da una particolare circostanza raccontata, verso un determinato obiettivo. E' sovente opportuno rivolgere domande su circostanze o fatti che possono sembrare del tutto estranei se non inutili alle questioni del caso (tenore di vita, abitudini, occupazioni che comportano vita sedentaria, eventuali preferenze o restrizioni nell'alimentazione, ecc.), i quali invece possono essere di grande importanza e di alto interesse per il concetto di un quadro morboso, specialmente dal punto di vista dell'etiologia.

Non si tema, in questi casi, di eccedere in abbondanza e minuziosità di domande; si tema invece di farne troppo poche. E' scritto che per raccogliere... buone anamnesi, in simili casi, occorre « molta diplomazia, molto tatto,

conoscenza dell'uomo e cultura scientifica ».

Seguendo poi il concetto del carattere familiare della diatesi (« espressione usata per indicare uno stato individuale caratterizzato dal fatto che in esso possono insorgere malattie più o meno spontanee, con speciali coincidenze individuali e ancestrali (Viola 1906); così, ad esempio, la diatesi artritica può dare luogo al diabete, alla gotta, all'obesità, alla calcolosi epatica, renale, agli eczemi, ecc., che costituiscono una collettività morbosa la quale si può manifestare nei vari discendenti dallo stesso ceppo — coincidenze ancestrali — o nello stesso individuo in vari periodi della vita — coincidenze individuali — dimostrato a posteriore dal fatto che manifestazioni di natura diatesica patologica colpiscono frequentemente più soggetti appartenenti alla stessa famiglia, estenderemo l'indagine agli ascendenti, ai familiari, ai discendenti, ai collaterali, ecc. per la ricerca di altre malattie del ricambio quali il diabete, la gotta, l'obesità, la calcolosi renale, ecc. che come abbiamo detto si impiantano sul terreno comune della diatesi artritica.

L'importanza dell'indagine anamnestica, però, può spuntarsi contro le dichiarazioni false, erronee, dolose o crollare di fronte alla reticenza dell'assicurando.

Può, allora l'esame obiettivo del soggetto permetterci di formulare la diagnosi?

Se consultiamo i trattati di clinica medica noi troviamo i diversi Autori concordi nel riconoscere che « all'infuori del periodo di colica o quando non risultino dall'anamnesi sicuramente constatate da altri medici delle coliche precedenti, non è possibile, coi soli mezzi forniti dalla semeiotica fisica, fare la diagnosi di colelitiasi » (M. Aresu).

I segni più diretti quale il dolore che alle volte è possibile provocare sul punto cistico (all'incontro dell'estremità anteriore della 10<sup>a</sup> costa destra col margine esterno del retto addominale), anche ricorrendo a particolari accorgimenti come alcuni autori (Enriquez, Carrié, Laffitte), consigliano; (ammalato in decubito dorsale, tronco un po' sollevato, coscine e gambe flesse per detenere la parete addominale; la mano destra del medico va posta a piatto sull'addome in modo che il suo asse longitudinale mediano corrisponda al margine esterno del muscolo retto; il medio della mano che palpa deve flettersi progressivamente ad ogni atto espiratorio e il polpastrello del medio stesso deve cercare di porsi in contatto con la cistifellea; invitando il paziente ad inspirare profondamente, per l'aumento della pressione del polpastrello contro la vescichetta biliare, ad ogni atto inspiratorio, deve suscitarsi una sensazione dolorosa); o poco più in basso, sul punto di Abrahams, o sul punto frenico (fra il capo sternale e quello clavicolare dello sterno-cleidomastoideo di destra) o sulle apofisi spinose della 8<sup>a</sup>, 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> vertebra dorsale o sulla punta dell'omoplata, o subito sotto l'appendice enziforme (punto epigastrico), ecc., possono dare risultato del tutto negativo. Lo stesso dicasi di altri segni valorizzati sulla base dello stesso principio dello zone di Head, come l'iperestesia che qualche volta si osserva nella regione epigastrica o nel dominio degli ultimi nervi intercostali di destra.

Qualche volta, se vi sono calcoli insinuati lungo l'epatico o il coledoco si da determinare una limitazione parziale al deflusso della bile e conseguentemente uno stato sub-itterico di lunga durata o anche definitivo, la nostra mente può orientarsi verso un'affezione epatica ma bisogna riconoscere che,

in pratica, ben poche sono le diagnosi di tal genere che riesce di fare con una certa attendibilità.

In qualche altro caso la vescichetta, se è ben distesa, può essere palpata, sempre che la parete addominale non sia eccessivamente spessa per abbondante adipe, con la caratteristica sensazione di corpo ovoide, a contorni piuttosto netti, di consistenza duro-elastica; il sentire però al tatto, come alcuni AA. sostengono, lo scroscio o crepitio dei calcoli contenuti nella cistifellea « come di noci in un sacco » è un reperto assolutamente eccezionale e va ricordato più come curiosità semeiologica che per la sua reale importanza clinica. « E' per contro frequente che vescichette abbondantemente ripiene di calcoli non si apprezzino per nulla al tatto » (M. Aresu).

Qualche Autore insiste anche sulla utilità dello studio della bile estratta col sondaggio duodenale, secondo la tecnica di Meltzer-Lyon, attribuendo importanza, come carattere peculiare di colelitiasi, ad una forte diminuzione del contenuto in colesterina che presenterebbe la bile filtrata in confronto di quella non filtrata.

A prescindere dalle difficoltà cui si va incontro in pratica assicurativa, quasi sempre angustiata da restrizioni incredibili, nel praticare una simile ricerca, gli Autori che hanno controllato questa ricerca si esprimono in maniera tutt'altro che concorde sull'argomento e non si può dire che risulti ancora chiaramente utile una applicazione di questa prova alla pratica.

Tutto il complesso dei sintomi su ricordati quando non riesca del tutto negativo non reca che uno scarso contributo alla diagnosi.

Il metodo che veramente consente di accertare la presenza o meno di calcoli nella cistifellea è costituito, quando è

possibile applicarla, dall'indagine radiodiagnostica.

Prescindiamo ora completamente da eventuali segni di colecistite o di angiolite diffusa che possono verificarsi durante il decorso della colilitiasi, il che è perfettamente ovvio, e facciamo un breve cenno ai casi di calcolosi epatica a sintomatologia muta.

Dal punto di vista medico-legale è interessante conoscere l'esistenza di questi casi a sintomatologia muta, essendo essi ormai riconosciuti ed ammessi da tutti gli Autori, per quanto le percentuali riferite varino entro limiti notevolmente ampi.

Avviene talora infatti che la calcolosi della cistifellea sia una sorpresa d'autopsia; non riteniamo, tuttavia, che tali casi siano assai numerosi se si tiene presente che in pratica medica privata assai raramente ci si imbatte in casi in cui, bene indagando nell'anamnesi personale remota e prossima, non si riesca a mettere in evidenza qualche sintomo sia pure di lieve entità specie se ricercato tenendo presenti le così dette sintomatologie riflesse, gastriche ed intestinali a tipo dispeptico e discinetico: (spasmi gastrici, pilorici, duodenali; attacchi di ipercloridria, periodi di atonia gastrica, periodi di stipsi atonica o spastica, ecc. e che costituiscono le così dette colelitiasi larvate.

Quanto meglio s'indagherà nell'anamnesi tanto meno numerosi diverranno i casi di calcolosi epatica a sintomatologia completamente muta.

\* \* \*

Da quanto abbiamo succintamente esposto scaturisce una conseguenza essenziale che cioè, dovendo la diagnosi di calcolosi epatica basarsi, in massima parte, sulle deposizioni anamnestiche

dell'assicurando e riguardanti il suo gentilizio, il suo stato passato di salute, il suo tenore e le sue abitudini di vita, spetta a quest'ultimo fornire i dati anamnestici con la massima esattezza e scrupolosità, tanto più che la prima parte della relazione di visita medica deve essere da lui firmata. La sottoscrizione va fatta sotto apposita dichiarazione in cui l'assicurando afferma di liberare dal segreto professionale il suo medico personale o di famiglia qualora l'Ente Assicuratore intenda, prima o poi, interrogarlo e che tutte le risposte da lui fornite sono vere e, se non scritte di suo pugno, da lui stesso dettate.

La relazione di visita medica va quindi datata e firmata dal medico fiduciario al quale deve essere particolarmente raccomandato di dare e di pretendere dal visitato, per la redazione della prima parte, delle risposte chiare, esaurienti, e di evitare le risposte formulate a base di tratti di penna, anziché nel monosillabo negativo o positivo; tratti di penna che, al momento opportuno, possono essere eccepiti contro l'Ente Assicuratore come risposte non date, perchè non formulate.

Potrebbe sembrare tutto ciò ovvio; pure non è così. Sappiamo per esperienza come sia tutt'altro che raro trovare, durante la revisione, certificati incompletamente redatti; si sa d'altra parte come, alle volte, sia sufficiente che un dato sia errato, monco, non sufficientemente chiaro perchè venga meno un elemento di fondamentale importanza ai fini della contestabilità di un contratto.

Ricorderemo, in ultimo, come, date le grandi difficoltà che d'ordinario incontra il medico o l'assicuratore in genere a scoprire da sè tutte le circostanze che possono influire sull'apprezzamento del rischio, il legislatore giustamente abbia addossato all'assicurando l'obbligo di

dichiarare tutte le circostanze rilevanti del rischio.

« Una dichiarazione, pertanto, falsa od erronea o qualunque reticenza di circostanze note all'assicurando sono causa di nullità del contratto se la dichiarazione o la reticenza sia di tale natura che l'assicuratore avrebbe negato il suo consenso o l'avrebbe dato a condizioni diverse, ove avesse conosciuto il vero stato delle cose. E l'assicurazione è nulla anche se la circostanza taciuta o dichiarata inesattamente non ha influito per nulla sul verificarsi del sinistro. La dichiarazione erronea produce la nullità anche se essa fosse stata fatta in buona fede da un assicurando che ignorava il vero; la reticenza produce la nullità anche se l'assicurato potesse dimostrare che tacque di qualche circostanza non già con intenzione dolosa, ma solo per negligenza o perchè erroneamente giudicò si trattasse di circostanza priva di qualsiasi importanza.

In caso di controversia è il giudice di merito che dovrà decidere se si tratta di circostanza essenziale o meno ai fini della valutazione del rischio. In merito a tale argomento, particolare importanza assumono i questionari medici nei quali, poichè sono preparati dall'Ente Assicuratore che li redige a precisa salvaguardia del proprio interesse e valendosi di una lunga esperienza e di ampio studio, si devono presumere

essenziali tutte le circostanze che formano oggetto di speciale domanda » (V. Ricci Maccarini).

Nel caso in ispecie, particolare importanza assumono, per quanto si riferisce ai precedenti personali, le risposte ai numeri 2 e 3 rispettivamente nei nuovi modelli S. S. 1 e 10, in cui è esplicitamente chiesto se si verificarono coliche epatiche; ai numeri 8, 10, 11, 14 per ciò che riguarda il passato stato di salute (disturbi gastro-intestinali, cure dietetiche, esami radiologici, ecc.) e lo stato attuale di salute.

Vero è che l'Ente Assicuratore non si accontenta delle sole dichiarazioni rese dall'assicurando con l'anamnesi ereditaria, personale remota e prossima, ecc. in quanto sottopone quest'ultimo a visita ad opera di uno o più medici di sua fiducia, ma i dati desunti dalla visita non possono coprire o annullare le dichiarazioni false, erronee o reticenti rese dall'interessato.

E' opinione concorde della Giurisprudenza, possiamo dire di tutto il mondo, ritenere che malgrado la visita medica l'assicurando ha l'obbligo di dire tutta la verità, poichè il contratto d'assicurazione viene emesso in base principalmente alle dichiarazioni dell'assicurando « ed è sempre un contratto di buona fede fatto per raggiungere scopi nobili e non per servire speculazioni ignobili » (Romanelli).

## 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 conoscerete mai.

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

## DALLE RIVISTE CHE RICEVIAMO IN CAMBIO

L'azione Antitubercolare, n. 2, aprile 1938, Pineta di Sortenna (Sondrio).

*Il lavoro sanatoriale e postsanatoriale.* — Seduta di Camerlato della Sezione Lombarda F.I.N.F.L.C.T.

Dal Convegno sono emersi constatazioni e consigli. Il lavoro Sanatoriale deve essere permesso controllato e dosato dalla Direzione medica, deve rendere facile il ritorno all'antico lavoro a guarigione ottenuta o deve preparare il malato ad un'altra occupazione se il lavoro abituale fosse gravoso e creasse il pericolo di una recidiva nel male.

Difesa Sociale, 1938, n. 2, Roma.

BERNABO SILORATA, *Il problema della tubercolosi professionale alla luce delle attuali conoscenze in tema di tisiogenesi.*

L'A. si domanda quale sia effettivamente il rischio professionale di coloro la cui attività lavorativa si svolge a contatto di malati di tubercolosi aperta, si richiama alla dibattuta questione della reinfezione endogena e della superinfezione esogena riportando nomi e ricerche di illustri Autori e dati statistici esistenti a sostegno dell'una o dell'altra concezione, ricorda la concezione del Redeker, intesa a conciliare le due tendenze, di una azione stimolante della superinfezione su antichi focolai preesistenti, nell'ordine dei fenomeni allergici tubercolinici, e conclude che per ottenere dati statistici attendibili è necessario sottoporre all'atto dell'assunzione in servizio, a rigorose indagini clinico-biologiche le persone appartenenti alle categorie suddette, per poter dare significato statistico alle eventuali manifestazioni morbose che si verificassero in seguito.

ACCOLINI, *La vaccinazione antitetanica in Francia.*

L'A. ricordando che in Francia è stata resa obbligatoria nell'esercito, conclude che tale vaccinazione è destinata a diffondersi e a imporsi sotto la forma delle vaccinazioni associate, è innocua e può essere associata anche alla siero-profilassi.

Folia Medica, 1938, n. 5, Napoli.

CASTELLINO C., *Dermatosi professionali - Le stigmati dei magnai.*

Sono costituite da elementi maculo papulosi bruni-nerastri, isolati o confluenti in chiazze

localizzati alla regione dorsale delle mani, specialmente in corrispondenza delle articolazioni metacarpo-falangee della mano destra, dovute a penetrazione nella cute di minutissime schegge di acciaio durante la scalpellatura delle mole.

Idem, n. 6, 30 marzo 1938, Napoli.

DOMENICI, *Silicosi e silico-tubercolosi.*

L'A. fa distinzione tra silicosi e tbc. con silicosi, pur notando come assai sovente le due forme si trovino abbinata. Le considera come due forme affini ma non identiche. Presenta quindi un caso di silicosi pura che poi si complicò in silico-tubercolosi.

Giornale di Medicina Militare, aprile 1938, fasc. 4°, Roma.

ARGENTINA, *La enzimo-sinfioresazione per la diagnosi presintomatica della tbc. in medicina legale militare.*

L'A., dopo avere enunciato i principi informativi dell'indagine biologica enzimo-sinfioresazione per il diagnostico precoce e di attività nella tbc. e dimostrata la specificità di tale reazione auspica che essa possa essere utilizzata in medicina legale militare.

La Medicina del Lavoro, aprile 1938, Milano.

BELLESINI, *L'azione preventiva e terapeutica della lecitina e colesterina nella intossicazione da anilina.*

L'A. con ricerche sperimentali dimostra che la lecitina e la colesterina sono capaci di prevenire e di influenzare favorevolmente la patologia dell'anilismo acuto. Interpreta questi risultati ammettendo che la lecitina e la colesterina trovandosi in eccesso nel mezzo ambiente neutralizzano la tossicità della anilina mediante una azione chimico-fisica.

Medicina Internazionale, 1938, n. 4, Milano.

STEVENIN e GINSBURG, *Il glutatione nella pratica medica.*

Gli AA. concludono in base a ricerche personali che il dosaggio del glutatione nel sangue è una eccellente prova per l'indagine funzionale della corticosurrenale. Questa nuova prova endocrina merita di entrare nella pratica medica, perchè nella insufficienza surrenale ci

dà dei rilievi di valore uguale a quello della reazione di Aron nei disturbi ipofisari e della ricerca del metabolismo basale nelle malattie della tiroide.

Ospedale Maggiore, 1938, marzo, Milano.

CORNELLI, *Sclerosi polmonare bronchiectasica da corpo estraneo ignorato.*

L'A. descrive il caso, nel quale la radiografia e la broncoscopia hanno messo in evidenza un corpo estraneo metallico aspirato molti anni prima e la cui presenza era ignorata.

PIGNALOSA, *Patologia e clinica del rene policistico.*

Dallo studio critico di 39 casi risulta che il rene policistico è sempre bilaterale ed è molto più frequente nel sesso femminile; che la media dell'età in cui i pazienti vengono colpiti dai primi sintomi del male è tra 30-40 anni, che è innegabile la tendenza ereditaria di questa malattia; che nell'urina si riscontra spesso albumina e pus, mentre il peso specifico è quasi sempre più basso del normale, che la poliuria è molto rara, che il sintoma più costante è il dolore leggero o forte, che l'ematuria è frequente, che il valore dell'urea è spesso molto basso che sovente la pressione sanguigna raggiunge valori elevati, spesso vi è mancanza di parallelismo tra l'escrezione di fenolftaleina e il valore dell'urea.

Rivista Sanitaria Siciliana, 1938, n. 7, Palermo.

CALANDRA, *Il problema della razza.*

L'A., dopo aver dimostrato con dati storici quanto sia pernicioso alla potenza dei popoli la dottrina della limitazione delle nascite e dopo aver ricordato le opere di assistenza sanitaria e di prevenzione attuate dal Regime; rivolge uno sguardo panoramico alla potenza dell'Italia di oggi, dell'Era fascista.

Società Lombarda di Medicina, Atti e memorie, 1938, n. 1, Milano.

COLOMBI e CONFALONIERI, *Nuove ricerche sperimentali sulla funzione renale.*

Gli AA. riferendo i risultati di una serie di ricerche sul comportamento della eliminazione della sulfon-fenolftaleina e della diuresi, quando venga modificato artificialmente, per breve tempo, il regime di pressione del sistema vascolare del rene, traggono la conclusione che, nel cane, la eliminazione della sulfon-fenolftaleina e la diuresi vengono esaltate innalzando il regime pressorio medio e vengono diminuite quando questo regime si abbassa.

Studi sassaresi, 1938, fasc. 1, Sassari.

MANCA, *Sul valore della prova biologica e della prova culturale nell'escreato per la determinazione della esistenza o della cessazione del « Rischio Assicurativo ».*

L'A. rilevata la difficoltà di distinguere il passaggio dallo stato di infezione a quello di malattia tubercolare e di accertare la presenza di lesioni in stato di attività, ricorda che vi sono casi nei quali ad un esame obiettivo accurato non risultano lesioni in atto che invece vengono evidenziate dal radiogramma e che vi sono altri casi in cui tutto essendo negativo solo le prove biologiche e culturali evidenziano una tubercolosi in atto. Propugna l'utilità di queste prove per accertare l'esistenza o meno di una lesione in atto e quindi l'esistenza del diritto alle prestazioni sanitarie.

Terapia, aprile 1938, Milano.

Gozzismo.

Da una rivista dell'argomento risulta che Balf in una recentissima monografia è recisamente avverso alla carenza di iodo e il trattamento del gozzismo non può essere basato sulla somministrazione del sale iodato.

Secondo Balf la sindrome è una semplice carenza di igiene. Ambrosi, invece esprime, in una pubblicazione anche recentissima considerazioni del tutto opposte.

Tubercolosi, marzo 1938, Roma.

CAMPANI, *Come le vicende meteorologiche possano influire sull'organismo anche in riguardo a certi stati tubercolari.*

L'A. studia le influenze stagionali e meteorologiche sull'organismo. In genere i periodi di maggiore morbosità generale coincidono con i cosiddetti ciclonici o meglio preciclonici (cielo coperto e nubi basse, o leggera nebbia bassa, caligine, bruma, temperatura al sole poco diversa da quella dell'ombra, umidità forte, pressione barometrica in diminuzione, calma o venti meridionali, specie il libeccio (sud-est). Inversamente risultano salubri gli stati meteorici contrassegnati da pressione atmosferica in aumento, cielo sereno, forte differenza di temperatura fra sole e ombra e fra mattino e sera, umidità in rapida diminuzione. Parecchie malattie fanno eccezione, tra queste le piccole emottisi tubercolari che sentono l'effetto non tanto di uno dei due periodi ma del rapido passaggio da un periodo all'altro.

## Semeiotica di Medicina Assicurazione Vita

# L'esame della pupilla e dei suoi riflessi in medicina assicurazione vita

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

E' nota l'importanza dei dati semeiologici nella medicina; specialmente nella Medicina delle A. V. che utilizza tutti i sussidi scientifici, la semeiotica porta un grande contributo, perchè non sempre il medico può contare sulla collaborazione dell'assicurato. Infatti conoscendo bene la semeiotica il giungere ad una diagnosi esatta è più facile.

Molte volte l'occhio viene appena osservato, mentre notevoli sono i vantaggi che un esame accurato della pupilla e dei suoi riflessi può arrecare.

La pupilla che in condizioni normali, è rotonda, di uguale diametro in ambedue gli occhi, può presentare le più svariate ed originali modificazioni. Del resto, anche fisiologicamente, se bene osserviamo, essa non è mai al centro dell'iride, ma lievissimamente spostata all'interno e in basso. Ciò è in rapporto alla speciale conformazione del fondo dell'occhio e precisamente alla posizione della pupilla ottica. Quando questo spostamento è accentuato, si parla di *co-rectopia* (figura 1) la quale determina una leggera miopia finchè il cristallino rimane in sito. Questa miopia è stazionaria, cioè ha la caratteristica di non aumentare pel fatto che è refrattiva.

Modificazioni pupillari vere e proprie si possono presentare nei postumi di lesioni traumatiche dell'iride. In questi casi la diagnosi è abbastanza facile. L'assicurato può aiutarci coll'anamnesi e gli stessi reliquati ci rendono la diagnosi più facile, come: *coloboma* (figura 2) con impegno d'iride nella cicatrice cornea-

le, *iridoliasi* (figura 3), iridodonesi o tremolio dell'iride nell'asportazione o mancanza del cristallino, lacerazioni iridee raggiate o parziali, ecc., ed infine la midriasi traumatica.

In questi casi l'affezione locale non ha ripercussioni generali; dovremo solo tener presente nelle ferite penetranti oculari con o senza penetrazione di corpo estraneo la possibilità di insorgenza, anche a distanza di tempo, di una oftalmia simpatica.

Anche le infiammazioni dell'iride possono modificare il contorno pupillare; così in seguito ad iriti, iridocicliti (specialmente t.b.c. e luetiche, ecc.).

Spesso infatti osservando bene una pupilla, dal riflesso biancastro che può presentare, si ha l'impressione di trovarci di fronte a una cataratta; la pupilla però è ristretta e ad una lente di ingrandimento si nota che l'opacità è anteriore al cristallino; precisamente, sulla cristalloide anteriore c'è un essudato organizzato. Si tratta in questi casi di *occlusione della pupilla* (figura 4), uno dei tanti esiti dell'irite, di cui noi dobbiamo ricercarne la causa.

All'occlusione generalmente si accompagna la *seclusione* o sinechia anulare posteriore (figura 4), cioè il margine pupillare è completamente aderente alla cristalloide anteriore, la pupilla è miotica e non reagisce agli stimoli luminosi. L'aderenza può essere incompleta e limitata ad uno o più punti della cristalloide. Si parla allora di *sinechia posteriore* (figura 5), da differenziare da

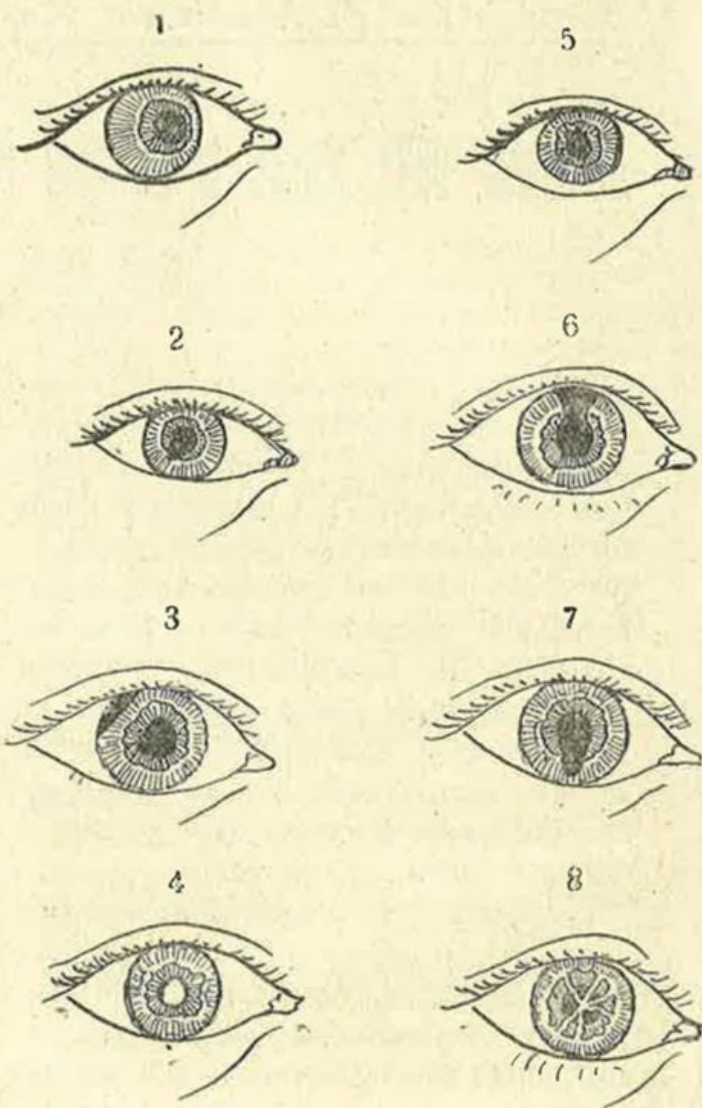
quella anteriore che si stabilisce tra l'iride e la cornea come accade, ad esempio, in molte lesioni traumatiche. Nelle operazioni (*iridectomie preparatorie e antiglaucomatose*), il *coloboma* (figura 6) ha un aspetto a buco di serratura, a differenza di quelli congeniti a finestra gotica (figura 7).

Mentre in quelli operatori l'iride viene tagliata completamente fino alla sua inserzione, in quelli congeniti rimane sempre una piccola parte di iride atrofica. Questi ultimi sono generalmente monolaterali ed abbastanza facili a diagnosticarsi per la suddetta caratteristica forma.

Un'altra anomalia è rappresentata dalla *membrana pupillare persistente* (figura 8); ad un esame con una lente l'ingrandimento si nota che da punti situati presso il piccolo cerchio dell'iride si staccano delle trabecole biancastre che giunte nel campo pupillare si intrecciano a guisa di ragnatela; questa al centro può formare un piccolo ispessimento piastriforme. E' facile spiegarci la malformazione, quando si pensi che nella vita intrauterina l'arteria jaloidea giunta al polo posteriore del cristallino dà origine alla membrana capsulare che avvolgendo tutta la lente, nella sua parte anteriore costituisce la membrana pupillare. Nella vita extrauterina questa membrana scompare ma se rimangono dei residui, abbiamo la membrana pupillare persistente. Questa non determina nessuna complicazione, eccetto una lieve diminuzione visiva.

Riassunte in breve le alterazioni di forma della pupilla che possono maggiormente interessare il medico di assicurazione passiamo alle modificazioni di diametro ed ai riflessi pupillari.

Già sappiamo che le modificazioni del diametro pupillare costituiscono la miopia e la miosi e che il constatare una dilatazione o restringimento in un oc-



1. - Corectopia
2. - Coloboma traumatico
3. - Iridodialisi
4. - Oclusione e seclusione della pupilla

5. - Sinecchia posteriore
6. - Coloboma operatorio
7. - Coloboma congenito
8. - Membrana pupillare persistente

chio mentre l'altro è normale costituisce l'anisocoria.

Sia il restringimento che la dilatazione del foro pupillare sono sotto il dominio dell'iride il quale come un diaframma regola la luce che deve penetrare nell'occhio mediante stimoli o paralisi dei suoi nervi.

Così la miosi avviene per l'eccitazione dell'oculomotore comune o la paralisi del simpatico, mentre la midriasi per effetto contrario.

In condizioni fisiologiche si ha miosi quando la luce è molto viva, nella reazione di convergenza per l'associazione

dei centri pupillari e dei retti interni, nell'accomodazione per l'associazione col centro dell'accomodazione, durante il sonno per uno spasmo dello sfintere e nella fuoriuscita dell'umor acqueo dalla camera anteriore per effetto meccanico.

La midriasi in condizioni fisiologiche si riscontra quando ci si trova in ambienti con poca o nessuna luce, quando cioè viene a diminuire od a mancare la eccitabilità luminosa, nelle eccitazioni del simpatico, nel dolore, nella paura, nelle impressioni tattili esagerate.

L'anicosoria a sua volta può essere congenita ed è stata interpretata dai vari AA. come un fatto patologico avvenuto nella vita intrauterina.

In condizioni fisiologiche esiste anisocoria, quando si volge lo sguardo lateralmente e specialmente si dilata la pupilla in abduzione. Questo fenomeno detto di Tournay non ha alcuna importanza quando esiste, mentre la sua assenza avrebbe quasi lo stesso valore dell'Argyl-Robertson.

Un'anisocoria fisiologica si potrebbe chiamare l'anisometropia nella quale si riscontra che la pupilla dell'occhio miope è dilatata e quella dell'ipermetrope è ristretta. Sarà sempre lo specialista a decidere se l'anisocoria è in rapporto a difetti di refrazione o se invece la midriasi dipenda da un glaucoma e la miosi da un'irite, oppure se sono espressione di disturbi dell'innervazione o di affezioni oculari.

Qualche volta poi l'anisocoria è minima; in questi casi la maggior vivacità con cui una pupilla reagisce agli stimoli ci farà decidere quale è l'occhio normale.

Interessante è la miosi paralitica che costituisce uno dei sintomi della sindrome di Claud Bernard-Horner dovuta a paralisi del simpatico cervicale. La sindrome è caratterizzata da restringimento della rima palpebrale messa in rap-

porto alla paralisi delle fibre lisce dei muscoli della palpebra con conseguente lieve ptosi della palpebra superiore, qualche volta da enoftalmo e dal restringimento pupillare determinato dalla paralisi del dilatatore dell'iride che è innervato dal simpatico.

Questa forma di paralisi si può constatare nelle lesioni degli apici polmonari, nei tumori e nelle cicatrici delle ghiandole cervicali, nel gozzo, nell'aneurisma della carotide, nel carcinoma dell'esofago e nella simigomielia.

La miosi paralitica si constata pure in alcune affezioni del midollo spinale (tabe, paralisi progressiva e silfide cerebrospinale). L'Argyl Robertson è caratterizzato anche dall'assenza del riflesso diretto alla luce. La pupilla miotica, detta spinale, non si presenta mai completamente rotonda, nè reagisce direttamente ed indirettamente alla luce, mentre reagisce alla convergenza e all'accomodazione. Il fatto che esiste la reazione di queste ultime ci fa escludere trattarsi di una lesione centrifuga e così pure di una lesione centripeta per il fatto che esiste ancora il visus ma piuttosto questa rigidità riflessa è legata a lesione dell'arco riflesso che unisce i centri ottici coi nuclei delle vie motrici dell'occhio.

Riguardo alle midriasi ci interessano solo le forme paralitiche consecutive a paralisi dell'oculomotore. Quando la paralisi riguarda solo i muscoli intrinseci si parla di oftalmoplegia interna e quando interessa anche gli estrinseci si parla di oftalmoplegia totale.

Molto importante è pure la midriasi del glaucoma (di cui mi riservo di parlare più dettagliatamente in un prossimo articolo).

Restringimento e dilatazione si possono avere in seguito all'azione di medicinali; i miotici e i midriatici istillati nell'occhio passano direttamente nel-

l'umore acqueo rispettivo e non per via ematica, altrimenti l'istillazione di un miotico o di un midriatico in un occhio dovrebbe determinarne l'effetto anche nell'altro.

Il diametro pupillare poi è differente da individuo ad individuo e secondo le età. Le pupille dei miopi sono dilatate, quelle degl'ipermetropi sono ristrette; nei neonati e nei vecchi vi è miosi e nei giovani, miosi e midriasi sono più energiche per la maggiore elasticità e pel minor spessore degli involucri oculari.

Le reazioni della pupilla sono rappresentate dai riflessi alla luce, diretto e consensuale, all'accomodazione e alla convergenza. La cecità di un occhio ne abolisce il riflesso diretto ma lascia integro il consensuale dell'occhio medesimo per le comunicazioni che le fibre di associazione stabiliscono tra i due occhi.

L'ampiezza pupillare, l'eguaglianza e i riflessi sono segni di notevole valore nelle localizzazioni cerebrali e quindi è utile conoscere bene le vie afferenti ed efferenti degli stimoli.

Dalla retina, nervo ottico, tratti ottici, corpi quadrigemini, nuclei d'origine del III paio (nel pavimento dell'acquedotto di Silvio nel quale esistono comunicazioni tra i due lati) lo stimolo ritorna per la via efferente attraverso i nuclei del terzo paio, il ganglio ciliare ed i nervi ciliari brevi all'iride.

Per poter localizzare una lesione nella via afferente od efferente, dobbiamo esaminare attentamente le reazioni alla luce diretta ed indiretta nei due occhi e rilevare quali riflessi mancano.

Così ad es. se l'illuminazione dell'occhio sinistro ci fa rilevare in questo occhio l'assenza del riflesso diretto e nel destro l'assenza del riflesso indiretto avremo una lesione della via afferente (in questo caso si ha cecità a sinistra). Se l'illuminazione, sempre dell'occhio sinistro, ci farà notare l'assenza del ri-

flesso diretto e indiretto in questo occhio, decideremo per una lesione della via afferente (in cui si ha paralisi dello sfintere per lesione dell'oculomotore). Se vengono a mancare invece tre reazioni avremo le combinazioni di una lesione delle vie afferenti o efferenti con la paralisi dell'oculomotore dell'altro. Se mancheranno tutte e quattro le reazioni, avremo una lesione tanto della porzione centrifuga che centripeta.

L'anisocoria è in rapporto a lesione della via centrifuga e cioè ad una lesione dell'oculomotore.

Quando si esaminano le reazioni alla luce è bene far guardare lontano perchè la persona esaminata non metta in gioco la convergenza e l'accomodazione.

Un riflesso particolare alla luce è quello che si verifica nelle emianopsie e precisamente la metà colpita non reagisce alla luce mentre vi reagisce la metà sana. Questo riflesso non è facile metterlo in rilievo con i comuni apparecchi; poichè se nell'illuminare la parte cieca, un *minimum* di luce cade nella parte funzionante il riflesso è normale. Per lo scopo è utile l'apparecchio di Hess.

Ad ogni modo, quando si presenta, questo riflesso ci rende noto trattarsi di una lesione chiasmatica, delle bandette, delle vie ottiche. Il visivo poi ci preciserà la zona colpita.

Per noi hanno specialmente importanza tutte le affezioni croniche ed ogni qualvolta riscontreremo qualche anomalia nei riflessi o nella forma della pupilla saremo più scrupolosi nelle indagini e useremo tutti i mezzi che sono a nostra disposizione per giungere alla diagnosi.

Cosicchè agli esami generali e specialistici, per gli occhi, dovremo sempre associare tutti gli altri esami (sierologici, radiologici ecc.) che potranno fornirci nuovi elementi per la giusta valutazione del rischio.

Varie**LA LOTTA CONTRO LA MALARIA IN GRECIA**

In Grecia sopra una popolazione di 6.600.000 abitanti, in caso di epidemia non sono pochi coloro che si contagiano con la malaria, ma fortunatamente pochi vengono a soccombere. Nel 1936 (relazione del Prof. LIVADAS) si verificano 7822 casi di morte. In seguito ai felici esiti ottenuti in Italia dalla lotta contro la malaria, si è studiato seriamente la possibilità di adottare metodi simili per opera della Federazione delle scuole di Igiene ad Atene e dell'Istituto Rockefeller. D'altra parte il governo Greco ha assegnato un credito di oltre 2 milioni di drakme per risanamento dell'Epiro e le regioni più colpite dal flagello.

La cura antimalarica col chinino non ha dato i risultati che si attendevano, sebbene questa abbia ridotto la mortalità.

In conclusione la cura antimalarica è un problema assai complesso in rapporto specialmente alla resistenza del parassita ed a quelle dell'organismo umano dell'infezione.

Tre sono i tipi di anofeli esistenti in Grecia: elutus, superpictus e maculipenis B. e C. La prevalenza di uno tra questi a seconda della regione è collegata alla conformazione del terreno, alle suddivisioni delle acque, alla flora, alle stagioni e ad altri fattori.

Così nelle pianure con vegetazione lussureggiante si riscontra il maculipenis mentre nelle regioni montane, quelle prive di vegetazione percorsi da ruscelli, c'è il superpictus.

Secondo l'A. l'anofele più pericoloso è l'elutus, segue il superpictus ed infine il maculipenis. I luoghi più colpiti della Grecia sono: l'Epiro, la Macedonia, la Tracia, la Tessaglia e la Romelia. Il dr. Cardamatis fu il primo che segnalò il danno arrecato dall'anofele in Grecia.

Il Dr. Papadakis, capo del laboratorio Rockefeller, ha percorso fino al 1936 quasi tutta la Grecia occupandosi sistematicamente dello studio e della lotta contro gli insetti e larve. Il Prof. Moutoussis, nelle comunicazioni fatte nel 1931 e nel 1932 alla Società Medica di Atene espone le sue ricerche sull'indice sporozoidico da lui stabilito durante l'epidemia di quell'epoca nelle vicinanze d'Anavyssos non lontano da Atene. Tutti gli Autori che si sono occupati della morbilità malarica in Grecia, constatano le epidemie cicliche del paese e la ne-

cessità di studiare il flagello sistematicamente tutti i mesi e per una serie di anni.

Il Dr. Livadas nelle sue relazioni presentate al Consiglio Superiore d'Igiene riguardanti le sue ricerche negli anni 1930-35 afferma che nelle annate d'epidemia la preponderanza è rappresentata dall'elutus e che il supercictus e il maculipenis hanno importanza minore. Nello stesso tempo il Livadas ha studiato gli indici endoepidemici splenici e splenomegalnici degli scolari, gli indici parassitari dei lattanti, (indici del sangue delle specie parassitarie) e l'influenza dei fattori meteorologici sul comportamento dell'endemia palustre insistendo sulla importanza delle piogge primaverili e quelle dell'inizio dell'estate, come pure sulla creazione e persistenza dei focolari anofelici.

In conclusione secondo lo studio di Livadas e di altri, la malaria si trova diffusa allo stato endemico in tutta la Grecia a differenza degli altri paesi di Europa e si presenta più spiccata nei piccoli centri con grandi variazioni da un anno all'altro.

In media la morbilità e mortalità in Grecia sono molto superiori agli altri paesi; mentre in Italia si hanno appena 3000 morti all'anno per malaria, in Grecia ce ne sono il doppio con una popolazione molto inferiore. Sarebbe quindi opportuno secondo il Moutoussis migliorare le condizioni igieniche del terreno, allevare il bestiame in rimesse igieniche moderne, e combattere l'anofele superpictus col verde di Parigi.

Dalle ricerche fatte da Papadakis e pubblicate recentemente risulta che nell'Epiro la morbilità è enorme e che nei suoi tre dipartimenti i tipi anofelici sono così distribuiti: a Preveza e nei villaggi situati lungo il fiume Louros l'elutus è in prevalenza, a Arta si riscontrano tutte e tre le specie ugualmente e a Yannina c'è il maculipenis in abbondanza. Livadas ha fatto una comunicazione interessante sul felice risultato col verde di Parigi a Preveza; contro l'elutus e il superpictus esso si è dimostrato di una efficacia assoluta.

Livadas dichiara che il trattamento col chinino non ha influenza sull'evoluzione dell'endemia per quel che riguarda la propagazione della malattia. Al contrario l'impiego di mezzi antimalarici (soprattutto il verde di Parigi),

sia soli, che coadiuvati da piccoli lavori di bonifica, come in Italia, offrono molto maggiore efficacia.

La mortalità per malattia in Epiro ha raggiunto 102 morti ogni 10.000 abitanti nel 1930 e 73,7 nel 1934. A ciò si deve attribuire la grande povertà delle popolazioni dell' Epiro, allo stato arretrato dell'agricoltura, alla mancanza di comunicazioni e alla scarsezza di medici che operano nella campagna.

I medici in tutto Epiro sono 155, di cui 44 vivono in città e solo 11 nei differenti Comuni.

I lavori di risanamento agrario dell' Epiro sono stati iniziati quest'anno e, secondo la re-

lazione di Livadas, il lavoro sarà diviso in due parti: la prima riguarda le cure dei malarici, la seconda i lavori di bonifica per impedire l'impiantarsi e la propagazione del parassita malarico. Saranno anche istituiti 40 dispensari; il programma dei lavori fa prevedere che bisognerà usare molto il verde di Parigi, il petrolio e praticare una abbondante immissione di pesci Gambusia.

Per la profilassi malarica le finestre saranno fornite di reti metalliche, e le persone seguiranno una alimentazione adatta.

Prof. Dott. BASILIADES.

## Dai Libri e dai Periodici

### I metodi di valutazione del rischio.

In un lavoro con questo titolo (Unterrichts- und Nachschlagewerk « Deutsche Versicherungswirtschaft » Hörnig dopo aver ricordato che i primi tentativi di assicurazione dei rischi tarati si basarono sulla valutazione individuale del rischio, viene a trattare del fruttuoso lavoro inteso a dare basi statistiche alla valutazione del rischio tarato.

Questo lavoro è cominciato già negli ultimi decenni del secolo scorso tanto in America che in Germania: in quest'ultimo paese sono state affrontate con particolare attenzione le relazioni tra professione e sopramortalità.

Malgrado la insufficienza delle basi statistiche, si potè riconoscere abbastanza precocemente che la maggiore mortalità nei rischi tarati non si verifica dopo il raggiungimento di una determinata età, bensì che essa esiste già antecedentemente, il che ha particolare evidenza nel campo della patologia polmonare.

In base a questa constatazione le Società di Assicurazione hanno cercato di addivenire ad un conguaglio del maggior rischio introducendo clausole cautelative nei contratti per rischi tarati: quali la istituzione di soprapremi, l'aumento dell'età, la clausola di scaglionamento (già in uso alla fine del sec. XIX). L'applicazione di questi sistemi è stata adottata successivamente da molte Società tedesche le quali si sono assunte l'assicurazione di rischi tarati.

Un metodo particolare di classificazione del rischio, che pare non abbia avuto pratica applicazione, è quello della suddivisione dei rischi in categorie (tre) proposto da Blaschke e Buchheim. Questo metodo ha avuto il merito pratico di facilitare la formazione di una Unio-

ne di Riassicurazione fra dodici Società austriache ed estere, portando l'assicurazione dei rischi tarati nella sfera della loro attività. Il sistema di classificazione dei rischi per categorie presenta il difetto di valutare solamente il tipo della tara, non la sua entità.

Fra i metodi moderni di valutazione del rischio ha particolare importanza il metodo numerico, creato dall'americano Rogers su larghe basi statistiche di mortalità tra i soggetti rifiutati dalla New York Life Insurance Company. Anche in altri Paesi (Svezia, Germania), ci si pose su questa via. Nel 1916 le Società tedesche aprirono nella « Hilfe » un reparto che aveva il compito di accettare in assicurazione i rischi tarati. Nel 1917 anche gli austriaci crearono un Consorzio per l'assicurazione dei rischi tarati. I tedeschi hanno perfezionato il sistema americano di valutazione numerica dei rischi tarati. Recentissimi sono due lavori compilati col materiale della Münchner Rückversicherungs-Gesellschaft degli anni 1931 e 1937. Da ricordarsi che nel 1929 si è costituito l'Ufficio Centrale di Statistica del Consorzio delle Società tedesche di Assicurazione vita, il quale ha in corso studi sulla mortalità dei rischi tarati.

Il metodo più moderno per la valutazione dei rischi tarati è una associazione del metodo numerico, che in forma pura è troppo rigido, col metodo che tende alla individualizzazione del rischio. Con questa associazione il tasso di valutazione statistico viene riveduto in base alle risultanze cliniche; il che permette anche di tener conto del continuo variare del tasso di mortalità media in seguito al migliorare delle condizioni igieniche, in seguito alla introduzione di nuovi mezzi diagnostici e terapeutici, ecc.

A chiusa, l'A. dà un indice della letteratura medico-assicurativa, di lingua tedesca. m. l.

**Prognostico clinico e prognostico medico assicurativo.**

In questa acuta analisi dovuta al Prof. O. Bellucci, Direttore sanitario della Cassa Nazionale Malattia Addetti al Commercio, e comparsa nel n. 6 dell'« Assistenza Fascista », anno III, leggiamo dei rilievi che meritano di essere ricordati a tutti i medici di assicurazione. L'A. distingue per la formulazione di un esatto giudizio prognostico due coefficienti: uno razionale ed uno empirico; successivamente passa ad esporre i criteri che presiedono alla prognosi clinica ed a quella assicurativa. Quest'ultima a sua volta viene considerata sotto aspetti diversi a seconda si tratti dell'assicurazione vita, dell'assicurazione malattie, dell'assicurazione infortuni e dell'assicurazione contro la tubercolosi.

Oltre alle differenti esigenze in queste varie forme assicurative il Bellucci prende in esame, soffermandovisi, il prognostico di durata di un determinato processo morboso mettendo in evidenza la difficoltà di poterlo determinare. Successivamente, in questa disamina, l'A. accenna alla complessità della definizione di invalidità generica e specifica che ancora non ha trovato una soluzione sicura.

Riconosciuto l'importanza della statistica che si va arricchendo continuamente, l'A. nell'ultima parte del lavoro conclude ritenendo che per una diagnosi medico-assicurativa come per quella clinica occorrono quattro elementi per un sicuro giudizio, e cioè l'elemento nosologico, anatomopatologico, fisiopatologico ed etiologico. In tal modo si eviterà la possibilità di contestazione che spesso accade nelle diagnosi medico-assicurative.

St.

**Accorgimenti per il riconoscimento della dissimulazione delle malattie infettive, parassitarie e dei tumori.**

Trattando questo argomento, RECKZEH P., in « Med. Klin. », a. 34, n. 13, p. 429, propone i seguenti accorgimenti:

*Malattie infettive e parassitarie.* Per quanto concerne l'anchilostomiasi, si deve porre mente al fatto che dopo cure per liberarsi dal parassita, anche se queste non raggiungono il risultato, possono mancare per qualche tempo nelle feci tanto i parassiti che le uova rispettive; lo stesso risultato può essere ottenuto colla abbondante ingestione di alcool, o colla provocazione di una diarrea. Si deve quindi ripe-

tere l'esame per parecchi giorni di seguito. Si può inoltre ricorrere con successo all'esame microscopico del sangue per la ricerca di segni di anemia e di eosinofilia; inoltre all'esame Röntgen per l'eventuale constatazione di una echinococcosi.

Le malattie da infezioni acute non hanno importanza per noi, ma possono essere oggetto di dissimulazione i loro esiti (disturbi cardiaci seguiti a differite, gripp, angina, ecc.).

Fra le malattie infettive croniche hanno particolare interesse la tubercolosi polmonare, la sepsi cronica, l'endocardite lenta, l'artrite infettiva cronica, la malaria, la gonorrea e la lue.

Per la sepsi, oltre alle manifestazioni febbrili, renali, ecc., si dovrà porre mente alle lesioni cutanee, alle linfangiti, alle lesioni linfoghiandolari, e si dovrà fare un attento esame delle orecchie, della gola e del naso. Attento esame si dovrà fare pure del cuore, reni e sangue.

Una vecchia malaria può essere dimenticata: potrà farvi pensare la presenza di una milza ingrossata e sensibile alla pressione, ed anche la presenza di fatti di cachessia malarica (colla caratteristica tinta bruno-itterica della cute e la tendenza alla debolezza cardiovascolare) — mentre potrà spesso far difetto la dimostrazione dei parassiti nel sangue, tantopiù se non si ricorre a metodi di provocazione.

E' statisticamente constatato che solamente nel 10 % dei casi di pregressa gonorrea questa viene confessata al medico; di questa malattia sono specialmente temibili le conseguenze nel senso della stenosi uretrale. Ci si può difendere dalla dissimulazione colla espressione uretrale e coll'esame coscienzioso delle urine (filamenti, albumina), e, in caso di bisogno, coll'esplorazione strumentale.

Quanto ai sifilitici, la loro sopramortalità è dovuta specialmente alle malattie del cervello e del midollo, e a quelle del cuore e vasi. Per il riconoscimento della dissimulazione, straordinariamente frequente, sono specialmente apprezzabili quei segni di cui è lunga la persistenza, e quindi: per il periodo precoce, la tumefazione ghiandolare e il leucoderma; per i periodi tardivi, le lesioni ossee, le cicatrici, le distruzioni del palato e delle pareti nasali. La reazione di Wassermann permette di accertare anche dopo molti anni una sifilide pregressa, mentre può essere negativa sia in periodo molto precoce, sia in casi vecchi a decorso asintomatico e dopo energiche cure mercuriali. Si ricordi che specialmente nel sesso femminile possono esistere manifestazioni luetiche senza

che la p. abbia il sospetto della sifilide (affetto primario in organi nascosti, ecc.).

Straordinariamente grande è in Germania la dissimulazione nel caso di tumori maligni.

Circa la metà di questi tumori riguarda la ghiandola mammaria e l'utero; e la dissimulazione di questi ultimi tumori è tanto più facile in quanto in genere si trascura la visita ginecologica. Quando insorga il dubbio di una neoformazione maligna per l'esistenza di anemia, di pigmentazioni cutanee, di perdita di peso, ecc., o di sintomi a carico di singoli organi (dolori, ecc.) occorrerà naturalmente fermarsi nell'anamnestico su eventuali tare ereditarie, sulle cure mediche e chirurgiche (comprese le irradiazioni e i bagni) fatti in precedenza. Inoltre fare accurato esame obiettivo.

Molta prudenza occorre pure nell'assumere in assicurazione quei candidati ai quali siano stati asportati tumori maligni coll'operazione o coll'irradiazione.

*m. l.*

#### Indagini clinico-statistiche nei longevi.

Alestra (« Bollettino delle Scienze Mediche », luglio-agosto 1937) in un gruppo di 200 vecchi già da lui studiato dal punto di vista morfologico-costituzionale ha raccolto una serie di dati anamnestici ed obiettivi, di cui i principali si riferiscono alla longevità nei genitori, alle abitudini di vita, al mestiere esercitato, alle malattie pregresse, alle affezioni morbose in atto, alla pressione arteriosa.

Risulta che nel 66 % dei casi uno od entrambi i genitori degli esaminati avevano sorpassato l'età di 70 anni; che in un'alta percentuale i vecchi in esame erano stati forti mangiatori, bevitori e fumatori, che nella metà dei casi avevano esercitato un mestiere faticoso: che però in prevalenza avevano avuto una vita tranquilla. Riguardo ai precedenti morbosi è risultata in genere una scarsa morbilità; riguardo alle affezioni in atto, le più frequenti sono risultate: la sclerosi vasale, renale e cardio-renale, la bronchite cronica, l'artrite cronica e le ernie. La pressione arteriosa massima in media è risultata di 185-190 mm.; essa mostra un incremento con l'aumentare degli anni; i valori più alti si sono trovati nei brachitipi, cui seguono i misti, poi i longitipi e in ultimo i normotipi che presentano la media più bassa. L'A. conclude mettendo in rilievo il fattore costituzionale quale condizione importantissima per raggiungere un'età avan-

zata ma ammonisce che una vecchiezza sana e fattiva si può preparare solo mediante una vita regolata e sobria.

(Riassunto da « Minerva Medica », n. 5, 1938).

#### Sul problema dell'influenza del volo sul circolo.

Il volo secondo SCHLOMKA, in « Med. Klin. », a. 34, n. 13, 1938, influisce sugli organi del circolo specialmente con azioni relative alle forze di accelerazione che si esercitano nel volo in curva, e con azioni relative all'altezza del volo. Le forze di accelerazione si manifestano immediatamente sugli organi del circolo, mentre le azioni d'altezza sono in parte mediate alla diminuita saturazione d'ossigeno del sangue.

Le forze di accelerazione tendono a svuotare grandi quantità di sangue dalle parti craniali dei vasi nella metà inferiore del corpo. A queste azioni seguono compensi parziali per opera dei vasomotori. Altri fattori emodinamici sono tuttora discussi. I dati riferibili all'accelerazione centrifuga sono stati oggetto di conferme sperimentali sugli animali (Koenen e Ranke).

Contro gli inconvenienti provenienti dallo esplicarsi delle forze di accelerazione centrifuga in volo sono stati proposti parecchi espedienti: il meglio sarebbe trovare un tipo di sedile che, automaticamente, al momento voluto, sottraesse il corpo alla direzione pericolosa dell'accelerazione centrifuga.

Per quanto concerne la influenza dell'altezza essa è in parte dovuta all'abbassamento della pressione parziale dell'ossigeno. Tuttavia non è ben chiaro se nel cosiddetto « collasso precoce » abbia parte maggiore il comportamento del circolo periferico (compromesso dalla ipoossiemia dei centri nervosi), o quello del cuore, che è precocemente influenzato, come dimostrano tanto la ricerca elettrocardiografica, quanto quella roentgenchimografica (Weltz e Kottenhoff). A grande altezza si ha sempre cedimento del circolo dovuto al venire meno del cuore per ipoossiemia.

Dal punto di vista pratico si può dire che nel normale volo turistico le influenze di accelerazione non si fanno sentire; mentre quelle di altezza possono venire in campo quando debbano essere superate alte montagne. Sperimentalmente si è visto che l'ipoossiemia ha effetto assai più precoce e maggiore in malati del miocardio (specialmente se con disturbi anginosi), che in normali. Il medico deve quindi sconsigliare il volo, specialmente al disopra dei

2000 metri, ai pazienti con disturbi di angina pectoris, con segni di sclerosi delle coronarie e con segni di danneggiamento grave del miocardio.

*m. l.*

#### Nota sulla patogenesi e sulla terapia della tbc. polmonare.

La possibilità per il germe tubercolare di attecchire e di moltiplicarsi nell'organismo vivente è data da un perturbamento della vita cellulare, cioè del metabolismo. Una monografia di BIASCO (Tricase, 1938) si occupa di questa teoria patogenetica. Tale perturbamento della funzione metabolica devoluta specialmente al mesenchima risiede nella sua minorazione ed è a volte espresso dalla iperplasia del mesenchima che riguarda i vari distretti di esso e lo stesso polmone.

La tbc. polmonare è sempre preceduta da ipomesenchimosi.

Con la sensibilizzazione verso la tubercolina si accompagna, nel tubercolotico, sensibilizzazione verso molte sostanze alimentari. Le tossine di origine alimentare hanno la massima importanza sul decorso della malattia e certamente ad esse è connessa la febbre serotina.

Tenuto conto del valore eccitometabolico degli alimenti e delle proteine in ispecie, deriva la necessità di ridurre al minimo fisiologico la dieta del tubercolotico specie la quota proteica e la quota di grassi e di abolire tutti i cibi ad alto valore nutritivo.

*Cl.*

#### Orientamenti nell'alimentazione delle masse.

Solo adesso si comincia a studiare con interesse questo problema che ne compendia in sé vari altri, quali il miglioramento della razza, le condizioni igieniche, regionali e la questione economica. Il Prof. P. Alessandrini, Direttore del reparto di Patologia digestiva e dietetica degli Ospedali di Roma, espone in un articolo che troviamo nel « Problema alimentare » (Anno 1°, fasc. 2°) che recensiamo brevemente.

L'alimentazione attuale con l'urbanesimo si è modificata notevolmente e, mentre nei secoli passati esisteva una varietà notevole di alimenti, soprattutto vegetali, oggi la tecnica culinaria tende a semplificarsi sempre più limitando i tipi di vivande, con aumento del quoziente carneo e con diffusione di conserve e condimenti.

Anche i criteri direttivi sono ancora in discussione, così mentre da alcuni l'alimentazione

carnea è prescritta, da altri è ritenuta fattore fondamentale per lo sviluppo fisico e intellettuale. Anche la selezione degli animali e l'ingrassamento artificiale ha modificato il potere alimentare e la digeribilità di essa. L'uso ormai generalizzato delle farine bianche ha ridotto notevolmente le quantità di vitamine introdotte.

Successivamente Alessandrini passa a esaminare le malattie che devono essere messe in rapporto con le mutate condizioni alimentari. Ciò va detto per la carie, l'ulcera gastrica duodenare, l'atonìa gastro-intestinale, l'aumento della frequenza del diabete. A proposito di quest'ultima malattia, sembra che la carenza di vitamina B, contenuta in grande copia nell'epicarpio dei semi, impedirebbe l'azione completa dell'insulina secondo le ricerche del Bagnioni.

Altra malattia da avitaminosi B è la polinevrite, invece nella avitaminosi D si avrebbero stati psichici depressivi ed ansiosi.

Purtroppo molti quesiti circa l'alimentazione sono lunghi dall'essere risolti, nè il vegetarianismo ed il crudismo contribuiscono a diminuire l'anarchia in proposito.

Nell'ultima parte l'Alessandrini ricorda come l'uomo sia un animale onnivoro e pertanto l'alimentazione deve riuscire mista e debba averci particolare attenzione per la conservazione e preparazione dei cibi.

*St.*

#### Conosci i tuoi denti.

Con questo titolo il Dr. G. Moriani di Genova, ha pubblicato dedicandolo ai ragazzi, un fascicolo in cui sono esposte le funzioni e le malattie dell'apparato dentario. Una elegante veste tipografica e numerose illustrazioni a colori invitano i piccoli e i grandi a leggere queste poche norme elementari di odontoiatria.

Riteniamo che sia veramente utile far comprendere a coloro che entrano nella vita, con una bella e sana corona di denti, la utilità di curarli non solo come cosa estetica, ma anche per l'utilità della propria salute. Sciupare un tesoro che ci dà la natura è sciocco e dannoso sotto tutti i riguardi.

Ecco perchè vorremmo vedere questo volume, che chiude riportando lo schema dei tempi temporanei e dei permanenti, non solo nelle mani dei piccoli ma anche degli adulti, affinchè pogano molta cura a mantenere sana la dentatura dei propri figlioli, invece di attendere che si ammalino per curarli con interventi non sempre efficaci.

*St.*

## PUBBLICAZIONI RICEVUTE

PISENTI, *Neurosi degli infortunati*. — Estr. da « Rassegna della Previdenza Sociale », gennaio 1938.

L'A., con un richiamo ai criteri che informano i giudizi di due eminenti corpi giudicanti stranieri, ad un colloquio avuto col Biondi, a documenti medico-legali e al principio da lui sempre sostenuto, afferma la guaribilità delle nevrosi da infortunio.

O. BELLUCCI, *Problemi dell'assicurazioni malattie*. — Estr. da « Corso di Medicina Corporativa », Roma 1938.

Sono presi in esame i problemi inerenti alle Mutue dell'Industria, del Commercio e dell'Agricoltura in rapporto al postulato medico della libera scelta ed alle interferenze con la condotta medica e con l'assicurazione contro la tbc. Quindi l'A. con la vasta competenza che possiede circa l'assicurazione malattie espone le incognite che questa branca dell'assicurazione presenta e ritiene che dalla loro soluzione dipende l'avvenire di tali forme assicurative.

U. G., *Bilancio della Nurnberger Lebensversicherung per l'anno 1937*. Norimberga.

IDEM, — *della Deutscher Bauerndienst per l'anno 1937*. Berlino.

DELLA SETA, *Un pericolo per la salute, la mosca*. — Edit. « Salute e Igiene ». Roma 1938.

E' un opuscolo divulgativo nel quale sono esposti i pericoli della mosca ed il modo di difendersi da essi.

CALABRESI, *I metodi clinici di determinazione quantitativa della bilirubina nelle urine*. —

Estr. da « Diagnostica e Tecnica di Laboratorio », giugno 1932, Napoli.

L'A., rilevate le difficoltà tecniche dei vari metodi esistenti, si serve dei metodi di Severino e di Sabatini in ricerche miranti a stabilire il ricambio emoglobinico nelle itterizie.

CALABRESI, *Sulle modalità di distribuzione dei versamenti ascitici liberi*. — Estr. da « Riforma Medica », 1935, n. 20, Napoli.

L'A. afferma che il liquido ascitico libero si insinua negli interstizi tra i visceri che diventano cavità attuali. Ne segue che il liquido non può avere limiti netti e il limite superiore è solo un confine tra una zona inferiore, a contenuto prevalentemente liquido e una zona superiore a contenuto prevalentemente gassoso.

K. SECHER, *Trattamento con Sanocrisin dei dolori articolari e in particolare uno sguardo alle complicazioni del trattamento*. — « Zeitschr. f. Rheumaforschung, 1938.

L'A. fa una esposizione dei più importanti sintomi che compaiono durante il trattamento con Sanocrisin di malati articolari, sintomi che vengono interpretati come dovuti alla liberazione di tossine specifiche. Come profilattico contro questi sintomi viene propugnato un intensivo trattamento vitaminico.

MOMIGLIANO-LEVI, *Modificazioni della resistenza osmotica di globuli trasfusi prima e dopo la splenectomia in un caso di ittero emolitico costituzionale*. — Estratto da « Haematologica », 1935, fasc. X, Pavia.

L'A. rileva che le emazie normali, trasfuse ad un ammalato di ittero emolitico costituzionale perdono rapidamente di resistenza, quando è in atto spiccata attività emocateretica. Dopo splenectomia la perdita di resistenza è lieve, come avviene per una trasfusione ad un individuo normale.

MOMIGLIANO-LEVI, *Le anemie emolitiche costituzionali ereditarie*. — Estr. da « Haematologica », 1935, fasc. X, Pavia.

L'A. mantiene una netta differenza tra l'ittero emolitico costituzionale, che ha un significato legato strettamente alla forma di Minkowski-Chauffard, e gli altri quadri di iperemolisi costituzionale; e propone di chiamarli secondo il carattere del quadro ematologico, ellissocitosi, ecc. Dà una posizione speciale alle anemie drepanocitiche tenendole però divise dall'ittero emolitico. Esclude che unico fattore della iperemolisi sia l'alterazione costituzionale della forma e della resistenza dei globuli rossi.

MOMIGLIANO-BAIRATI, *Conseguenze immediate e remote della splenectomia sulle curve eritrocitometrica, reticolocitometrica e di resistenza osmotica dei globuli rossi in casi di ittero emolitico costituzionale*. — Estr. « Archivio per le scienze mediche », maggio 1935, fasc.5, Torino.

Dall'esame delle conseguenze di cui nel titolo l'A. desume la posizione centrale della milza nella patogenesi dell'ittero emolitico.

MOMIGLIANO, *Studi sulla resistenza globulare osmotica*. — Estr. « Archivio per le scienze mediche », maggio 1935, fasc. 5, Torino.

L'A. definisce il tipo della curva di emolisi osmotica studiandolo con metodo statistico, e discute le cause del comportamento asimmetri-

co della curva stessa, dovuta probabilmente al lento passaggio in soluzione di una quota di emoglobina adsorbita agli stromi globulari, a lato della emoglobina già primitivamente in soluzione nell'interno degli eritrociti.

CALABRESI, *Sull'interposizione epatodiaframmatica del colon.* — Estr. da « Minerva Medica », 1937, vol. II, n. 40, Torino.

L'A. ne riferisce due casi e ne ricorda i dati clinici.

CALABRESI, *La pressione del liquido cavitario nelle asciti libere.* — Misurata in posizione supina, sulla spino-ombelicale sinistra oscilla tra 9,5 e 35 cm. di acqua. Essa risulta da una pressione idrostatica e da una pressione attiva dovuta principalmente alla tensione delle pareti addominali.

CALABRESI e ZOPPELARI, *Contributi allo studio degli accidenti da correnti elettriche.* — Estr. da « Archivio di Antropologia criminale e medicina legale », 1928, Torino.

CALABRESI e TONIOLO, *Contributo allo studio degli accidenti elettrici. Ricerche sperimentali sulla recettività alle correnti continue.* — Da « Archivio di Antropologia criminale e medicina legale », 1928, Torino.

RICCAMBONI, *L'alcoolizzazione del nervo frenico nella cura della Tuberculosis polmonare.* — 1935, Treviso.

Viene messa in evidenza l'utilità e l'importanza dell'operazione anche allo scopo di saggiare gli effetti della paralisi dello emidiaframma prima di ricorrere ad un intervento di conseguenze permanenti come la frenicoexeresi.

RICCAMBONI, *Diagnosi precoce e cura abortiva della sifilide.* — Estr. da « Bollettino dell'Associazione Medica Tridentina », 1921, n. 12, Pieve di Soligo.

RICCAMBONI, *Un caso di febbre esantematica benigna estiva.* — Estr. da « Bollettino Medico Tridentino », dicembre 1932, Trento.

L'A. ne descrive un caso.

RICCAMBONI, *Il Sistema Taylor e il medico.* — Estr. da « Bollettino Medico Tridentino », n. 1, 1932, Trento.

L. RUZICKA, *Gli ormoni sessuali con particolare riguardo ai maschili.*

Tratta dell'androsterone, primo ormone maschile da pochi anni isolato, sperimentalmente

l'A., iniettandolo per 20 giorni nel cappone ha ottenuto accrescimento spiccato della cresta e a tale proposito vengono allegate fotografie dimostrative.

Successivamente tratta della costituzione chimica degli ormoni sessuali e della loro parentela chimica con gli steroli. Tratta pure della sostanza X capace di quintuplicare il potere del testosterone sulle ghiandole maschili.

AVERINI, *Perforazione strumentale operatoria dell'utero.* — Estr. da « Rivista Ospedaliera », 1914, n. 3, Roma.

VAZZANA, *Autarchia e bonifica integrale.*

L'A. si occupa della bonifica integrale come leva importante per il raggiungimento dell'autarchia e come campo di impiego di numerosa mano d'opera e termina ricordando l'importanza agraria del nostro Impero e l'opera di sfruttamento iniziata.

SANFILIPPO e MIGNECO, *Studi sulla immunità contro la melitense. II parte: Sull'infezione dei ratti bianchi.* — Estr. da « Zeitschrift für Immunitätsforschung », Bd. 58, 1928, Heft 5/6.

Gli AA. trattano della possibilità di provocare una grave infezione mediante l'iniezione intraperitoneale nei ratti, di Bruc. Melit. e della possibilità di prolungarne il decorso mediante l'attenuazione della brucella col calore, ecc. Il micrococco si trova in circolo, negli organi interni, nelle linfoghiandole; la milza è cronicamente infiammata e così i reni; il fegato è ingrossato.

IDEM, *Osservazioni sulla febbre ganglionare di Pfeiffer.* — Estr. da « Terapia », n. 155, A. XXII, 1932.

La sieroterapia antidifterica nella febbre ghiandolare di Pfeiffer costituisce un trattamento efficacissimo.

Dott. MARIO MATTIOLI, *Ricerche sulla indacaneaemia nei diabetici.* — Estr. da volume I, luglio-agosto 1937.

Nei diabetici esiste sempre, specie nei casi gravi, un aumento dell'indacaneaemia e tale aumento è proporzionale alla gravità delle lesioni. L'A. discute la genesi di questa iperindacaneaemia che ritiene in gran parte legata alla disassimilazione proteica.

IDEM, *Le curve di glicemia da carico nei leucemie.* — Estr. da « La Riforma Medica », 1937.

L'A. ha ricercato in trenta leucemici il comportamento della curva di glicemia da carico.

In un po' meno del terzo dei casi le curve risultano normali, negli altri 18 si osservano variazioni. In 10 le curve sono caratterizzate da aumento maggiore e da ritorno lento ai lavori normali; in tutti si trattava di forme leucemiche croniche.

IDEM, *Comportamento del glicogeno epatico nelle occlusioni intestinali.* — Estr. da « Folia Medica », 1933-XI.

Viene studiata la quantità di glicogeno del fegato in 18 conigli con occlusione intestinale. Si nota l'esistenza di una iperglicemia leggera ma netta-media prima dell'intervento gr. 0,90%, dopo l'intervento gr. 1,25%.

IDEM, *Sul ritmo cardiaco a più tempi.* — Estr. da « Folia Medica », 1937.

L'A. sintetizza e critica le varie teorie sui ritmi cardiaci a più tempi trattenendosi più a lungo sui ritmi di galoppo e sul terzo tono del cuore, riportando come esempi delle osservazioni personali.

IDEM, *Modificazioni istologiche del polmone normale sotto l'azione collassante dell'oleotorace.* — Estr. dal 16, 1936.

L'A. ha praticato l'oleotorace in sei conigli ed in tre cani, animali con diversa resistenza del mediastino, ed ha notato ispessimento della pleura per proliferazione delle cellule connettivali e, nel polmone, specie nelle zone periferiche oltre la lesione di tramite, desquamazione e iperplasia delle cellule istiocitarie ed evoluzione verso la sclerosi.

IDEM, *I processi deidrogenativi in varie condizioni allergiche con speciale riguardo alla tubercolina.* — Estr. dal n. 14, 1934.

L'A. ha studiato il comportamento dei processi deidrogenativi col metodo di Lipschitz nel fegato, nel rene, nel muscolo e nel cervello.

IDEM, *Azione del sangue di ratti esposti ai raggi ultravioletti sulla tiroide, paratiroide e ipofisi di ratti tenuti all'oscuro.* — Estr. dal « Morgagni », n. 48, 1933.

Nel sangue dei ratti esposti all'azione dei raggi ultravioletti di corta lunghezza d'onda, esistono talune sostanze capaci di modificare i reperti istologici che si producono nella tiroide nella paratiroide e nella ipofisi di altri ratti tenuti all'oscurità.

Dott. M. POLTRONIERI, *Grossa cisti di echinococco del lobo inferiore del polmone sinistro,*

*trattata col metodo Valdoni.* — Estr. dal « Giornale di Medicina Militare », fasc. XII, dicembre 1936-XV.

Si parla di un caso di cisti di echinococco del lobo inferiore del polmone sinistro trattato e guarito col metodo in due tempi del piombaggio extrapleurico, secondo Valdoni.

IDEM, *Considerazioni anatomo-patologiche cliniche e terapeutiche su di un grosso cistoma ovarico, torto sul peduncolo, in via di necrosi e con emorragie endocistiche.* — Estr. da « La Clinica Ostetrica », anno 1931.

A proposito di un caso di grosso cistoma ovarico torto sul peduncolo, in via di necrosi, con emorragie endocistiche e con peritonite incipiente, si fanno alcune considerazioni pratiche dal punto di vista anatomo patologico clinico e terapeutico.

### Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari

Dr. Ponzoni Pietro, Cossombrato, Asti.

Dr. Cerutti Luigi, Ospitaletto, Brescia.

Dr. Piras Giuseppe, Terralba, Cagliari.

Dr. Ticozzi Pietro, Premana, Como.

Dr. Covatta Luigi, S. Lorenzo di Mossa, Gorizia.

Dr. Silvi Domenico, Romano d'Isonzo, Gorizia.

Dr. Ancona Giuseppe, Monte S. Giuliano, Trapani.

Dr. Nava Paolo, Cassano Magnago, Varese.

### ERIBERTO GINO :

*Presente!*

ha risposto in coro col ciglio umido tutta la famiglia dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e tutti quanti l'avevano conosciuto.

Romano, franco e leale, buono, intelligente, colto: ha amato la Patria servendola; la famiglia idolatrandola; il lavoro preoccupandosi di dare la Sua impronta ovunque l'Amministrazione dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni lo abbia utilizzato.

Veterano dell'I.N.A. sin dalla vigilia Lo ricordiamo tutti con affetto ed ammirazione deplorando che una tragica sorte ce Lo abbia improvvisamente rapito il 2 maggio u. s.

ri.

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

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