

L'ASSISTENZA

SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno VII
Numero 5
15 Ottobre
1938 - XVI
Spedizione in abbonamento postale - Roma

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



Corporate Heritage
& Historical Archive

L'alta parola di un Principe della Chiesa sul concetto della provvidenza e sull'opera dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

Recentemente S. E. il Cardinale Adeodato Piazza, Patriarca di Venezia, accogliendo l'invito rivoltogli, interveniva alla inaugurazione della nuova sede di quella Agenzia Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e, dopo aver benedetto i locali, pronunciava elevate parole, che, con vivo compiacimento, vogliamo qui riprodurre integralmente, affinché esse riescano di incitamento e di alto monito per tutti i cittadini:

« Non esitai ad accogliere l'invito di benedire questi nuovi splendidi locali di « un Istituto, che poggia sopra una base economico-finanziaria, non solo perchè la « benedizione, vivamente sollecitata, implica il riconoscimento del supremo dominio « di Dio anche su le ricchezze terrene: "Tuas divitiae et tua est gloria", ma sopra « tutto per il motivo, a me ben chiaro, che l'Istituto medesimo presenta nelle sue « finalità e realizzazioni un contenuto morale, umano e cristiano.

« Il principio evangelico della fiducia illimitata nella divina Provvidenza non ha « nulla di comune col cieco fatalismo dei pagani e dei mussulmani. La Provvidenza, « infatti, mentre veglia maternamente e dirige le sorti della nostra vita, rispetta la « libertà umana ed esige la nostra attiva cooperazione. Il detto popolare: "Aiutati « che il Ciel ti aiuta" è l'esatta espressione del buon senso pratico, ispirato dal « Cristianesimo.

« Certamente l'avvenire è in mano di Dio; ma è anche per molta parte nelle « nostre mani. Bisogna dunque prepararlo, conquistarlo, garantirlo, quanto è possibile, « dalle minacce degli eventi. Grande saggezza è prevedere le necessità future, ma « è maggior saggezza premunirsi contro di esse, sfruttando il momento attuale e le « presenti fortune.

« L'"estote parati" del Vangelo può ben applicarsi anche in questo campo. L'Isti- « tuto Nazionale delle Assicurazioni s'informa appunto a questi principii morali, anche « se non redatti in premesse statutarie. Esso organizza quelle che possono chiamarsi "le « provvidenze umane" le quali diventano altrettante forme di saggia e prudente « collaborazione della Divina Provvidenza. E' dunque ben giustificata la benedizione « liturgica che ebbi l'onore di impartire a questo Istituto, tanto più che esso rappre- « senta altresì una grande carità sociale, attuando in vaste proporzioni quanto sarebbe « rimasto inattuabile alle iniziative private.

« Ritengo perciò particolarmente commendevole la recente "assicurazione popo- « lare", che già incontra la comprensione ed il favore di quelle classi, come il con- « tadino, che dimostrano quasi innato il senso vigile della parsimonia e della previ- « denza. Ecco, o signori, una insigne benemeranza dell'Istituto delle Assicurazioni: « valorizzare e sviluppare al massimo la virtù del risparmio, la quale sottrae al pre- « sente ciò che non sia necessario, e potrebbe dar occasione a prodighi e anche « turpi consumi, per riporlo a tesoro, nel modo più sicuro, in vista dei futuri bisogni.

« Assai più in alto che gli scopi semplicemente utilitari, sta senza dubbio questa « azione moralizzatrice del nostro popolo. Ed io vorrei che tutte le classi dei lavoratori « veneziani sapessero approfittarne; pur quelle che i subiti e facili guadagni della « stagione traggono ad abitudini di vita gaia e spendereccia, a cui succede, inevita- « bilmente, la miseria invernale.

« Il voto sincero, ch'io aggiungo alla benedizione per la maggiore prosperità di « questo provvido Istituto, mi vien suggerito dal sentimento vivo di quella paternità « spirituale che Dio mi diede: la quale guarda con ansia indicibile a due obbiettivi « assai gravi ed urgenti: l'alleviamento della miseria e la sanità dei costumi nel nostro « popolo, ben meritevole di tutte le provvidenze umane e Divine ».

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

REDAZIONE ED AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

ROMA — Via Sallustiana, 51 — ROMA

PARTE UFFICIALE

NUOVE PROVVIDENZE SANITARIE

a favore degli ASSICURATI dell'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

Nuovi consultori gratuiti per gli assicurati

CASTELLAMMARE DI STABIA (Napoli) - presso l'Agenzia Generale via S. Maria dell'Orto, 3.

Di prossima istituzione

Consultorio di AVELLINO presso l'Agenzia Gen., Piazza Libertà, 32.

Consultorio di BENEVENTO presso l'Agenzia Generale, Via Isabella Morra, 6.

Consultorio di SALERNO presso l'Agenzia Generale, Corso Garibaldi, Palazzo Natella.

Consultorio di UDINE presso l'Agenzia Generale, Via Cavour, 38 - Palazzo I. N. A.

Ivi funzioneranno:

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

Facilitazioni presso le Case di cura

MODENA - Casa di cura chirurgica « Berti ». Riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore.

PALERMO - Casa di cura « Noto ». Riduzione del 30 % per le rette di degenza e riduzione del 20 % sugli interventi chirurgici e sulle varie ricerche cliniche e radiologiche.

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 tra i sanitari disposti ad eseguire le visite alle condizioni convenute con il Sindacato Naz. F. Medico e fissate nel retro del buono stesso. Il medico è tenuto al segreto professionale anche verso l'Istituto.

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

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

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

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

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

2) *Esame dell'espettorato.*

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

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

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

6) *Esame del sangue: per il dosaggio della colesterinemia.*

7) *Esame del sangue: per il dosaggio della calcemia.*

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

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

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

11) *Esame del sangue: per la reazione citochol.*

12) *Elettrocardiogramma.*

13) *Misurazione della pressione arteriosa.*

14) *Teleradiografia del torace.*

15) *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, 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;
- » della casa;
- » dello sport;
- » tropicale; ecc.

per la prevenzione 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) **Publicazioni di medicina preventiva e d'igiene**:

1° *Salute, tesoro della Vita*, del Prof. Dr. O. BELLUCCI.

2° *Sotto il platano di Coò*, Consigli d'Igiene e di medicina preventiva.

3° 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, tutti i 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'Agenzia 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, 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.

Venezia (Sub-Centro e Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Calle Larga XXII Marzo, tutti i venerdì del mese.

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

Vicenza (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Piazzale Roma, 11, 3° lunedì 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

Perugia (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Piazza Vittorio Emanuele, 1, 2° e 4° martedì del mese.

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

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

Terni (Consultorio), Corso Tacito, tutti i mercoledì del mese.

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

Campania

Castellammare di Stabia (Consultorio), presso Agenzia Generale, Via S. Maria dell'Orto, 3, 1° e 3° venerdì del mese.

NAPOLI (Centro e Consultorio), Piazza Carità, 32.

Calabria e Sicilia

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

Caltanissetta (Consultorio), presso l'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 l'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 Ge-

nerale, Via Garibaldi, 81, ultimo lunedì del mese, ore 9-12,30.

Oriстано (Consultorio), presso l'Agenzia Locale, 3° lunedì del mese, ore 10,30-12,30.

Sassari (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, P. Italia, 7, 2° lunedì del mese, ore 9-12,30.

Si rammenta che agli assicurati impossibilitati a muoversi dalla loro residenza è consentito beneficiare ugualmente delle ricerche di laboratorio, inviando il materiale da analizzare al Servizio Sanitario della Direzione Generale in ROMA od ai Centri di Assistenza Sanitaria in ANCONA, BOLZANO, CAGLIARI, MESSINA, MILANO, NAPOLI, 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. I campioni dovranno essere confezionati nel modo seguente:

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 l'uricemia: 10-15 cc. di sangue prelevato a digiuno;

per la colesterinemia: 10-15 cc. idem;

per la calcemia: 10-15 cc. idem;

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 5 cc. di siero, prelevato a digiuno e dopo essere stati per tre giorni a dieta apurina (senza carne, uova, caffè, cioccolato);

per la Reazione di Meinicke: 4-5 cc. di sangue, o meglio 1-2 cc. di siero centrifugato;

per la reazione lithocol: 4-5 cc. di sangue, o 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.

I campioni per le ricerche di uricemia, colesterinemia, calcemia, citochol, Meinicke e Wassermann devono essere inviati presso i Laboratori della Direzione Generale dell'I.N.A. in Roma, via Sallustiana, n. 15.

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

MEDICI SPECIALISTI

che accordano facilitazioni ai nostri assicurati

AGRIGENTO

Odontoiatri

Agrigento: Dr. A. CUCURULLO.
Canicatti: Dr. G. CASSARO, P. Palma.

ALESSANDRIA

Odontoiatri

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

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

Novi Ligure: Dr. M. L. BELLONE.

Tortona: Dr. C. TORTI.

Oculisti

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

Casale Monferrato: Dr. A. GUASCHINO.

Otorinolaringoiatri

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

Casale Monferrato: Dr. G. GUASCHINO.

ANCONA

Odontoiatri

Ancona: Dr. L. PANAREO, C. Vitt. Emanuele III, 9.

AOSTA

Odontoiatri

Aosta: Dr. A. CHIAMPO - Dr. T. SPIRITO - Dr. G. BALMA, P. Vitt. Emanuele, 2 - Dr. A. BOFFA, P. Vitt. Emanuele, 7.

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

Oculisti

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

Otorinolaringoiatri

Ivrea: Dr. U. MAGGIOROTTI.

AQUILA

Odontoiatri

Aquila: Dr. G. B. DE ANGELIS.

Otorinolaringoiatri

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

AREZZO

Odontoiatri

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

Oculisti

Arezzo: Prof. Dr. A. ALIQUÒ MAZZEI.

ASCOLI PICENO

Odontoiatri

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

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, C. Vitt. Emanuele, 7 - 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, 34 - Dr. G. KEISER, Corso Principe Umberto, 32.

Otorinolaringoiatri

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

Merano: Dr. M. DIESBACHER, Viale di Maia - Dr. G. NUSSBAUMER, Via Armando Diaz, 13.

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, V. Tuminelli, 2 - Prof. Dr. G. NICOLETTI, V. Tuminelli, 4.

Otorinolaringoiatri

Caltanissetta: Dr. P. RESTIVO, V. Gaetani, 37.

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. Etnea, 270 - 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, V. Mazzini - Dr. O. CERBELLI, P. Ferrovia - Dr. A. CHIMENTI, V. Trento - Dr. F. LOFFREDO, V. Isonzo.

CREMONA**Odontoiatri**

Cremona: Dr. L. BERTOLOTI, 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. C. BIANCHI, C. Nizza, 22 - 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 - Dr. G. BUONO di Luciano.
Manfredonia: Dr. P. MELUCCO.
S. Severo: Dr. P. RECCA.

Oculisti

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

Otorinolaringoiatri

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

FORLÌ

Odontoiatri

Forlì: Dr. G. VESPIGNANI, Corso Garibaldi - Dr. MOLINAR GEZA, V. M. Missirini - Dr. A.

BRIGANTI, Capitano 2° Fanteria - Dr. A. CASALI, Corso Garibaldi.

Rimini: Dr. E. LAZZAROTTO - Dr. L. PEDRAZZI - Dr. R. PELOSI.

Oculisti

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

Otorinolaringoiatri

Forlì: Dr. F. SEGANTI, V. Madenti.

GENOVA

Odontoiatri

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

GORIZIA

Odontoiatri

Gorizia: Dr. P. U. NETZBANDT.

Otorinolaringoiatri

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

GROSSETO

Odontoiatri

Grosseto: Dr. A. ANGELINI.

IMPERIA

Odontoiatri

Imperia: Dr. R. AMORETTI, V. Alfieri, 18 - Dr. O. DE VECCHI, V. del Monte - Dr. A. LATRONICO, 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. FUGGI, 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. Cavour, 131 isol. 336.

Otorinolaringoiatri

Messina: Dr. C. CAMINITI, V. Garibaldi, 27 isol. 272 - Prof. Dr. G. SALVADORI, V. Colombo, 40 - Dr. V. VALSECCHI, V. U. Bassi, 120.

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. RUBATELLI, V. Gabelli, 17.

PALERMO

Odontoiatri

Palermo: Dr. P. AVELLONE, V. XII Gennaio, 15 - Dr. G. CIMINO, V. Villafermosa, 6 - Dr. G. DI CARLO, V. Roma - Dr. P. GARLO, Largo Santa Sofia, 1 - Dr. C. MILAZZO, P. G. Verdi, 22 - Dr. A. NICOSIA, P. Aragona, 4 - Dr. R. PEZZOLI, P. Castelnuovo, 11 - Dr. G. PIAZZA GARGANO, P. San Domenico, 23 - Dr. F. PIZZUTO, V. Villareale, 38 - 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. D. D'AMICO, Viale Libertà, 1 - Dr. F. P. DE BONO, V. Di Marzo, 2 - Dr. G. LA PLAGA, Via Garzilli, 24 - Prof. Dr. S. LONGO, Corso Scinà, 941 - Prof. Dr. P. STELLA, P. Castelnuovo, 4.

Otorinolaringoiatri

Palermo: Prof. Dr. G. ALAGNA, V. Roma, 391 - 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. XXII Luglio, 15.

PERUGIA

Odontoiatri

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

Oculisti

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

Otorinolaringoiatri

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

PIACENZA

Odontoiatri

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

Castelsangiovanni: Dr. G. PATRIOLI.

PISA

Odontoiatri

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

Bientina: Dr. P. MARCHIANI.

PISTOIA

Otorinolaringoiatri

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

POLA

Odontoiatri

Pola: Dr. F. STOCCO.

Oculisti

Pola: Dr. M. DE PIERA.

Otorinolaringoiatri

Pola: Dr. E. MAZZARO.

REGGIO CALABRIA

Odontoiatri

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

Oculisti

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

Otorinolaringoiatri

Reggio Calabria: Prof. Dr. G. SALVADORI, V. D. Tripepi, 34.

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. C. MAZZANTINI, V. Milano, 24 - Prof. Dr. I. NEUSCHÜLLER, V. Regina Elena - Prof. Dr. B. STRAMPPELLI, 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.

SALERNO

Odontoiatri

Salerno: Dr. A. Converso.

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.
29 - Dr. C. VASSI, V. Santa Chiara, 20.

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. G. CAPPELLARO, C. Vitt. Emanuele II, 51 - 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. DONADEL, 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,

TRAPANI

Otorinolaringoiatri

Trapani: Dr. M. SAMMARTANO, V. Mercè.

TRENTO

Odontoiatri

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

Arco: Dr. E. Pennecher.

Cavalese: Dr. G. BROSECHINI.

Levico: Dr. F. CALIRI.

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

Oculisti

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

Otorinolaringoiatri

Trento: Dr. Cav. T. BANFICHI, Fossato Teatro, 6 - Prof. Dr. G. GARBINI, Via Roma, 37 - Dr. D. MAESTRAN/I, V. Rosmini, 25 - Dr. Cav. G. MAFFEL, 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. E. F. METT, V. Machiavelli, 19 - 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.

VENEZIA

Oculisti

Venezia: Dr. E. NISTA, calle P. Angelo, 5314.

Otorinolaringoiatri

Venezia: Dr. G. BREGANZATO.

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. E. FRANCHINI, Corso Vittorio Emanuele, 9 - Dr. A. SAGRAMOSO, V. Santa Chiara, 13 - Dr. C. TAPPARINI, Viale N. Bixio, 17.

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.

Case specializzate in ostetricia e ginecologia:

BARI

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

CAGLIARI

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

ROMA

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

Case per cure otorinolaringoiatriche:

ROMA

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

TREVISO

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

Case specializzate per malattie nervose:

PADOVA

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

Case per cure chirurgiche:

CAGLIARI

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

MODENA

Casa di cura chirurgica Prof. Marchetti, Via Giardini, 20: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

Casa di cura chirurgica «Berti»: 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^a e II^a Classe e del 10 % per la III^a classe, sia per le rette che per gli onorari; sono escluse le spese per riscaldamento e bagni.

Case 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.

Casa di cura « Noto »: riduzione 30 % per rette di degenza, 20 % interventi chirurgici e varie ricerche cliniche e radiologiche.

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. Galliciano: diaria di L. 30,50.

2) Istituto Regina Elena per la diagnosi e cura dei tumori, Viale Regina Margherita n. 291: diaria di L. 35.

— Policlinico del Lavoro, 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 Quiete*: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore, fino al 16-11-1938.

STABILIMENTI TERMALI

che concedono facilitazioni ai nostri assicurati
(escluse le Terme dell'Istituto Nazionale Fascista Previdenza Sociale)

ABANO TERME (PADOVA)

Stabilimento *Hotel Trieste e Vittoria*. — Acque clorurate-sodo-solfo-calciche a 87° C. — Fanghi 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 magnesiache radioattive, utili per affetti da stitichezza - epatopatie croniche - colecistiti.

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

CALITEA (RODI EGEO)

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

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

CARAMANICO (PESCARA)

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

Riduzioni: Agli assicurati in forma ordinaria e collettiva 25 % tariffe in vigore e 25 % sulla

pensione completa. Agli assicurati in forma popolare 20% tariffa in vigore e 20% sulla pensione.

CHIANCIANO (SIENA)

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

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

Trattamento balneoterapico delle manifestazioni ipertensive.

Fangoterapia delle affezioni dolorose del fegato.

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

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

CASTROCARO (FORLÌ)

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

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

FIUGGI (FROSINONE)

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

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

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

terocleaner, 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 20 % sulle tariffe in vigore.

MONTECATINI (PISTOIA)

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

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

MONTEGROTTO TERME (PADOVA)

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

Uniche Premiate Terme Preistoriche.

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

PORRETTA (BOLOGNA)

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

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

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 Giberti al quale gli assicurati potranno rivolgersi per informazioni e per assistenza.

SAN CASCIANO BAGNI (SIENA)

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

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

S. PELLEGRINO (BERGAMO)

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

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

S. CESAREA (LECCE)

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

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.

SCIACCA (AGRIGENTO).

Acqua cloruro sodica calcica magnesiana, utile per malattie artritiche, del ricambio, traumatiche e ginecologiche.

Riduzioni: A tutti gli assicurati 20 % 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

(424) 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, L'elogio della castagna 322</p> <p>b) Dott. C. CONFORTO, L'igiene del fumatore 325</p> <p>c) Dott. A. STARNA, La stitichezza abituale 328</p> <p>d) Rassegna di articoli d'igiene . 331</p> <p>3. Notiziario 333</p> <p>4. Studi e ricerche di medicina delle Assicurazioni Vita:</p> <p>a) Dott. M. CLAUSI-SCHETTINI, I traumatizzati del cranio in A. V. 337</p> <p>b) Dott. C. PEGORARO, Le iperazotemie extrarenali in medicina A. V. 348</p> <p>c) Dott. M. CLAUSI-SCHETTINI, Il rene policistico in A. V. . . 357</p> <p>5. Indagini di Statistica Medica:</p> <p>Dott. P. CIATTI, Dati diagnostici, prognostici e statistici sulle aortiti luetiche 364</p> | <p>6. Medicina legale delle Assicurazioni Vita:</p> <p>Dott. F. MARSELLA, Questioni medico-legali in tema di gravidanza 375</p> <p>7. Dalle riviste che riceviamo in cambio 383</p> <p>8. Semeiotica di Medicina delle assicurazioni Vita:</p> <p>a) Dott. T. RICCIOTTI, Un reperto radiologico frequente in med. ass. vita: le calcificazioni polmonari 386</p> <p>b) Prof. M. VELE, La misurazione della pressione arteriosa retinica 391</p> <p>9. Varie:</p> <p>Dott. BASILIADES, La lotta antimalarica e antitracomatosa in Grecia 394</p> <p>10. Dai Libri e dai Periodici . . . 395</p> <p>11. Pubblicazioni ricevute 399</p> <p>12. Vuoti nelle file dei nostri fiduciari 400</p> |
|--|---|

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

Consigli agli assicurati

L'elogio della castagna

Spuntano di dietro i monti, e salgono a non finire su per l'ampia volta del cielo, grossi cumuli bianchi di nuvole. Forse, in autunno, qualche gigante in riposo si è preso, non richiesto, l'incarico di spingere in alto tanti ammassi che rotolando l'uno su l'altro finiscono col coprire tutto l'orizzonte. Già hanno cambiato il bell'aspetto soffice della bambagia in un grigio sporco che va man mano degradando in un plumbeo imbronzito e, al di sopra, si accavalano certi nuvoloni color lavagna veramente torbidi e minacciosi.

Novembre è prossimo ed in paese le ombre della sera precipitano con le prime gocce; i contadini affrettano il passo taciturni mentre il fischiettare svogliato si spegne tra le labbra. Hanno preso tanta acqua in campagna oggi, gli abiti ne sono ancora umidi, che tutti vogliono evitarne dell'altra, e poi c'è il focolare con la famigliuola in attesa.

Come è piacevole togliersi di dosso, appena giunti, la giacca bagnata e riscaldarsi intorno ai ceppi! Con l'appetito della giornata il minestrone fumante, che la mamma ha preparato e scodellato, in cinque minuti è già finito ed ora ci si sente un po' rifocillati.

Ma la serata è lunga ed il focolare, che rallegra la famiglia col suo festoso scoppiettio, invita ad un più intimo colloquio. Proprio a puntino perchè la mamma, tirata giù la padella bucherellata, metta a cuocere quattro buoni pugni di castagne con gioia manifesta dei piccoli e soddisfatta approvazione degli adulti.

I ragazzi si avvicinano poi al fuoco perchè dicono di voler sorvegliare la

cottura; ma in realtà quel profumo che si sprigiona dalle bucce arrostate li tenta a prendere i primi saggi della rustica pietanza. Il babbo e il figlio maggiore gradiscono questo supplemento che fa meglio gustare il generoso bicchiere di vino stillato in cantina per l'occasione.

Così, nell'intimità di ogni casa contadina, le caldarroste fanno trascorrere un'ora piacevole mentre rappresentano anche un alimento gradito sia al bambino che s'affanna invano a sbuciarle come al vecchio cui trema la mano per l'età.

Ma non è solo sul desco degli umili che troviamo le modeste castagne. Nobilitate con lo sciroppo vanigliato e con l'acquavite salgono alle tavole signorili, ove si pavoneggiano nei vassoi rilucenti di cristallo; trattate più accuratamente si allineano nei cestelli dei pasticciere come marrons glacés; l'industria infine le trasforma in crema o marmellata, vera ghiottoneria dei fanciulli e di coloro che non lo sono più.

Ecco veramente un frutto che entra dappertutto; senza distinzione di classe sociale, essa sa tenere il ruolo del piatto forte del contadino con la stessa dignità di principessa con cui, preparata a dovere dal pasticciere, si ammanta nella veste pallelucida dei marrons glacés. Quali sono dunque le sue proprietà?

* * *

La chimica che, come tutte le scienze, traduce in poche aride cifre le sue lunghe indagini, dopo aver frugato in fondo ai matracci ed aguzzato lo sguardo alla lettura delle burette, ci dice subito di che cosa è composto questo frutto sa-

porito. Ogni chilogrammo di castagne fresche contiene 370 grammi di amido, 10 di grassi e 30 di albuminoidi; l'acqua infine vi è rappresentata con 580 grammi. Espresse in valore energetico alimentare, queste sostanze, sviluppano complessivamente 1690 calorie, cifra altissima che non trova l'uguale in nessun altro frutto fresco.

L'uva, che offre un valore alimentare tutt'altro che scarso, contiene una quantità energetica inferiore alla metà di quella della castagna e la mela non raggiunge neanche la terza parte. Questa ricchezza di nutrimento trova confronto solo in altri tipi di alimenti, come le marmellate o le carni di vitello semi-grasso. Con ciò, non dovete intendere che la composizione di queste sostanze sia identica a quella della castagna; perchè mentre nella carne prevalgono i componenti azotati, le marmellate sono ricchissime di zucchero; e nelle castagne la parte nutritiva è formata da amidi che costituiscono l'aggruppamento più complesso degli idrati di carbonio.

Vediamo ora l'utilizzazione di questo frutto che il riccio nutre e custodisce gelosamente nei mesi d'estate per lasciarlo cadere solo nell'autunno, quasi perchè possa servire di nutrimento nell'inverno imminente.

Allo stato fresco con le castagne vengono preparate le tradizionali caldaroste, sia alla allegra fiamma del focolaio paesano o più semplicemente come bruciate tra la brace e la cenere.

Invece in città possono essere arrostiti nel forno o, per aggraziarne il sapore, con aggiunta di burro. Tutte le donne dei paesi di montagna, cioè di mezza Italia, sanno ugualmente dare la giusta fragranza di erbe all'acqua che bollendo servirà a preparare un altro piatto di castagne; le lesse o le sbuciate a seconda sia stata lasciata o tolta la buccia lucida (pericarpio). Certamen-

te in tal modo si diminuisce il rapporto fra il peso ed il potere nutritivo; ma si ottiene una cottura uniforme che rende il frutto adatto alle persone prive di denti o di digestione delicata.

Sempre con le castagne fresche la buona padrona di casa potrà anche prepararvi qualche piatto variato unendole alle pere o ad altri frutti; se si intende di pasticceria, potrà ricavarne la crema o il passato di castagne; se infine la dispensa è ben provvista di uova, zucchero e burro, potrà ricavarne una focaccia od un pasticcio con gran festa dei buongustai.

Infine i marroni, che costituiscono la varietà più pregiata della castagna, potranno essere trasformati in canditi, confetture, marmellate, gelati e nei tanto noti marrons-glacés. Intingoli e ghiottonerie queste, che, a giudizio di molti, non valgono il profumo della semplice castagna arrosto cui non disdegna la compagnia di un generoso bicchiere.

Ma la castagna, oltre che fresca, può essere utilizzata dopo essiccazione e ridotta in farina. Per la dolcezza del sapore, quest'ultima può sostituire la farina di grano specie nelle composizioni delle farine lattee le quali, in quest'epoca di surrogati, rappresentano troppo spesso il nutrimento del lattante dopo i sei mesi d'età.

Naturalmente il potere della farina di castagne è dei più elevati in natura perchè l'acqua, che entra per oltre la metà nel frutto fresco, è sostituita da sostanza alimentare. In tal modo l'amido ne costituisce il 74 % del peso, per cui un chilo di farina ha un potere energetico complessivo di 3500 calorie. Inoltre, l'essiccazione a temperatura elevata trasforma una parte dell'amido in destrina solubile od in zucchero, rendendo con ciò più facile l'azione diastatica dei fermenti gastroduodenali destinati alla assimilazione degli idrati di carbonio.

Con tale farina si fa polenta in Liguria ed in Toscana; più diffuso ancora è l'uso del castagnaccio e la stacciata.

Nelle Calabrie è da qualcuno ancora usato miscelare questa farina con quella di grano e, sebbene presenti qualche inconveniente di panificazione rispetto a quest'ultima, l'equivale nel potere energetico. I pasticciieri usano impastarla con altre farine per ricavarne certi dolci secchi e croccanti detti caffettati, oppure torte, pasticci ecc. Nè si deve dimenticare che la farina di castagne è anche troppo conosciuta dai fabbricanti di cioccolata i quali, adulterando la composizione della cioccolata sopraffina, non raramente la aggiungono alla miscela dello zucchero e del cacao; vi entra invece regolarmente nei tipi correnti.

Anche la medicina ha cercato di utilizzare la castagna; il decotto è usato dai contadini per i raffreddori, le tosse e le bronchiti quale tisana e pettorale; così pure trova una certa efficacia nelle diarree, per la ricchezza di tannino che è contenuto nella pellicola interna.

Naturalmente le castagne, mentre trovano largo impiego nell'alimentazione del sano, presentano controindicazioni in alcune affezioni che possiamo raggruppare in due categorie: quando cioè l'organismo è povero di fermenti capaci di scindere gli amidi e poi assorbirli come zucchero oppure quando ha perduto il potere di fissare quest'ultimo nel protoplasma dei tessuti.

Poichè la digestione amilacea si verifica specie nell'intestino, sarà sconsigliato l'uso della castagna, perchè rientrino tra le affezioni del primo gruppo, nei soggetti affetti da *dispepsie fermentative intestinali* ed in quelle *gastrogene* dovute a deficienza dell'acido cloridrico che è indispensabile per la dissociazione della cellulosa contenente la sostanza amilacea; così pure è controindicato in tutti i casi di *ipocloridria*. Il secondo

gruppo comprende il *diabete* e le *glicosurie* in genere perchè in queste malattie, per complesse ragioni endocrine, l'individuo ha perduto la capacità di fissare nell'organismo lo zucchero circolante nel sangue e di bruciarlo nel ricambio energetico.

Infine l'industria, con speciale trattamento di saccarificazione ha saputo trarre dalle castagne secche zucchero ed alcool, non inferiori per qualità a quelli che si ricavano dagli altri cereali, ed i residui di questa lavorazione costituiscono ottimo mangime per il bestiame.

* * *

Se tante sono le utilizzazioni della castagna non posso fare a meno di ricordare il valore della pianta che in tante regioni d'Italia spiega al vento per monti e gioaie le chiome poderose. Perchè la *castanea vesca*, che da millenni verdeggia sulla nostra penisola ed ha visto sfilare le legioni gloriose dei Cesari come i barbari invasori dei tempi tristi, è veramente una pianta dalle mille vite rinnovellata come la nostra razza.

L'Italia infatti, con i suoi 600.000 ettari a coltivazione, è la più forte produttrice in Europa di questo frutto raggiungendo un quantitativo di prodotto annuo di 5 milioni di quintali. Oltre che per consumo interno, una quota non modesta del prodotto, talvolta fino al 50 % della produzione totale, viene esportata all'estero costituendo fonte di ricchezza per regioni scarse di prati e di semine; così nel 1936 tale esportazione raggiunse il valore di 33 milioni di lire.

Ma, se siete artisti nell'animo, e non v'interessano queste cifre, riguarderete diversamente, con il senso della natura, i verdeggianti castagneti che, nelle radici serpentine e nei ceppi nodosi sembrano sprigionati dalle viscere stesse della terra. Chi di voi non è rimasto qualche volta ammirato nel riguardare

questi boschi che, sotto la brezza mattutina, bisbigliano tra le foglie la canzone eterna delle ninfe montane?

Perchè, solo qui, le brune Amadriadi e le bionde Oreadi, che già trascolorarono nel pennello del divino Botticelli, possono trovare in questa pace un sicuro rifugio. Sotto la volta dei rami, che nel verde chiaro lascia intravedere il cielo azzurro (arcigna è la quercia e ancora più fosca è l'elce), è veramente dolce sognare dimenticando il frastuono della città e respirare a pieni polmoni l'aria montana.

Coll'avanzare dell'ottobre, quando il castagno, con francescana semplicità, ha offerto alla madre terra il suo frutto e la veste di verde, il quadro idilliaco cede il posto alla visione accorata dell'inverno.

E nelle notti algide, sotto la raffica del vento, rabbriviscono i rami ed urla la ritorta ramaglia, mentre gli spiriti maligni, che dormono nel cavo dei tronchi vuoti, escono per il mondo a portare la discordia e le malvagie tentazioni.

Ma non è solo per le bellezze naturali che vi parlo del castagno; esso costituisce una pianta delle più utili perchè il suo legname è ottimo nelle costruzioni e nel mobilio, dalla sua fibra si estrae una sostanza preziosa per la concia, il tannino; infine il fogliame serve come letiera per gli animali ed il terriccio della carie, che vuota i vecchi tronchi infradiciati, è adoperato dai fiorai per i giardini.

Voglio sperare che quel lettore di città che prima disprezzava, come troppo umile, questo frutto casalingo, adesso nei mesi d'autunno vorrà assaporarlo più spesso che non ha fatto per il passato. E niente sarà più onorevole per il ricco se alla cena gli verrà servito a fine tavola il tradizionale piatto di caldarroste al posto di un esotico frutto; mentre alla stessa ora altri uomini nei casolari dispersi per la campagna, seduti intorno al fuoco, sbucceranno con le mani callose le stesse castagne, alimento principe di tutti nella dieta d'autunno.

Dott. A. STARNA

L'igiene del fumatore

Un argomento di cui si discute frequentemente, è quello che riguarda l'igiene del fumatore. Non sarà quindi inutile chiarire alcuni pregiudizi sull'uso del tabacco, e portare a conoscenza dei nostri lettori le relative norme igieniche.

Per quanto la sigaretta, da che esiste, sia stata sempre incriminata di provocare una lunga serie di disturbi, bisogna ammettere, ad esser giusti, che questi sono provocati dagli eccessi nel fumare. L'uso conveniente del tabacco, dà un certo senso di euforia e di sollievo, in quanto ha un'azione nervina non trascurabile che allietta e distrae. Quelli che abusano del fumo sono in genere soggetti con sistema nervoso piuttosto de-

presso, che sentono la necessità di eccitarsi per il disbrigo delle comuni mansioni. In passato all'uso del tabacco erano attribuite proprietà terapeutiche, che di fatto non ha mai avute; anzi su questo argomento bisogna essere piuttosto cauti nei giudizi, in quanto il tabacco contiene la nicotina, un veleno, che non è meno tossico dell'arsenico. Ciò non ostante si può impunemente fumare e deliziarci della lieve ebbrezza che il tabacco concede, se si osservano talune regole, alle quali sono ispirate queste brevi note.

Il fumo, che noi così voluttuosamente aspiriamo, è il prodotto della combustione del tabacco e dell'involucro (carta)

che lo protegge. Esso contiene alcuni prodotti volatizzabili di detta combustione, che per quanto infinitesimali, lasciano la loro traccia per tutto il percorso delle vie aeree superiori, impregnando alle volte anche l'apparato glandolare peribronchiale. A questo proposito è bene far notare ai nostri lettori, frequentatori di locali, che specialmente d'inverno sono inverosimilmente annessi di fumo, che anche senza fumare, respirando l'aria viziata, arrivano ai polmoni piccole quantità di nicotina, che possono suscitare sintomi di intolleranza (vertigini, nausea, cefalea, ecc.).

A queste scorie da combustione bisogna aggiungere la quantità di nicotina che penetra con esse ed arriva al sistema respiratorio, oltre a quella che, sotto forma liquida, spesso convogliata dalla stessa saliva, perviene allo stomaco.

Delle due vie di penetrazione la più diretta ed immediata è certamente quella dell'apparato respiratorio. In quanto che la nicotina, una volta venuta in contatto con l'alveolo polmonare viene immessa direttamente nel circolo sanguigno, pervenendo così negli organi più vitali. Primi a subirne l'azione sono i vasi, che pare siano quelli più direttamente danneggiati, in quanto la nicotina, a dosi tossiche, pare abbia un'azione vasocostrittrice. E' infatti frequente, nei fumatori, quel senso di stordimento e di vertigine; dopo avere fumato abbondantemente, essi avvertono come una mancanza di equilibrio, specialmente nel passare dalla stazione supina a quella verticale; o operando un brusco movimento con il capo. Questi fenomeni sono dovuti ad ischemia vasale del cervello, e per accusarli bisogna raggiungere le dosi tossiche di nicotina, che variano da soggetto a soggetto secondo la tolleranza del fumatore. Questi disturbi sono perfettamente evitabili se si osservano

alcune regole che costano un trascurabile sacrificio.

E' necessario e salutare osservare i seguenti accorgimenti:

1) intervallare un certo tempo tra una sigaretta e l'altra;

2) non « respirare il fumo », ciò che in gergo fumatorio significa non inspirare il fumo in modo da farlo pervenire nei bronchi, e per conseguenza a contatto con gli alveoli polmonari.

La prima regola ha lo scopo di dare all'organismo il tempo di potere eliminare una certa quantità di nicotina aspirata. Recenti esperienze, fatte da vari A.A., hanno dimostrato come otto giorni dopo di aver fumato una sigaretta si possono trovare nelle urine ancora tracce di nicotina. E' naturale che sull'intervallo di tempo da applicare tra una sigaretta e l'altra, non si possono dare delle regole estensibili a tutti i fumatori; in quanto « questo potere di eliminazione » è legato a tanti fattori non tutti esattamente ponderabili, non ultimo lo stato di funzionamento degli organi emuntori (rene, intestino, ecc.). E' ovvio però che è certamente salutare dare tempo all'organismo di poter eliminare la nicotina, almeno in parte. Così è ottima pratica non fumare la notte, durante la quale, stando in assoluto stato di riposo, l'organismo facilmente si svelena.

Particolare riguardo merita l'opportunità di evitare di fumare a stomaco vuoto; in quanto il potere di assorbimento di questo organo è, allo stato di vacuità, notevolmente aumentato. Ciò fanno i fumatori, che infatti evitano di fumare prima dei pasti, anche perchè, dato il potere ben noto della nicotina di aumentare l'acidità gastrica, avvertono spesso eruttazioni acide e senso di pirosi fumando a digiuno.

Molto si è scritto su l'azione patogena della nicotina, la quale è imputata di provocare una svariata serie di distur-

bi; ma in realtà non si può riconoscere che essa provochi una specifica sindrome sicuramente addebitabile alla sua azione. Deve invece ammettersi che questo veleno, come molti altri che noi inconsciamente assimiliamo, svolge un'azione concomitante a mali ed a predisposizioni coesistenti. Il famoso cancro dei fumatori, che si è ritenuto in passato dovuto all'azione del tabacco, esercitata su di una piccola superficie della mucosa buccale, di fatto poi si è riscontrato anche a non fumatori.

Alcuni AA. tedeschi, tra i quali Hausdorff si limitano, come si è detto, ad ammettere un'azione vasocostrittiva della nicotina contrassegnata da una sindrome pseudo anginosa (senso di costrizione al petto) dovuta pare ad aortalgia.

Non è da escludere che l'abuso della nicotina sia certamente nocivo al nostro organismo; ma bisogna pure ammettere che tutte le sindromi finora descritte, incluse quelle attribuite all'apparato digerente (dispepsia ipercloridrica, pseudo ulcera gastrica, ecc.) cessano dopo alcuni giorni che si è smesso di fumare. Evidentemente dunque se sono minorate temporaneamente con l'abuso del tabacco alcune funzioni organiche, è anche da escludere che facilmente si provocano vere e proprie lesioni anatomopatologiche, da compromettere un sistema organico.

L'igiene del fumatore deve mirare principalmente a non arrivare allo stato vero e proprio di intossicazione, cosa assai facile del resto; e nell'impedire che l'uso del fumo danneggi le vie aeree superiori, le più esposte alla sua azione. La igiene buccale deve essere la più osservata, poichè i denti sono particolarmente danneggiati dal fumo, specialmente se ammalati o poco efficienti. La pulizia sistematica, ma non eccessiva, è il miglior modo di prevenire le malattie.

Le fauci e il faringe, sono nei fumatori eccessivi mantenuti in uno stato di flogosi cronica, cosicchè la flora batterica saprofitica e topica facilmente si virulenta dando luogo a forme catarrali che possono anche seriamente complicarsi. Come evitarle? Non eccedendo nel fumare, smettendo ai primi segni di flogosi, neutralizzando la flora batterica con i revulsivi e disinfettanti locali (clorato di potassio, soluzione iodica glicerinata).

I soggetti che per particolari stati patologici, interessanti l'uno e l'altro apparato, che dall'uso del tabacco traggono nocimento, debbono sempre rivolgersi al medico perchè da questi venga graduato l'uso della sigaretta. Debbono specialmente astenersi dal fumare i bronchitici, i tubercolotici, i nervosi con tendenza ai tremori, gli ammalati in genere delle vie aeree e i cardiaci.

Ma in pratica si sa che l'ebbrezza che il fumo concede, si attenua moltissimo per addirittura divenire nausea negli stati patologici più o meno gravi. Il fumare è un piacere concesso solo a quelli che godono di un relativo stato di salute.

Da quanto sono venuto esponendo si possono trarre le seguenti conclusioni:

- 1) il fumare nuoce se eccessivo;
- 2) la quantità di tabacco che può essere da ognuno consumata dipende dal singolo potere di eliminazione della nicotina.
- 3) che detto potere varia da soggetto a soggetto.

Se dunque si arriva ad avere una vera e propria intossicazione tabagica, ciò è imputabile non tanto alla qualità delle sigarette quanto alla quantità e soprattutto alla frequenza con la quale vengono consumate.

Dott. C. CONFORTO

La stitichezza abituale

Non v'è forse ai nostri tempi disturbo più comune di questo, troppo spesso trascurato da chi vi è predisposto. La Scuola Salernitana, nove secoli fa' sentenziava nei precetti d'igiene generale:

Si vis incolumem, si vis te reddere

[*sanum*

.

Non mictum retine, nec comprime

[*fortiter anum.*

Sorridete? Forse qualcuno di voi tor-na col pensiero a certi medici del '600 che si vedono rappresentati nelle figure caricaturali; medici provvisti di un grosso paio di occhiali messi a cavalcioni di un monumentale naso aquilino e con una capigliatura ribelle che vien fuori da un copricapo a pan di zucchero, mentre spunta dalle pieghe del tabarro l'estremità di una gigantesca siringa.

Tempi per fortuna lontani quelli, allorquando, un abbondante « serviziale » doveva allontanare gli umori maligni che ristagnavano nel corpo sino a renderlo malato. Oggi, le cose sono molto diverse. La stitichezza, che era il primo nemico di quei tempi, e causa di tanti guai immaginari, venne ancora combattuta fino ai primi del secolo scorso col più elegante enteroclima a... cascata idraulica del nostro Cantani.

Poi, come la medicina si è andata orientando verso l'indagine batteriologica, ben pochi si sono ricordati di questo incomodo tanto modesto che ha tutta l'aria di essere assolutamente innocuo. Così l'igiene, inseguendo i microbi, ha dimenticato l'importanza delle norme per una regolare ubbidienza dell'intestino cui si erano richiamate per espe-

rienza secolare tante generazioni di medici.

Non già per una nostalgia di usi antichi, ma per una razionale funzione del nostro organismo, noi dobbiamo far sì che tutte le funzioni vegetative debbano compiersi secondo norme il più possibilmente corrispondenti a quelle fisiologiche. Orbene, se nell'adolescenza e nella col progredire degli anni, lo stabilirsi prima giovinezza la stitichezza è rara, delle cattive abitudini, il regime dietetico e la vita sedentaria fanno aumentare moltissimo questo disturbo. In una recente statistica di Schiassi troviamo infatti che dopo i 60 anni il 38 % degli uomini presentano l'alvo torpido e, nelle donne, questa percentuale è ancora più alta raggiungendo il 50 %. Come si vede il fenomeno è molto diffuso e merita di essere brevemente illustrato tanto più che spesso con qualche norma dietetica può essere senz'altro rimosso.

* * *

Dovete dunque sapere che i nostri alimenti, dopo aver subito l'azione chimica e meccanica dello stomaco, vera impastatrice delle sostanze ingerite, passano nell'intestino tenue ove si arricchiscono di altre secrezioni chimiche digestive provenienti dal fegato e dal pancreas e cedono ai villi intestinali la più gran parte del materiale nutritizio. Dopo 8 o 10 ore dall'ingestione, le scorie, rimaste indigeste e gli escreti ghiandolari aggiuntisi per istrada, cioè soprattutto la bile, arrivano all'intestino crasso che a forma di U rovesciata circonda per tre lati il pacchetto addominale.

A questo punto la progressione delle scorie diviene molto lenta, tanto che richiede abitualmente 12 ore per attraversare il crasso e giungere alla ampolla rettale; recenti indagini radiografiche del Marzocchi avrebbero anzi confermato che l'evacuazione, in tale periodo di tempo è incompleta e diviene totale solo dopo una permanenza nel colon di 24-36 ore. Non sono note le ragioni di questo rallentamento della progressione durante la quale le scorie subiscono un riassorbimento della parte acquosa. In ogni modo, la forma di questa porzione dell'intestino che si presenta a sacculi, cioè con strozzamenti equidistanti, dimostra come la sua funzione sia ben diversa da quella di tutto il restante intestino tubulare.

Allorquando il tono del crasso è alterato per eccesso o per difetto, impedendo il regolare vuotamento giornaliero, si stabilisce la stitichezza. Questa circa 50 anni fa venne da Fleyner suddivisa, appunto per tale disturbo meccanico, in due forme cliniche: la spastica e la atonica. Oggi si tende a dare più importanza alla classificazione topografica o chirurgica che considera una **stipsi destra** cioè del primo tratto ascendente del crasso e una **stipsi sinistra**, in cui il ristagno avviene nell'ultimo tratto dell'intestino discendente.

Sembra che, mentre la stitichezza sinistra non provoca nell'organismo fatti tossici e fermentativi; la stitichezza destra determini il passaggio, attraverso la mucosa intestinale, di tossine microbiche e dei prodotti della disintegrazione dei residui alimentari. Nè bisogna credere che l'unico sintomo della stitichezza sia l'evacuazione rallentata, la quale si svolga solo ogni due-quattro giorni. Molto spesso l'addome presenta un senso di spontanea tensione molesto per l'individuo, con la palpazione poi, si può risvegliare una vera *dolorabilità* al qua-

drante inferiore destro dell'addome e la lingua non raramente è patinosa.

Sono pure frequenti, nei soggetti stitici, alcune eruzioni cutanee come gli *eczemi*, l'*acne* e l'*orticaria*. Talvolta, specie nelle donne, si stabilisce un dolore di testa accessuale o continuo, talaltra si ha *vertigine* o *stordimento*, ne consegue sempre in questi casi una diminuzione della capacità al lavoro con tendenza alla tristezza.

Dobbiamo qui ricordare le *febbri* che si osservano in alcuni soggetti stitici; sebbene alcune volte esse possano veramente essere causate dalla rallentata evacuazione, non ci dobbiamo cullare molto in questa troppo comoda induzione, molto diffusa nel pubblico profano.

Soprattutto le *febricole serotine*, persistenti, che non cessano con una purga generosa, devono essere sottoposte al criterio del medico curante per un accertamento radiologico dei polmoni. Troppo spesso occorre di veder trattare con purghe a ripetizione, per consiglio di familiari, ragazze adolescenti colpite da forme tubercolari subdole con effetti disastrosi. In tale periodo della vita la stitichezza è rara, e non provoca quasi mai febbre. Siamo intese, non è vero, zie o mamme che nella purga riassumete tutto il vostro armamentario farmaceutico?

Con ciò non voglio negare in modo assoluto la *autointossicazione*; ma essa sorge solo cogli anni, quando le pareti dell'intestino, compresse dal ristagno fecale, subiscono un processo flogistico detto *colite*.

Anche il catarro, che spesso a guisa di pellicola ricopre le feci aride (scibale), se indica l'esistenza di uno stimolo secretorio eccessivo sul crasso non è sempre prova di una colite in atto. Naturalmente questa complicanza si determina se vi è stata modificazione dei comuni bacilli (flora) che albergano nel

nostro intestino. La barriera mucosa viene alterata dai germi virulenti e lascia assorbire in circolo prodotti tossici patogeni.

Una grande importanza, per il mantenimento della funzione intestinale, presenta la bile di cui ricordiamo l'azione antisettica nei riguardi dei bacilli patogeni e quella di ostacolare le putrefazioni delle materie fermentescibili. Inoltre la bile ha un'azione eccitante sulla motilità dell'intestino ed insieme al secreto pancreatico determina l'assimilazione dei grassi e degli amidi.

Contribuisce allo stabilirsi della stitichezza il malvezzo di rinviare l'evacuazione giornaliera perchè si è troppo affaccendati; nelle donne un ritegno malinteso trasforma in una vera abitudine ciò che potrebbe costituire una eccezione. Anche la vita sedentaria, che tende a dare flaccidità alla parete muscolare dell'addome, ed il mancato esercizio podistico, contribuiscono allo stabilirsi del disturbo che stiamo esaminando.

La stitichezza colpisce soprattutto soggetti nervosi e nevrastenici con accentuazione del tono vegetativo vagale e nelle donne che presentano alterazioni dell'utero e degli annessi o affette da ptosi degli organi addominali. Esistono infine forme di stitichezza causate da fattori meccanici endoaddominali quali le aderenze e le inginocchiature dell'intestino; molto discussa è stata dai chirurghi l'esistenza di speciali membrane dette di Jackson e di Lane.

Una stitichezza trascurata può, oltre la colite, provocare altre complicanze quali le *emorroidi*, le *pieliti* e le *ragadi anali*. Infine ricordiamo che talvolta la stitichezza può essere l'unico sintoma di un *tumore maligno* che si va sviluppando nell'ultimo tratto dell'intestino.

* * *

La cura della stitichezza va soprattutto affidata al buon senso del malato, che

deve uniformarsi ad una alimentazione la quale può ridurre, se non eliminare, questo fastidioso disturbo. Si consiglia abbondanza di frutta e di verdure perchè, con la ricchezza della cellulosa, questi alimenti contribuiscono a formare la massa fecale facilitando e stimolando la peristalsi dell'intestino. La varietà dei cibi tra i quali le sostanze proteiche e gli idrati di carbonio non siano predominanti insieme a una vita attiva di moto, molto spesso riescono da soli a regolarizzare l'intestino.

Quanto all'uso di medicine vere e proprie, dei cui nomi vediamo spesso ornate le quarte pagine dei giornali e le copertine multicolori delle riviste, andranno usate con molta parsimonia. Troppo spesso l'intestino si assuefa a certi stimoli farmacologici, soprattutto dei derivati antrachinonici che, a lungo, perdono ogni efficacia sulla funzione motoria dell'intestino crasso. Essi non sono indenni da un'azione irritativa sulla mucosa, e perciò andranno usati saltuariamente e quando non è possibile farne a meno. L'uso del clistere è antifisiologico e dovrà essere bandito dal trattamento della stitichezza abituale.

Lassativi razionali consigliabili sono invece i sali degli acidi biliari sulla cui funzione biochimica abbiamo accennato sopra; in questi ultimi anni tali sali incontrano sempre più il favore dei medici perchè costituiscono sostanze destinate naturalmente a regolarizzare l'intestino. Efficaci e molto usati sono alcune acque minerali cloruro-solfato-sodiche la cui azione complessa idropinica non è qui il caso riferire.

L'uso dell'olio di vasellina, di paraffina o dell'agar, che agiscono lubrificando le pareti intestinali e sono esenti da azioni irritative e di assuefazione, riescono molto spesso utili. Nelle forme spastiche, caratterizzate da scibale nastriforme o globulari, dovremo evitare tutti i far-

maci stimolanti che riescono dannosi, mentre avremo effetti lusinghieri con gli spasmolitici del sistema neurovegetativo, soprattutto coi derivati della papaverina.

Queste sono le nozioni che tutti dobbiamo tenere presenti per il funzionamento del nostro intestino che, pur essendo autonomo, qualche volta ha bisogno di un aiuto intelligente. Nella nostra vita, per anni, esso compie le sue diligenti funzioni tacitamente; quando

zoppica e protesta il trascurarlo ritornerebbe a danno della nostra salute.

Inezia!, esclamerà qualcuno che crede di veder lontano. Inezia certamente, ammettiamo noi, ma anche Orione, il gigante dalle forme leggiadre, vincitore di fiere e di mostri, nonostante la sua clava nodosa e la forza erculea, non fu, per ironia del destino, ucciso da un vile scorpione? Perchè, come sempre nella vita, le piccole cose possono portare a grandi conseguenze.

Dott. A. STARNA

RASSEGNA DI ARTICOLI D'IGIENE

Gesundheitdienst, Agosto 1938, Leipzig.

Prof. Dr. BIKEL BERLINO, *Caffè*.

L'A. illustra la composizione chimica del Caffè, le azioni fisiologiche dei suoi componenti sul sistema nervoso e sugli altri organi.

Dott. E. RUHR, *Oppio, Morfina, Cocaina*.

L'A. espone gli usi dell'oppio e dei suoi derivati accennando alle regioni ed ai popoli che rispettivamente ne sono produttori e consumatori.

Egli accenna all'uso medico di tali alcaloidi e degli inconvenienti che derivano dal loro abuso.

Viva Cien Años, 3 Agosto 1938, n. 9, Buenos Aires.

Dott. C. DE RIO, *Nani... o malati?*

Viene sposto come questa caratteristica sia dovuta ad una malattia delle cartilagini di congiunzione delle ossa lunghe detta acondroplasia, malattia causata da una infezione cronica o da un disturbo delle ghiandole a secrezione interna.

Dott. R. KEL, *Qual'è il peso fisiologico?*

L'A. fa presente che il peso deve mettersi in rapporto, più che con l'età e con l'altezza, con la costituzione individuale; fa poi presente i pericoli cui si va incontro volendo modificare per ragioni esclusivamente estetiche ciò che l'equilibrio fisiologico ha stabilito.

Dott. L. ALMADA, *La rabbia*.

Dopo aver messo in evidenza il modo di contagio della malattia viene descritto l'aspetto del

cane malato di rabbia ed i sintomi clinici dell'insorgenza nell'uomo della malattia.

Dott. L. ETCHEVARME, *L'alopecia*.

Viene descritta la forma non contagiosa nè infettiva, probabilmente dovuta ad un disturbo delle ghiandole endocrine accompagnato da alterazione neurovegetative.

Dott. R. CALVO, *Il rene mobile*.

Alcuni grafici dimostrano l'importanza della fascia prerenale per il sostentamento del rene; una deficienza della muscolatura addominale è la causa di tale disturbo che in seguito a riflessi nervosi può condurre alla nevrastenia, a disturbi digestivi e della minzione: la miglior cura coadiuvante al successo dell'intervento chirurgico è la ginnastica.

Dott. A. PITA, *La nevrastenia è un segnale*.

A differenza di quanto si credeva una volta i nevrastenici non sono maniaci ma il loro stato mentale è l'espressione di una malattia ignorata e di una intossicazione lenta.

Viva Cien Años, 17 Agosto 1938, n. 10, Buenos Aires.

Dott. R. RAMALLON, *La interpretazione dei sogni*.

Non v'è fenomeno della nostra psiche che abbia destato tanto interesse presso i profani e talvolta anche i grandi quanto il sogno. Esso non è assurdo come sembra, ma rappresenta la liberazione dei desideri che dormono nella nostra subcoscienza e sono abitualmente incarcerati dalla logica e dalle ragioni sociali.

Dott. R. KIEL, *Perchè invecchiamo?*

L'A. spiega come l'invecchiamento fisiologico sia secondario ad un processo involutivo delle ghiandole a secrezione interna; mette in rilievo l'importanza della circolazione capillare nella pelle e ricorda che accanto a vecchi di 20 anni si ricordano attrici di aspetto giovanile a 50 anni passati; consiglia, per mantenere l'aspetto giovanile, una vita all'aria libera e la pratica di esercizi ginnastici.

Dott. C. DE-LIO, *Giganti!*

Molta è la curiosità del pubblico profano per questi individui che sono dal punto di vista medico dei malati alle ghiandole endocrine. La causa più frequente è l'acromegalia dovuta ad un eccesso della funzione ipofisaria; questo disturbo, se si verifica molto presto, provoca i casi di bambini o ragazzi alti come l'adulto o più, esso è di origine ipofisogenitale; infine esiste un gigantismo di origine endocrino-testicolare.

Dott. C. VALLEJOS, *Il lavoro della rotula.*

Questo argomento di grande importanza nella medicina del lavoro viene esposto in tale articolo nel quale si mettono in evidenza soprattutto le tre posizioni di lavoro (in ginocchio e le due varietà di accosciato e piegato in avanti) come pure i pericoli che derivano dall'eccessivo lavoro di questo osso.

Dott. P. REED, *Signora, osservate spesso il vostro petto.*

La grande diffusione del tumore maligno di questo organo, specialmente tra le donne, consiglia di ricorrere al giudizio del medico non appena una donna si avvede della comparsa di una nodosità nell'interno della regione mammaria o appena compaiono i primi dolori trafittivi.

Dott. F. MONTAGNE, *La bassa pressione arteriosa.*

Sebbene meno pericolosa della ipertensione anche questo disturbo merita l'attenzione di chi ne viene colpito che deve sottoporsi ad uno scrupoloso esame medico per escludere le forme sintomatiche; il suo trattamento consiste in una tonificazione generale dell'organismo.

Dr. C. JAHN, *Come si svela la sifilide negli occhi, nelle narici e nella gola.*

Vengono esposte le manifestazioni primarie, secondarie e terziarie di questi organi che essendo facilmente visibili possono richiamare l'attenzione anche dei non medici.

Hijo Mio, agosto 1938, n. 5, Buenos Aires.

Dott. A. SCHIAVONE, *Come alimentare il bambino lattante.*

Sono esposte le regole dietetiche che devono guidare nell'alimentazione artificiale, in quella mista e nel divezzamento nel primo anno di vita.

Prof. P. CABREJAS, *Il sonno del bambino.*

Questa funzione ha molta importanza nella più tenera età, perchè permette la ricostituzione delle energie consumate durante la veglia; pertanto il bambino non deve dormire nello stesso letto dei genitori ma accanto in uno proprio; il condurre a letto il bambino non deve essere insegnato come un castigo ma come asilo di tranquillo e desiderato riposo.

Vita Ratgeber, n. 26, ottobre 1938, Zurigo.

Timore dell'embolia.

L'Autore in seguito al verificarsi, in una piccola città, di casi di morte per embolia a poca distanza dall'uno dall'altro dopo avere illustrato che cosa si intenda per trombosi e per embolia dà uno schematico accenno alle cause ed ai danni di questa, alle probabili cause dell'aumento della trombosi e di conseguenza dell'embolia verificatosi in questi ultimi anni e alle precauzioni che i Medici prendono per evitarle. Accenna pure ad alcuni interventi curativi.

Novità sulle vitamine.

L'Autore accenna ai progressi fatti nello studio delle vitamine e nella tecnica dell'isolamento di queste, rendendo noto anche che in seguito alla cottura gli alimenti ne conservano sempre una certa percentuale.

Dopo aver parlato del modo di azione delle vitamine accenna alla rarità con cui oggi si presentano casi di gravi avitaminosi, consigliando però ai profani di non abusare nell'uso terapeutico di alcune di esse quali la D, che si formerebbe anche nella pelle in seguito all'irradiazione solare.

L'Autore parla pure degli stretti rapporti di affinità fra vitamine, ormoni e fermenti.

Egli conclude che è stato dimostrato dalla scienza moderna aver fondamento scientifico il pensiero del popolo che attribuisce un valore salutare agli erbaggi in genere e alle frutta che così poco valutati erano prima come elementi nutritivi. L'Autore termina consigliando ai sani una limitazione varia.

Notiziario

La difesa della razza

Recenti avvenimenti hanno portato all'attualità più viva e palpitante il problema della Razza che solo il Fascismo, sorto da una gagliarda generazione di combattenti poteva risolvere in modo definitivo e totalitario.

L'istituzione, presso il Ministero degli Interni, del Consiglio Superiore per la Demografia e la Razza, l'esame della questione nell'ultima sessione del Gran Consiglio del Fascismo e tutto un insieme di provvedimenti e di provvidenze adottati dal Regime dimostrano quanto grande sia l'importanza del problema razziale e con quanta cura il Governo Fascista se ne occupi.

A Bari di recente, in occasione della IX Fiera del Levante, è stata organizzata una grande Mostra della difesa sanitaria della Razza nella quale è stata messa in evidenza tutta la vasta e benefica opera che il Regime ha svolto e svolge con vigile e premurosa attenzione in questo importante e delicato settore della vita nazionale, dall'allevamento del bambino e dall'assistenza alle madri alle costruzioni ospedaliere, alla igiene generale e alla medicina preventiva.

Siamo lieti, e un po' anche orgogliosi, di ricordare in questo momento l'opera che dalla primavera del 1930 l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni svolge nel campo della medicina preventiva a favore dei propri assicurati tenendosi in tal modo, anche in questo campo, sulle direttive del Regime in collaborazione all'opera illuminata e feconda dello Stato Fascista.

L'I.N.A. ha attualmente in piena funzione perfettamente efficienti e attrezzati con i mezzi più moderni che la scienza fornisce, nove Centri Sanitari diretti da medici di ruolo assunti per pubblico concorso, in Torino, Milano, Bolzano, Padova, Ancona, Roma, Napoli, Messina e Cagliari dove gli assicurati possono usufruire di visite mediche periodiche gratuite per il collaudo della salute, corroborate da ricerche cliniche ed esami di laboratorio, di visite con-

sultive gratuite per l'idoneità alla vita coloniale, ricevere consigli di igiene, di dietetica, di profilassi delle malattie e della prevenzione in genere. In dipendenza dai Centri suddetti vengono tenuti numerosi Consultori, in varie località, come dalla parte ufficiale di questa Rivista. Sono stati creati inoltre vari sub-Centri e sono di prossima istituzione i Centri Sanitari di Bologna e Trieste.

E' questa, come è facile rilevare, una vasta e benefica organizzazione sanitaria che, se è rivolta alla tutela della salute degli assicurati, e pertanto a carattere di medicina preventiva individuale, non può non lanciare i suoi riflessi sulla salute delle masse e sulla sanità della Razza.

Il Federale di Terni visita la Sede dell' I. N. A.

Il 18 del mese scorso il Segretario Federale di Terni ha visitato i locali della Sede dell'I.N.A.

Egli si è molto interessato all'opera svolta dal Consultorio Sanitario gratuito per gli assicurati ed ha potuto inoltre rilevare quanto grande sia l'interessamento del pubblico per questa istituzione che sempre più incontra il favore tra gli assicurati. Ha espresso infine per tali lusinghieri risultati il suo vivo compiacimento.

XIII° Congresso Nazionale di Radiologia Medica

Nello scorso settembre ha avuto luogo a Bari il XIII Congresso di Radiologia Medica. Sono stati svolti i seguenti argomenti:

- 1) L'apporto della Radiologia alle questioni medico legali. Relatori Proff.ri Busi e Gerzin.
- 2) Irradiazione del mediastino - Radiologia - Radioterapia. Relatore Prof. Castromuovo.

La partecipazione italiana al I Congresso Internazionale di Medicina Legale e Sociale. La costituzione di una Accademia Internazionale.

Nei giorni 22-25 settembre si è tenuto a Bonn, in Germania, il I Congresso Internazionale di Medicina Legale e Sociale alla presenza dei rappresentanti del Governo dei Reich, e con l'intervento di oltre 500 congressisti appartenenti a ben 33 nazioni. La rappresentanza italiana, presieduta dal Prof. Giuseppe Moriani di Roma e costituita dai Proff. Cazzaniga di Milano, Palmieri di Bari, Gerin e Giromini di Roma, Cioffi di Bologna, ha avuto dai colleghi tedeschi un'accoglienza fraterna ed entusiastica. Molto interessanti i lavori del Congresso sia per temi di relazioni che per le numerose comunicazioni, cui hanno dato buoni contributi i rappresentanti dell'Italia.

E' poi da segnalare particolarmente un avvenimento di vasta portata internazionale e di notevolissimo interesse scientifico e sociale, quale la creazione avvenuta, in occasione di questo Congresso, di una Accademia Internazionale di Medicina Legale e Sociale. Infatti, su proposta del Prof. Gerin a nome dei rappresentanti italiani, venne costituito un Comitato internazionale, formato dai Proff. Pierushky e Schrader per la Germania, Lèclerque e Muller per la Francia, Moriani e Gerin per l'Italia, Knud Sand per la Danimarca, Takesi Inouye per il Giappone, Blench per l'Inghilterra, Miloslanvich per la Jugoslavia e Schilling-Singalewic per la Polonia, allo scopo di realizzare immediatamente la costituzione di questa Accademia. Tale Comitato ha, dopo ampia discussione, elaborato lo Statuto dell'Accademia, la quale ha soprattutto lo scopo di intensificare e di potenziare i contatti tra i medici legali di tutto il mondo; di essa potranno far parte non più di 60 Accademici per ogni nazione. L'assemblea ha proceduto quindi alle elezioni delle cariche presidenziali; per acclamazione sono stati nominati: Presidenti onorari: Lèclerque (Francia) e Pietrusky (Germania); Presidente Knud Sand Danimarca; Vice Presidenti: Balthazard

(Francia), Moriani (Italia), Wacholz (Polonia); Segretario generale: Gerin (Italia); Tesoriere Miloslanvich (Jugoslavia).

Altro fatto di particolare interesse nazionale, che dimostra come tutto il mondo consideri oggi l'Italia Fascista all'avanguardia nel campo delle realizzazioni medico-legali e sociali, è che la Rivista italiana «Zacchia», diretta dal Prof. Moriani, sia stata designata quale organo ufficiale della nuova Accademia.

I Congresso Internazionale di Criminalogia

Dal 3 all'8 ottobre 1938-XVI è stato tenuto in Roma questo Congresso con l'intervento di oltre mille rappresentanti di 32 nazioni. Sono stati trattati i seguenti temi:

- 1) Etiologia e diagnostica della criminalità minorile ed influenza dei risultati di tali ricerche negli ordinamenti giuridici;
- 2) Lo studio della personalità del delinquente;
- 3) Il ruolo del giudice nella lotta contro la criminalità e la sua preparazione criminologica.

La trattazione di questi temi ha dato luogo a discussione con ordine del giorno a votazione.

Successivamente è stato trattato dell'organizzazione della profilassi, dell'etnologia e criminalogia e dell'esperimento delle misure di sicurezza nei vari paesi.

III Congresso Nazionale di Medicina dello Sport

Nella prima metà di novembre si terrà a Genova il III Congresso Nazionale di Medicina dello Sport.

I temi di relazione saranno:

- 1) Riduzione della capacità lavorativa professionale per le lesioni degli organi interni in seguito ad atti di vita sportiva.
- 2) Riduzione della capacità lavorativa professionale per traumi dell'apparato locomotore nell'attività sportiva.

V Riunione europea di igiene mentale

Si è tenuto a Monaco, sotto la presidenza del Prof. Ruedin, Direttore dell'Istituto di Ricerche Psichiatriche questo convegno al

quale hanno partecipato numerose personalità scientifiche di molti paesi d'Europa. I temi di relazione all'ordine del giorno erano i seguenti:

1) La profilassi mentale in rapporto al matrimonio (Prof. Ruedin e Dr. Morgenthaler). I relatori hanno messo in rilievo l'importanza dell'ereditarietà mentale ai fini del miglioramento della razza e la necessità dei consulti medici prematrimoniali; Tumiadi di Firenze ha rivendicato al De Santis di Roma quest'ultima iniziativa eugenetica.

2) La profilassi delle tossicomanie (Stanojewitsch); nella quale relazione sono state messe in evidenza le provvidenze legislative adottate a frenare queste piaghe sociali.

3) L'importanza dell'ergoterapia nella cura delle malattie mentali (Prof. Beringhen e Prof. Bonfiglio) Mentre il primo Relatore ha trattato del meccanismo psicoterapico di tale cura; il secondo ha esposto i limiti, le indicazioni e l'importanza di essa ricordando quanto si è fatto fin'ora in Italia. Il Prof. Siniscalchi di Roma ha messo in rilievo l'importanza sociale di questa cura praticata fuori degli istituti tra i deficienti e negli anormali psichici.

La Scuola di perfezionamento in Medicina Legale e delle Assicurazioni della R. Università di Roma.

La Scuola di perfezionamento in Medicina Legale e delle Assicurazioni della R. Università di Roma, a suo tempo inaugurata dalle LL. E. Solmi e Lantini, riprenderà le lezioni di entrambi i corsi il giorno 15 novembre. A questa Scuola, che è diretta dal Prof. Giuseppe Moriani ed alla quale collaborano tutti i più importanti Istituti di Assicurazione e di Previdenza, possono iscriversi tanto i laureati in Medicina che quelli di Giurisprudenza. Il diploma conseguito è considerato titolo di preferenza nei concorsi per medici e dirigenti, banditi dagli Istituti di Assicurazione e di Previdenza Sociale, nonché nei concorsi per la Magistratura e per la nomina a perito medico-legale.

La Scuola ha la durata di un biennio.

Il Centro nazionale di medicina del lavoro agricolo

Nell'intento di unificare e coordinare gli studi e le ricerche aventi per oggetto il perfezionamento delle condizioni igienico-sanitarie di vita e di lavoro delle categorie lavoratrici agricole, la Confederazione Fascista dei lavoratori dell'agricoltura ha deliberato la costituzione in Roma di un Centro nazionale di medicina del lavoro agricolo.

Il Centro, che sorge dopo alcuni anni di proficua attività del Comitato nazionale tecnico per lo studio del lavoro agricolo, affiancherà l'azione di questo nello specifico settore sanitario e promuoverà, come suo fine principale, sistematiche ricerche sulle cause di morbilità e mortalità nel settore dell'agricoltura, con particolare riguardo alle malattie sociali. Studierà inoltre, i mezzi di prevenzione e di cura e le possibilità di pratica applicazione di essi. Il nuovo Centro realizzerà così la razionalizzazione dell'attività previdenziale ed assistenziale nello spirito della Carta del Lavoro.

Una nuova pubblicazione dell' I. N. A.

A cura del Centro Studi addestramento e perfezionamento dell'I.N.A., avrà inizio prossimamente la pubblicazione di un « Bollettino-Notiziario » di istruzione professionale per l'organizzazione periferica sotto la direzione del comm. Francesco Melli.

Scuole di addestramento e corsi di perfezionamento dell' I. N. A.

E' stato bandito recentemente un concorso per l'ammissione alle Scuole di addestramento in Roma, Trieste e Bologna ed ai Corsi di perfezionamento dell'I.N.A.

Le Scuole di addestramento hanno la duplice finalità di formare Produttori di Assicurazione ed Esattori speciali per le Agenzie Generali dell'I.N.A. e quella di consentire, mediante assegnazione di speciali Borse di studio, l'ammissione ai corsi di perfezionamento di Roma. In tal modo a tanti giovani volenterosi, sarà possibile

ottenere l'abilitazione a svolgere presso le Agenzie dell'I.N.A. le mansioni di Impiegato di organizzazione, Capo gruppo, Viaggiante, Capo ufficio collettive, Capo ufficio popolari, Capo contabile, Capo organizzazione, Soprintendente, Direttore di Agenzia.

Per chiarimenti rivolgersi a tutte le Agenzie dell'I.N.A. oppure alla Direzione del Centro Studi, addestramento e perfezionamento per l'organizzazione periferica dell'I.N.A., Via Gregoriana 41, Roma.

La nuova Sede della Rappresentanza dell' I. N. A. in Egitto

Recentemente è stata inaugurata da S. E. il Conte Serafino Mazzolini, Regio Imperiale Ministro d'Italia presso il Governo Egiziano, la nuova Sede in Alessandria dell'Ispettorato per il « Prossimo Oriente » e della Rappresentanza Generale per l'Egitto dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

Spigolature mediche

IL PREMIO FRANCESE PER LA LOTTA ANTITUBERCOLARE ASSEGNATO ALL'ITALIA.

Il Comitato Nazionale Francese per la lotta contro la tubercolosi ha organizzato a Parigi una « Esposizione del francobollo antitubercolare » dove è stato raccolto il materiale edito dalla Francia, dall'Italia, dagli Stati Uniti, dal Belgio, Gran Bretagna, Lussemburgo, Norvegia, Polonia, Portogallo, Romania, Svezia, Svizzera, Cecoslovacchia e dalla Jugoslavia.

Il Comitato, in riconoscimento dello sforzo sostenuto dall'Italia e dei brillanti risultati ottenuti, mettendo in rilievo l'opera svolta in questo campo dal Regime Fascista, ha assegnato il primo premio alla Federazione Italiana per la Lotta contro la Tubercolosi.

MORTALITÀ PER TUBERCOLOSI E CANCRO IN INGHILTERRA.

Nel 1937 in Gran Bretagna sono morte per milione di abitanti 584 persone per tubercolosi polmonare, 111 per tubercolosi di altre forme, 1632 per cancro.

PER LE DONNE CHE FUMANO.

Il Dott. Lepp riporta il caso di una madre che allattava e che aveva smesso di

fumare. Avendo ripreso a fumare dalle venti alle trenta sigarette al giorno vide manifestarsi nel bambino che prima era cresciuto sano una grave sindrome morbosa che i medici concordemente attribuirono ad avvelenamento da nicotina. (Da « Minerva Medica »).

IL BACILLO DELLA TUBERCOLOSI NEL LATTE DI VACCA.

Fra cinquanta campioni di latte di vacca prelevati nel Nord della Francia tre hanno presentato il bacillo della tubercolosi. (Da « Tubercolosi »).

MORTI PER DISATTENZIONE IN INGHILTERRA.

Secondo le statistiche (riguardanti l'Inghilterra nel 1937) di una Società inglese di assicurazione la maggioranza degli uomini non muore di malattia, di vecchiaia o di incidenti del traffico; ma di disattenzione. Ecco alcuni dati: 9 morti e 34 casi di setticemia per aver leccato delle buste i cui orli hanno tagliato le labbra; 189 morti per versamento di benzina sul fuoco; 22 morti e 32 feriti (evidentemente tra le donne) per essersi fatta la truccatura del viso al volante dell'automobile; 417 incendi provocati dal non avere staccato il ferro elettrico da stiro; 6 morti e 34 feriti in tentativi di allontanare qualche oggetto dal naso e dall'orecchio. Nel rapporto di questa stessa Società si stigmatizza anche il falso eroismo, che può avere anche conseguenze mortali, di quelli che non si hanno riguardo in tempo, o si alzano dal letto troppo presto in caso di influenza. (Da « Le Forze Sanitarie »).

CAFFEINISMO CEREBRALE.

L'intossicazione da caffè, che è più frequente nella donna, contrariamente all'intossicazione alcolica, è spesso satellite di quest'ultima della quale riproduce in gran parte i segni. Determina specialmente un tremore limitato delle estremità, parestesi e vertigini, anoressia marcata, effetti afrodisiaci e abortivi, perturbamenti del simpatico della sfera respiratoria e circolatoria. (Da « Annali Ravasini »).

CANCRO PLEUROPOLMONARE PRIMITIVO.

Questa malattia si fa più frequente ogni giorno. Una statistica medica di Strasburgo indica un aumento dei casi diagnosticati del 30 % nel periodo 1926-1932 e dell'83 % nel periodo 1933-1936. Predomina nel sesso maschile; si associa a tubercolosi polmonare nel 17,4 % dei casi ed a sfilide nel 4 % dei casi. (Da « Annali Ravasini »).

Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita**I traumatizzati del cranio in assicurazione vita**

Dott. MARIANO CLAUSI-SCHETTINI

Medico della Direzione Generale dell' I. N. A

Un notevole aumento dei traumi cranici è segnato dalle statistiche di questi ultimi tempi, e non è difficile ritrovarne le cause principali nei sorprendenti sviluppi che le applicazioni meccaniche hanno raggiunto.

Le macchine, come mezzi di trasporto e di lavoro, le costruzioni sempre più complicate e colossali che la tecnica moderna sa creare e che importano spesso un lavoro difficile e rischioso, la potenza lesiva attinta dalle armi da fuoco costituiscono i fattori più frequenti ed importanti della non trascurabile diffusione di queste lesioni. La gravità di esse neppure è trascurabile, ma porta in sé una prognosi, immediata o lontana che sia, tra le più riservate.

La mortalità infatti è elevata nei primi istanti o nei primi giorni, e non resta escluso ogni pericolo anche a distanza di tempo, quando pare che il traumatizzato sia guarito perfettamente o quando esso sia portatore di postumi transitori o permanenti di più o meno grave entità.

Dobbiamo distinguere dunque da una parte le conseguenze immediate dei traumi cranici, che è naturale non debbano rientrare in questo studio, e le conseguenze tardive cioè quelle che insorgono a distanza di tempo dal trauma.

La patologia chirurgica distingue ancora le conseguenze secondarie, ossia quelle manifestazioni che non insorgono col trauma, come per es. la commozione cerebrale o la ferita del facciale

in una frattura della base; ma in conseguenza delle lesioni prodotte dal trauma sorgono e si appalesano, come delle complicazioni nelle successioni morbose. Tali per es. le meningo-encefaliti sorte da localizzazione di germi provenienti dall'esterno o dal sangue circolante, le ernie cerebrali a comparsa precoce, le lesioni del facciale dovute ad otite sierosa da rottura della membrana del timpano o ad ematoma del canale di Falloppio.

Come postumi infine dovrebbero essere intesi quei reliquati che senza soluzione di continuo, cioè senza alcun intervallo di benessere nel traumatizzato, seguono alle vicende morbose superate come testimoni di lesioni craniche o cerebrali di grande o di lieve entità, apprezzabili o meno obiettivamente e che hanno ormai raggiunto uno stadio evolutivo che può essere paragonato allo stadio cicatriziale delle ferite.

Ammetto subito che questa definizione, come tutte le definizioni, ha le sue deficienze in quanto non è sempre facile nella pratica delimitare i confini tra postumi e conseguenze tardive.

I postumi grossolani, come per es. una paralisi dell'abducente non richiedono molta attenzione per essere rilevati, mentre con molta diligenza occorrerà ricercare i piccoli segni che spesso sono la manifestazione oggettiva di sofferenze soggettive e che costituiscono la base di un più fondato sospetto di ulteriori aggravamenti, come espressione

di pronunziate alterazioni dell'encefalo e dei suoi vasi. Accennerò per ora alla tonoscopia retinica che è possibile ricercare in assicurazione vita non potendo neppure lontanamente pensare che un assicurando sia disposto a farsi praticare la puntura lombare.

L'importanza di questi piccoli segni non diminuisce se ora consideriamo, accanto al rischio di mortalità, il rischio di invalidità: perchè le conseguenze potrebbero essere presentate dall'assicurato come sopravvenute, mentre in realtà erano preesistenti. Se esse fossero puramente soggettive non entrerebbero in discussione perchè il beneficio della clausola « Invalidità » contempla la sospensione del pagamento dei premi solo in presenza di una invalidità oggettivamente accertabile, ma poichè le sofferenze soggettive possono essere attestate dai rilievi semiologici oggettivi, come ho detto, talora finissimi, che l'assicurato ha tutto l'interesse di far mettere in evidenza da uno specialista, occorre che anche noi li ricerchiamo accuratamente nel caso si volesse addivenire alla concessione del beneficio.

Date queste premesse è il momento ora di precisare di quali traumi sia necessario tener conto nella formulazione di un giudizio sul rischio che importa un cranio-leso apparentemente guarito.

Se noi volessimo tener conto dei piccoli traumi limitati al cuoio capelluto passati senza alcun disturbo di ordine nervoso rischieremmo di essere portati ad una enorme ed ingiustificata esagerazione troppo selettiva, troppo analitica e troppo pusillanime, e la pusillanimità, mi si consenta di dirlo, è una tara molto grave nel medico dell'A. V., come è grave l'eccessivo ottimismo.

I casi pubblicati di gravi manifestazioni tardive dovute a traumi di lieve entità sono rari e come non capita spesso assistere, per es., dal punto di vista del-

le conseguenze immediate, al manifestarsi di una commozione cerebrale per semplice scuotimento della testa poggiata durante il sonno su di una panca di un vagone di terza classe, come nel caso di quel soldato che viaggiava da Berlino a Thorn, così non capita spesso assistere, dal punto di vista delle manifestazioni tardive, alla comparsa di una epilessia jacksoniana, a distanza di vari mesi dall'urto, alquanto violento, della testa contro le pareti di un veicolo in corsa senza che si fosse avuta altra lesione all'infuori di un modico ematoma sottocutaneo, come in un altro caso pubblicato. Queste rarità se possono interessare l'Infortunistica o la Chirurgia, specie quella riparatrice, non debbono essere sopravvalutate in A. V. Una eccezione va fatta per le scottature del cuoio capelluto, poichè è noto con quanta facilità sulle cicatrici residue si possa impiantare un epitelioma; mentre le ferite delle parti molli della testa potranno dare tutt'al più una cicatrice dolente facilmente dominabile dalla escissione chirurgica.

Le cose vanno diversamente quando ci incontriamo in individui che hanno nella anamnesi una frattura del cranio, una commozione o una contusione cerebrale. Essi possono essere divisi in tre gruppi: 1) individui che si presentano apparentemente guariti senza alcun disturbo della sfera neuropsichica; 2) individui che presentano sofferenze postume soggettive accompagnate o no da minuti segni oggettivi; 3) individui che presentano postumi evidenti della lesione patita come monoplegie, emiplegie, paralisi oculari, alterazioni della cornea da lesioni del trigemino, disturbi dell'equilibrio, glicosuria, psicosi ecc.

Qui il giudizio prognostico deve essere più cauto e occorre pensare alla possibilità che le lesioni anatomiche create dal trauma nella teca ossea o nell'invo-

lucro membranoso o nella compagine encefalica, compresi i vasi cerebrali, diano luogo ad un dato momento, anche lontano, a manifestazioni morbose gravi e anche mortali. Ricordo il caso di un individuo di 40 anni colpito in testa da un colpo di bastone, il quale, dopo aver superata una commozione cerebrale, fu dimesso guarito dall'ospedale. Egli riprese in pieno la sua attività; ma a distanza di sei mesi dal trauma senza che avesse presentato nell'intervallo alcun disturbo nervoso fu colpito a morte da una emorragia aracnoidea. Il traumatizzato non aveva mai presentato note di lue o di alterazioni vascolari o di nevropatie, e per quanto esistano delle emorragie aracnoidee non spiegabili anche al di fuori di queste condizioni morbose, non è da escludere in questo caso l'azione del trauma subito, che in queste occasioni viene accettata anche in Infortunistica.

Le emorragie intracraniche che possono presentarsi a distanza di un trauma cranico e in dipendenza di esso si distinguono in meningee e cerebrali, e mentre le prime in molti casi vengono pacificamente considerate come post-traumatiche, le seconde sono oggetto di riserve maggiori e solo per esclusione vengono dalla patologia attribuite al trauma, tenuto conto dell'età del soggetto, dello stato preesistente delle arterie e della sede della emorragia che nelle forme spontanee ha predilezione per i nuclei della base mentre nelle forme traumatiche ha predilezione per la corteccia.

Le emorragie meningee si distinguono a loro volta in sopradurali e sottodurali. Le prime si raccolgono nelle zone scollabili della dura meninge, le seconde invadono per lo più la cavità aracnoidea e raramente restano circoscritte nella regione peribulbare o perichiasmatica ecc. Lenormant riporta due casi di emorragia sottodurale insorta dopo qualche

tempo dal trauma e insiste sulla frequenza di tali manifestazioni.

L'intervallo libero delle emorragie endocraniche è molto vario. Sulla durata del periodo intervallare il Rizzatti riporta alcune statistiche. Secondo la statistica del Connel, l'intervallo più lungo fu di 49 giorni. Heuschen su 184 casi di emorragia intracranica ne ha visti 17 con intervallo libero da 1 a 10 mesi. Auvrai ha visto durare l'intervallo libero fino a 60 giorni.

Più lungo diventa l'intervallo nelle pachimeningiti emorragiche per le quali sono stati osservati periodi intervallari da 4 a 8 anni. Le emorragie cerebrali post-traumatiche sono state osservate anche dopo molti mesi dal trauma.

Non vi è chi non veda quanta importanza abbiano queste manifestazioni tardive a tipo emorragico le quali se possono assumere un decorso lento intervallato da episodi acuti come nella emorragia aracnoidea e nella pachimeningite emorragica, ma sempre a carattere grave, possono anche e spesso presentarsi in forma rapidamente mortale.

Rimane da domandarsi se la causa delle emorragie tardive sia proprio il trauma e quindi se il cranio-traumatizzato debba essere accettato in assicurazione vita come un rischio aggravato. Le opinioni a tal proposito sono molto discordi per alcuni casi che non hanno il requisito di un rapporto netto tra causa e conseguenza e presentano un intreccio etiologico molto intricato e difficile a chiarire; ma non vi è dubbio che molti altri casi abbiano col trauma un nesso intimo ed evidente, come anche gli infortunisti concordemente riconoscono.

E' noto come un trauma possa interessare le pareti di un vaso senza interromperne del tutto la compagine ma danneggiandola soltanto, e creando un focolaio contusivo di minore resistenza dove, in secondo tempo, si può verificare

una rottura. Sono pure note, d'altra parte, le vasopatie traumatiche le quali fanno parte del quadro anatomopatologico delle trombosi, delle apoplexie, delle emorragie meningeae tardive, delle sindromi commozionali tardive, ecc. ecc., come l'arteriopatia metamorfosans, la neoformans, la proliferans e l'endoarteriopatia di Marburg che raggiunge al terzo mese il massimo dell'evidenza.

Per potersi spiegare l'insorgenza di altre manifestazioni terziarie dobbiamo ricordare che, oltre alle alterazioni vasali, diverse altre lesioni anatomiche si possono formare nella massa encefalica o nei suoi involucri in dipendenza dei guasti prodotti dal trauma. Terremo presenti pertanto le cisti traumatiche, che hanno una evoluzione ed un accrescimento più o meno lenti e che si formano su di un focolo di contusione cerebrale o di emorragia o di rammollimento; la pachimeningite interstiziale con ispessimento, sclerosi o addirittura ossificazione della dura; le aderenze tra dura ed aracnoide attorno a vecchi ematomi o a raccolte sierose di cui talune sono state designate col nome di idrocefalo esterno; l'edema cronico della pia madre; le cicatrici più o meno estese che stirano o comprimono i tessuti nobili e inceppano la circolazione cerebrale; le iperostosi craniche che determinano una compressione del cervello, ecc.

Le manifestazioni cliniche di lesioni anatomopatologiche tanto complesse e polimorfe saranno molto diverse da caso a caso e di gravità più o meno accentuata. Così potremo assistere alla comparsa tardiva di monoplegie, emiplegie, psicosi e via dicendo.

Una complicazione tardiva dei traumi cranici frequente ed importante è l'epilessia, che può presentarsi localizzata o generalizzata. Le forme generalizzate sono per lo più precedute dalle forme localizzate. Essa si presenta nel 26 %

dei cranio-lesi in una statistica della guerra Franco-Tedesca del 1870. Holbeck nella guerra Russo-Giapponese ha trovato una percentuale del 29,2. Nella guerra mondiale Chinaj per la Francia ha trovato una frequenza del 20 %. Altre statistiche danno cifre più basse, come quella di Schak che dà una frequenza del 7 % su 166 fratture della base del cranio.

Il periodo intervallare è molto vario ma gli infortunati non ammettono vada oltre i 4-5 anni, per quanto vi siano casi che starebbero a dimostrare il contrario, e Bèhague arriva a sostenere che trascorso un anno e mezzo non si debba ammettere alcun rapporto col trauma.

Anche nell'epilessia traumatica si possono presentare gli equivalenti epilettici in luogo dell'attacco, come vertigini, automatismi, assenze, accessi di cefalea.

Le fratture del tavolato interno, detto anche vitreo in conseguenza di una interpretazione patogenetica delle fratture che in esso si determinano in assenza di lesioni del tavolato esterno, oggi da varie parti ritenuta erronea, sono pericolose e insidiose perchè l'epilessia jacksoniana è la possibile manifestazione tardiva di queste lesioni non apprezzabili da principio e perciò non diagnosticate.

Altre complicanze tardive sono l'encefalite acuta emorragica non purulenta e l'encefalite acuta purulenta (ascesso cerebrale).

Reperti anatomopatologici e ricerche sperimentali inducono ad ammettere un nesso causale tra lesione del cranio ed encefalite acuta emorragica. Oppenheim pensa che il trauma, creando un *locus minoris resistentiae*, favorisca l'attecchimento dei germi patogeni. E' risaputo infatti che un trauma anche se non provoca lesioni anatomiche apprezzabili con i comuni mezzi di indagine può provocare uno « stupore » dei tessuti carat-

terizzato da uno stato particolare neuro-circolatorio nel quale facilmente il germe si impianta e si moltiplica. Ma noi possiamo anche invocare come causa predisponente all'attecchimento dell'infezione quelle lesioni anatomiche consistenti in distruzioni cellulari ed emorragie anche lievi che costituiscono un *caput mortuum*, ottimo *pabulum* per i microrganismi.

Nel caso occorso all'osservazione di Fragnito dopo circa sei mesi dal trauma si sviluppò una encefalite acuta che in due giorni condusse a morte l'infermo.

L'ascesso cerebrale traumatico è conseguenza di una infezione penetrata dall'esterno o arrivata attraverso il torrente circolatorio. Può essere situato esternamente e allora la sua sintomatologia si confonde con quella della meningite purulenta, o può essere indovato nella massa encefalica. Gli ascessi precoci sono fuori discussione e qui debbono essere presi in considerazione i tardivi, e sono per lo più quelli profondi. Il periodo iniziale può passare inosservato, in uno stato di assoluta latenza, oppure può essere accompagnato da lievi disturbi come cefalea o altro. A distanza di tempo, che in rarissimi casi ha raggiunto i 10 anni, si presenta una sintomatologia complessa che si avvicina di molto, se non è proprio identica, a quella del tumore endocranico. Ricordo qui il caso di Casali di un contadino che a distanza di un anno da una caduta nella quale aveva battuto la testa contro il suolo senza alcuna conseguenza immediata, presentò una nevralgia ribelle del trigemino e in seguito presentò una sindrome cerebellare venendo infine a morte con segni di compressione bulbare. Alla autopsia si trovò un ascesso situato nel lobo sinistro del cervelletto.

Le ernie cerebrali sono complicazioni piuttosto secondarie che tardive ma esse, sebbene raramente, possono presentarsi

anche tardivamente sulla base di una encefalite.

Molto discussa è l'esistenza di una malattia di Parkinson post-traumatica. Erb, Gowers, Oppenheim ed altri l'ammettono mentre Duret con molti altri la negano. Fra i cranio-lesi di guerra non è facile trovare un parkinsoniano. Tuttavia nella bibliografia si trovano sparsi dei casi di Parkinson insorti dopo un trauma cranico. Da ricordare il caso di Mayer riportato dal Ciampolini di un trauma al capo seguito per cinque mesi da nevralgia della faccia, quindi tremore ed atteggiamento parkinsoniano; e il caso di Guillaume e Alajouaime di un uomo di 45 anni nel quale comparve tremore parkinsoniano dopo due anni da una commozione cerebrale. Grossoni riferisce che su circa 122 casi di morbo di Parkinson solo 3 presentavano sicuramente il fattore traumatico nell'etiologia, e Negro, convinto della possibile etiologia traumatica del morbo di Parkinson, riporta alcuni casi di individui giovani nei quali dopo un trauma al capo a distanza di qualche mese comparve una tipica sindrome parkinsoniana. Il Ciampolini ammette, con logiche restrizioni, il nesso etiologico fra traumi e parkinson.

Ancora più discussa è la sclerosi in placche come conseguenza di un traumatismo cranico. L'etiologia di questa forma morbosa è ancora oscura e sembra ormai che la causa sia di natura tossinfettiva e che il trauma possa agire tutto al più come causa predisponente o risvegliante.

A questo punto voglio riportare il caso che ha descritto Karplus di un soldato che subì una commozione cerebrale alla quale fecero seguito dei disturbi che per tre anni e mezzo vennero considerati di natura nevrastenica; ma, trascorso tale periodo, si presentò leggero nistagmo, rallentamento della parola, tremore in-

tenzionale, aumento dei riflessi profondi, lievi disturbi della sensibilità alla gamba sinistra, assenza bilaterale dei riflessi addominali. L'Autore interpreta la sindrome come dovuta a piccoli rammolimenti multipli conseguenza tardiva del trauma cranico.

Una lesione anatomica della base diencefalica e dell'ipofisi darà luogo a quelle sindromi che dalla moderna Patologia vengono dette diencefalo-ipofisarie.

Emorragie traumatiche o post-traumatiche, cisti post-traumatiche, fratture della base, alterazioni meningeae tardive o immediate ecc. possono essere le condizioni anatomiche responsabili di tali manifestazioni morbose per quanto riguarda il nostro studio.

Molti autori, in vista degli intimi legami anatomici e funzionali esistenti fra centri vegetativi diencefalici e ipofisi, parlano ormai di un sistema diencefalo-ipofisario. Nella pratica clinica non è possibile distinguere le manifestazioni di carattere diencefalico da quelle di carattere ipofisario, e un gruppo di sindromi cliniche come le alterazioni del ricambio dell'acqua, dei sali, dei grassi, degli idrati di carbonio sono state classificate come manifestazioni di lesione del sistema suddetto.

Vi sono, è vero, alcune sindromi e malattie, ad es. l'acromegalia, dovute a lesione ipofisaria, come vi sono sindromi e malattie, ad es., il diabete insipido, legate a lesioni dei centri diencefalici; ma esse possono presentare tale intreccio di sintomi e di lesioni che una netta distinzione non è possibile. Quanta parte giuoca l'ipofisi nel diabete insipido?

Il Werner recentemente in base ad osservazioni personali ha ammesso l'esistenza di un ormone diuretico nel lobo anteriore della ipofisi e un ormone anti-diuretico nel lobo posteriore.

Quante volte nell'acromegalia troviamo associate turbe del ricambio dei grassi,

dell'acqua, degli idrati di carbonio? E la sindrome di Simmonds come la distrofia adiposo genitale non possono essere dovute tanto ad una lesione ipofisaria quanto ad una lesione ipotalamica?

Al Lunedei sembrerebbe fondamentalmente giustificato distinguere: 1) sindromi diencefaliche; 2) sindromi ipofisarie; 3) sindromi che possono essere sostenute sia da una lesione diencefalica che da una lesione ipofisaria. Le principali del primo gruppo sono: il diabete insipido, la polidipsia primitiva, i disturbi del sonno, alcuni disturbi psichici, la cosiddetta epilessia diencefalica, il diabete mellito diencefalico e la glicosuria diencefalica, le alterazioni del ricambio dei grassi e altre manifestazioni minori come, per es., disturbi della regolazione termica e della vasomotilità nonchè alcune sindromi per le quali è discussa l'origine diencefalica, come l'ulcera gastroduodenale e alcune sindromi basedowoidi. Al secondo gruppo appartengono l'acromegalia e secondo alcuni autori, il morbo di Cushing, con altre manifestazioni. Al terzo gruppo appartengono la malattia di Simmonds, la distrofia adiposo-genitale, forse l'oliguria essenziale, ecc.

Modificazione del carattere, apatia, stati depressivi, alternati a periodi di espansività, depressione della emotività, possono accompagnare le sindromi diencefaliche post-traumatiche come pure le ipersonnie, le insonnie, o le iposonnies, le inversioni del ritmo del sonno, le parasonnie, tra le quali è da ricordare la perdita affettiva del tono muscolare per la paura o per il riso che può essere causa di infortuni, per non dire delle altre come la cataplessia del risveglio, la narcolessia ecc.

L'epilessia diencefalica si distingue per l'associazione con altre manifestazioni di lesione di questa sede.

Il diabete insipido si distingue dalla

polidipsia primitiva per il diverso comportamento della prova della sete.

Molte volte nella etiologia del diabete insipido troviamo un trauma encefalico. In una statistica di Lux, riportata dal Ciampolini, su 37 casi, 26 erano riferiti a traumi del cranio.

Nella letteratura non mancano casi, come quello di Pozzi, di sindrome adiposo-genitale consecutiva a traumi cranici e neppure mancano forme acromegaliche insorte dopo un trauma cranico. Persuasivo è il caso di Rolandi Ricci, riportato dal Ciampolini. Un giovane artigiere cadde da cavallo battendo violentemente il capo al suolo ed ebbe segni di grave commozione cerebrale. A 4 giorni dalla caduta si notò poliuria e polipsia. Due mesi dopo i piedi e poi le mani erano aumentati di volume fino ad aversi in seguito una completa sintomatologia acromegalica.

Esistono pure nella letteratura casi di morbo di Cushing traumatico nei quali le manifestazioni si ebbero ad una certa distanza dal trauma.

E' noto come le lesioni di varie parti del sistema nervoso possano essere seguite da glicosuria. Classico è l'esperimento di Claude Bernard, con la stimolazione meccanica del pavimento del quarto ventricolo, ed altri ne esistono nei quali si ottenne lo stesso effetto da una lesione del verme del cervelletto, dei talami ottici, dei peduncoli cerebrali ecc.

Ma le alterazioni del ricambio degli idrati di carbonio nei traumi cranici sono da interpretarsi come semplici glicosurie o come dei veri diabete? Già è difficile, al di fuori dell'azione del trauma, distinguere alcune volte le due forme per la ragione che i fattori del metabolismo sono molto complessi e l'alterazione di una delle funzioni necessarie perchè esso si espliciti basta a provocare il disturbo.

Per Zoia è bene chiamare diabete mellito solo la classica forma di glicosu-

ria iperglicemica da lesione insulare con la classica sintomatologia completa o incompleta che sia, dovendosi intendere per diabete mellito « una malattia dovuta alla deficienza di azione del prodotto della secrezione interna delle isole di Langerhans caratterizzata da glicosuria e iperglicemia, continue o alimentari, con tendenza alla chetonemia ».

L'essenza del diabete è ancora così oscura e le correlazioni endocrino-vegetative sono così poco note che non è possibile rispondere con sicurezza a questa domanda.

Vi sono certamente delle glicosurie ipofisarie le quali hanno il carattere di risentire poco l'azione degli alimenti zuccherini o dell'insulina e di mantenersi in misura modesta; ma fin dove la regolazione diencefalo-ipofisaria del metabolismo dei carboidrati porta la sua azione? Per molti Autori le alterazioni di glandole a secrezione interna riscontrate in molti diabetici sono elementi patogenetici essenziali della malattia, e per Falta l'equilibrio glicemico deve essere considerato come una risultante di varie azioni endocrine.

Per l'etiopatogenesi del diabete vi sono delle statistiche in cui il trauma cranico figurerebbe nel 50 % dei casi. Labbè non è partigiano del diabete traumatico e molti Autori la pensano allo stesso modo ma non mancano quelli che lo ammettono e secondo Kretschmer perchè una forma diabetica possa essere giudicata come dovuta ad un trauma del cranio occorre che il trauma sia stato grave ed il diabete sia insulino resistente: fenomeno clinico questo di gran valore.

Sotto il nome di sindrome commozionale tardiva si designa un quadro morboso che sorge a distanza varia da un traumatismo cranico in linea di massima non superiore ai 2 anni, dopo un periodo di latenza nel quale l'infortunato può presentarsi in buone condizioni di

salute. Esso per lo più insorge dopo traumi che hanno dovuto raggiungere una entità sufficiente ma non tale da determinare rotture della scatola cranica, quindi, in apparenza, di una modesta gravità. Le cefalee esistono nel 95 % dei casi, secondo Bremer, le quali possono essere accompagnate da insonnia e deperimento.

Fanno parte ancora della sindrome: obnubilamenti del sensorio nei cambiamenti della posizione del capo, abbagliamenti visivi, irritabilità nervosa, iperestesia cutanea, visiva, uditiva, disturbi della memoria ecc. Secondo Bremer nel 70 % dei casi si avrebbe ipertensione retinica manifesta. L'esame delle pupille non dà risultato importante. Vi possono figurare pure paresi dei muscoli oculari con scosse nistagmiche e reazioni vasomotorie della faccia che però sono più espressione di lesioni localizzate che di commozione.

La sindrome commozionale tardiva dopo una apparente guarigione può presentare ricadute pericolose (di Prisco).

Tra le conseguenze tardive, oltre che tra le precoci, dobbiamo ricordare pure i disturbi sensoriali uditivi, visivi ecc., come emianopsie, diminuzione di vista, cecità per lesioni occipitali o chiasmatiche. Una cicatrice da ematoma o una frattura della base per esempio possono offendere tardivamente il chiasma.

La questione dei rapporti fra traumi cranici e tumori cerebrali è molto discussa. Cornil, che si è molto occupato di questo argomento, dice che i casi nettamente dimostrativi sono estremamente rari, e cita i casi di tumori meningei (casi di Keen, Reicke ecc.) in cui i tumori si svilupparono a contatto del punto lesso. Ma si tratta di casi eccezionali in confronto del numero dei tumori cerebrali osservati.

Per quanto riguarda la sifilide cerebrale da trauma Urechia e Mihalescu

dopo averne descritti tre casi e avere invocato la creazione da parte del trauma di un *locus minoris resistentiae* concludono che essa è molto rara e molto discutibile. Capgras e Brian hanno riportato tre osservazioni di demenza sifilitica di cui uno dopo quattro mesi dal trauma. Il Crouzon riferì due casi in cui la paralisi progressiva sembrava che fosse stata favorita dal trauma. Nella letteratura numerosi sono questi casi e per essi potrebbe invocarsi una azione favorevole del trauma alla localizzazione cerebrale di una infezione luetica preesistente o una azione rivelatrice o di accelerazione di lesioni che si andavano costituendo.

Sulle malattie mentali l'azione del trauma non può essere negata se noi consideriamo, per certi casi, le lesioni organiche cui esso da solo può dar luogo, e, in altri casi, la sua innegabile azione rivelatrice o risvegliatrice di latenze che nessuno potrebbe dire se e quando sarebbero passate in atto.

Benon ha descritto dei casi di demenza precoce in rapporto a traumi del capo e vi insiste convinto dell'esistenza del rapporto.

Non sono neppure da negare i rapporti del trauma con altre malattie mentali come la paranoia, la psicosi di Korsakoff ecc. Christian ha riunito 100 casi di alienazione mentale consecutiva a trauma, e dal punto di vista del tempo trascorso fra l'accidente e la comparsa della malattia ne ha osservati 54 da uno a cinque anni dopo; 29 da cinque a dieci anni dopo; undici da dieci a venti anni; sette da venti a trenta anni; sette più di trent'anni dopo. Egli conclude però ammettendo che non esiste una demenza traumatica e che il trauma agisce ledendo il cervello e mettendo in atto predisposizioni latenti o creando un *locus minoris resistentiae*. Come si vede egli se anche nega la demenza traumatica

non può fare a meno di riconoscere sotto altri aspetti l'azione del trauma.

Dopo questa rapida e frammentaria rassegna delle possibilità morbose che porta in sé un cranio traumatizzato, da me fatta non allo scopo di approfondire lo studio del problema dal punto di vista clinico o etiopatogenetico o medico-legale, ma allo scopo in principio espresso di una segnalazione o meglio di una prospettiva di base per la valutazione del rischio che un cranio-leso presenta in assicurazione vita, possiamo ora dare uno sguardo d'insieme al quesito che in questi casi si presenta.

Non è sempre facile decidere se in un singolo caso una delle manifestazioni descritte sia o no conseguenza del trauma, ma noi dobbiamo ammettere che, in linea di massima, e fatta eccezione per qualcuna, esse esistono come possibilità morbose ed è necessario che ne teniamo conto per non considerare il cranio-leso guarito e non affetto da alcun apparente disturbo nervoso come un rischio normale.

Un giudizio ancora più cauto dovrà essere emesso per i trapanati sia per il rischio che importa una perdita di protezione ossea da parte del cervello, tenuto anche conto della professione o mestiere dell'assicurato, e sia per le conseguenze che più facilmente potranno presentarsi.

Vilaret e Bailly da uno studio di 500 casi di cranio-traumatizzati riveduti a distanza di tempo concludono che il pronostico deve essere molto riservato sia per le invalidità che potranno presentarsi e sia per la facile mortalità. Lecene e Leriche, la cui competenza è fuori discussione, dall'osservazione di una numerosa casistica personale concludono nello stesso senso.

Pure essendo possibile la manifestazione imprevista di conseguenze gravi a distanza anche di vari anni, mi pare che,

in linea di massima, il medico delle assicurazioni vita debba procedere colla massima cautela per i primi due anni dal trauma. Tanto vale per il rischio di morte. Per il rischio di invalidità invece occorre essere ancora più prudenti per un periodo che potrebbe essere approssimativamente fissato almeno a quattro anni, sempre che l'assicurato non presenti alcuna turba neuropsichica. Ancora più cauti si sarà nei casi in cui tali turbe esistessero. Le tare neuropsichiche ereditarie saranno tenute in un conto ancora maggiore come pure le infezioni luetiche per l'azione sopra accennata risvegliante o predisponente del trauma.

Soprattutto per il rischio di invalidità — che a mio parere dovrebbe essere negato in ogni caso per il primo anno, come per il primo semestre dovrebbe essere tenuta sospesa l'accettazione del rischio di morte, a voler essere abbastanza ottimisti — occorre che ci serviamo di tutti i segni e di tutti i mezzi di accertamento che la semeiologia mette a nostra disposizione, prima di emettere un giudizio: così cercheremo di supplire alla mancanza di dati sullo stato soggettivo che non molto di rado vengono a mancare in assicurazione vita. Tanto più che proprio in questo primo periodo l'infortunato è portato ad entrare in assicurazione per il sorgere di quei momenti psicologici coscienti o subcoscienti, sui quali tanto insiste il Romanelli. Molte volte infatti l'individuo è avvinto e soggiogato dal senso della previdenza o per un pericolo corso che gli ha fatto balenare nella mente l'« al di là » terreno dei suoi cari o per una specie di presentimento che pare venga da varie sensazioni imprecisate e imprecisabili che nel subcosciente vengono registrate senza che possano evolversi in percezione perchè non giungono al cosciente. Somigliano queste sensazioni, *mutatis mutandis*, a quelle del sogno nel quale

siamo avvertiti per esempio di un ascesso in una gamba di cui al risveglio non esiste alcuna traccia, ma che dopo due o tre giorni comincia a manifestarsi realmente: il subcosciente aveva potuto raccogliere le sensazioni svegliate dall'inizio del male prima ancora che potessero affiorare al cosciente.

Mi sbrigherò ora dei postumi dei traumi cranici in poche parole per soffermarmi brevemente in ultimo sulla ricerca di alcune note semeiologiche nei cranio-traumatizzati.

E' chiaro che una monoplegia post-traumatica non debba avere la stessa prognosi, ad esempio, di una monoplegia crurale da trombosi della cerebrale anteriore per arteriosclerosi in quanto quella è espressione di una lesione cerebrale da trauma che se può presentare aggravamenti consecutivi non li può presentare con la stessa facilità con la quale un apoplettico o un trombotico va soggetto a ricadute.

Sarebbe lungo e fuori dello scopo prefissomi passare in rassegna e valutare tutti i postumi dei traumatismi del cranio che invece hanno bisogno di uno studio analitico ed individuale, e solo da un punto di vista generale si può affermare che, pur dovendone tenere il dovuto conto sia come lesioni in sè e sia come spie ed elementi di sospetto di ulteriori aggravamenti, possono essere considerati con una prognosi meno grave di quella che comportano alterazioni del genere ma di altra natura.

L'interrogatorio dell'assicurando sarà prolungato e rivolto a scoprire se vi siano lacune della memoria, disturbi della attenzione, disturbi del linguaggio, lentezza nelle risposte come negli stati melanconici, deviazioni della logica. Durante l'interrogatorio si studierà pure lo atteggiamento mimico del soggetto e si indagherà sulle circostanze in cui avvenne il trauma, sulle conseguenze deri-

vate, se vi fu perdita della coscienza, se vi fu intervento chirurgico e di quale genere e per quale ragione, se vi fu perdita di sangue o di liquor dal naso o dall'orecchio, se vi furono ecchimosi palpebrali e congiuntivali tardive ecc.

Dopo aver fatto denudare il candidato si esaminerà la motilità degli arti e la forza che essi conservano, badando che vi sono piccole deficienze che sfuggono ad un esame superficiale, nonchè del tronco, della testa, degli occhi, della lingua. Si ricercheranno eventuali disturbi della coordinazione dei movimenti, dell'andatura e dell'equilibrio. Si studieranno la sensibilità e i riflessi.

Come postumi di una commozione cerebrale si potranno trovare una areflessibilità tendinea generalizzata o una ipereccitabilità muscolare, e talvolta si potrà osservare un rallentamento del polso nei movimenti di flessione in avanti del tronco e della testa.

Una particolare attenzione sarà rivolta all'esame dell'occhio. Una reazione pupillare lenta ed ineguale deve far pensare a lesioni che si stanno svolgendo nell'encefalo ed hanno una prognosi non buona.

Il Boveri ha trovato nei postumi dei traumi cranici una diminuzione del campo visivo particolarmente nella zona visiva superiore. L'esame del fondo dell'occhio, naturalmente, non sarà trascurato.

Nei postumi di traumatismi cranici si riscontrano relativamente spesso alterazioni pressorie del liquor con sfiancamenti ventricolari e alterazioni circolatorie cerebrali di cui l'occhio costituisce lo specchio. Ora se una ventricolografia o una puntura lombare non sono possibili in assicurazione vita ci potremo ben servire di un esame oculare completo.

Ho già messo in evidenza l'importanza dei piccoli segni in assenza dei quali

si potrà emettere un giudizio prognostico meno riservato.

Lo studio dei vasi retinici ha destato in questi ultimi tempi un interesse grandissimo essendo essi, dal punto di vista embriologico, anatomico e funzionale, analoghi, se non identici, ai vasi cerebrali.

Non sempre si può avere a disposizione una papilla da stasi ben netta per una diagnosi di ipertensione endocranica. Essa mancherebbe nei tumori cerebrali nel 50 per cento dei casi secondo Billiard. D'altra parte quando si voglia o si possa ricorrere alla determinazione della pressione del liquor si possono ottenere cifre normali pur essendo la pressione aumentata. In tali casi solo la puntura ventricolare o sottoccipitale potrebbe dare ragguagli utili. In tutti questi casi, come negli altri, noi abbiamo a disposizione un mezzo di facile maneggio nelle mani dello specialista cioè la misura della pressione dei vasi retinici.

Bailliard stabilì che l'aumento della pressione retinica con pressione generale normale è, salvo eccezioni, segno sicuro di ipertensione intracranica e precede la papilla da stasi (Orzalesi-Cassuto). Applicato al nostro caso lo studio della pressione retinica può fornirci, come ho detto in principio, un dato oggettivo di disturbi soggettivi e ci può essere prezioso.

Per finire, a carico dell'orecchio po-

tremo trovare una dilatazione dei vascellini della membrana del timpano e un restringimento del campo uditivo soprattutto per i suoni elevati.

BIBLIOGRAFIA

- BEGOUIN, *Chirurgia*.
- CIAMPOLINI, *Il trauma nella etiogenesi delle malattie*.
- CIAMPOLINI, *Il trauma nei rapporti con la legge*.
- CROUZON, *Le malattie nervose*, ecc. Monde Médicale, 1930.
- DI PRISCO, *Sindrome commozionale*, ecc. Folia Medica, 1933.
- DUPLEY e RECLUS, *Chirurgia*.
- EULENBURG, *Diagnostica medica*.
- FARAONE, *Giornale di medicina militare*, 1938.
- INTRONA, *Policlinico*, sez. med., 1938.
- LUNEDI, *Manuale di medicina interna*, diretto da CECCONI.
- ORZALESI e CASSUTO, *La Tonoscopia retinica*.
- PILOTTI, *Atti del Comitato Medico Consultivo*, I. N. A., 1937.
- ROMANELLI, *Guida per il Medico delle A. V.*
- RIZZATTI, *Conseguenze dei traumi cranici*.
- ROSSI, *Cervello*, 1932.
- TANZI, *Malattie mentali*.
- UFFREDUZZI, *Chirurgia*.
- VILLARET e BAILLY, *Presse Médicale*, 1927.
- WULSTEIN, *Chirurgia*.

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.

Le iperazotemie extrarenali in medicina assicurativa

per il Dott. CLEMENTE PEGORARO

L'accumulo delle scorie azotate nel sangue è determinato nella maggioranza dei casi da uno stato di insufficienza renale, anzi ne è un segno tra i più preziosi che ci può indicare anche la misura dell'entità dell'insufficienza renale.

Tuttavia esso non è un segno univoco; non si può identificare nemmeno in questo caso un reperto di laboratorio isolato, con una diagnosi. Se è vero che il più delle volte l'esistenza di uno stato di iperazotemia in un soggetto è legato a uno stato di insufficienza renale, è pur anche vero che ci sono numerose altre condizioni fisiologiche e patologiche che possono determinare un accumulo di vario grado delle scorie azotate nel sangue, indipendentemente dalle condizioni renali, e anche a rene integro.

Esistono cioè, e vengono concordemente riconosciute, le così dette iperazotemie extrarenali.

Tale concetto va tenuto sempre presente non solo ai fini della diagnosi prima di ammettere o meno uno stato di insufficienza renale, ma anche nella valutazione prognostica in quanto essa potrà essere molto diversa se potremo stabilire che parte dell'iperazotemia non è condizionata dallo stato renale, ma da altri fattori, quali verranno esposti in seguito. Tuttavia non è infrequente in pratica il veder dimenticata tale distinzione e il veder confuso il termine di iperazotemia con quello di insufficienza renale o di uremia, tanto che da molti AA. specie in Francia e nei paesi Scan-

dinavi anche del tutto recentemente, si usa indifferentemente l'un termine e l'altro, identificando così due stati morbosi che invece devono essere nettamente distinti.

Nel campo della Medicina Assicurativa, la ricerca dell'azoto nel sangue per i suoi requisiti di importanza e di facilità di esecuzione, ha una grande applicazione: in tutti i casi in cui o per l'esame delle urine o per altri reperti obiettivi si sospetta un certo stato di sofferenza renale, si procede al dosaggio dell'urea ematica, e quando questa risulta aumentata rispetto al normale, i soggetti vengono in genere rifiutati. Ne deriva di conseguenza l'importanza che assume in questo campo la valutazione non solo del grado dell'azotemia ma anche dell'origine di essa: il poter stabilire che una data iperazotemia è in tutto o anche in parte, indipendente dal rene, e conseguenza invece di altre condizioni particolari fisiologiche e patologiche può far cambiare molto il prognostico anche a distanza, di un determinato soggetto in esame, e può far accettare magari con determinato soprapremio, individui che invece, senza questa precisazione, avrebbero dovuto essere rifiutati.

Occorre quindi conoscere e tener presenti tutte quelle contingenze extrarenali che sono causa di iperazotemia, e che ora verrò esponendo brevemente, soffermandomi specie solo su quelle che possono intervenire nel campo dell'Assicurazione Vita.

Cominciamo da alcune cognizioni di ordine generale.

Col termine di azoto incoagulabile (o residuo, N. I.) si comprende l'azoto che resta nel siero dopo tolte le sostanze proteiche, e che è rappresentato essenzialmente dall'azoto dell'urea, degli aminoacidi, della creatinina e dell'indacano in proporzione decrescente nell'ordine in cui li abbiamo indicati. La titolazione dell'N. I. è adottata come metodo di elezione specialmente nelle cliniche tedesche quale indizio dell'accumulo azotato da insufficienza renale, e in realtà ne rappresenta l'esponente più completo.

Però, questa determinazione, per quanto semplice, è delicata e richiede un certo dispendio di tempo: per tale motivo in pratica e in quasi tutte le cliniche, compresa quella di Volhard, si ricorre più frequentemente alla titolazione dell'azoto così detto ureico che rappresenta la frazione di gran lunga più rilevante dell'azoto incoagulabile (50-60% dell'N. I. nel normale, 80-90 % nell'insufficienza renale). Tale dosaggio viene eseguito comunemente col metodo all'ipobromito di sodio che è semplice e rapido, ma non esente in via teorica da critiche, dato che notoriamente quel reattivo libera insieme all'azoto ureico piccole frazioni azotate di altri composti: in pratica, quando non si voglia ricorrere ad altri più esatti metodi di determinazione dell'urea (xantidrol-ureasi), ciò che non è realmente necessario per l'uso clinico, si può servirsi benissimo del metodo dell'ipobromito (ed in tal caso si dovrebbe più propriamente indicarne i risultati, come fa notare Volterra, parlando di un « azoto ipobromitico » e non di « azoto ureico »).

Con i comuni ureometri in commercio (Hambar-Hallion) si hanno valori dell'urea ipobromitica che oscillano nel normale tra gr. 0.25 ‰ e grammi 0.40 o al massimo gr. 0.50 ‰ e in condizioni

patologiche possono giungere fino a cifre di 1-3 ‰ e talora sino a 6-7 grammi ed oltre.

Piccole variazioni fisiologiche si possono avere per varie condizioni, cioè in rapporto al sesso, all'alimentazione, alla età, alla fatica, ecc. Così, per quanto riguarda il sesso, Mackay-Eaton e Lockard-Mackay, in soggetti di sesso maschile hanno osservato una media di 0.33 ‰, mentre in soggetti di sesso femminile hanno osservato una media di 0.24 ‰. Riguardo all'alimentazione, Folin e Berglund notarono che dopo il pasto, e tanto maggiormente quanto più esso era carico e ricco di sostanze proteiche, si aveva un aumento dell'azotemia che raggiungeva il suo massimo in 1-6 ore, dipendendo tale tempo dalla qualità dell'alimentazione.

Anche la fatica, per l'aumento della concentrazione ematica che produce, o per la maggiore disintegrazione proteica, può dare una elevazione dell'azotemia: Rakestrow ha visto dopo esercizi muscolari violenti e prolungati un aumento dell'azotemia, e Rizzo in ricerche su soldati sottoposti a sforzi prolungati, ha trovato un valore medio di azotemia di 0.33 ‰ superiore a quello osservato in soggetti a riposo.

Riguardo all'età è stato visto che l'azotemia cresce col crescere di quella, e tale aumento è modico nelle prime tre decadi della vita mentre più netta è l'elevazione a partire dai 30 anni.

Per quanto riguarda le condizioni patologiche è ormai classica la nozione che nelle nefropatie si hanno spesso aumenti più o meno cospicui dell'azotemia in rapporto con lo stato di insufficienza renale. Non che esista un parallelismo perfetto tra accumulo azotato e insufficienza renale, dato che anche con un potere di concentrazione del rene assai ridotto, esistono, sia da parte del rene che di altri organi, meccanismi di compenso ca-

pacì di impedire l'aumento delle scorie azotate o meglio un aumento rilevabile col solo dosaggio del N I, comunque, nei casi di insufficienza renale, il valore della ritenzione azotata è innegabile sia per una valutazione diagnostica che prognostica.

La scuola francese che ama gli schematismi ha formulato la cosiddetta « Legge del Widal », secondo la quale se il tasso di urea nel sangue è 0.50-1 ‰ la prognosi è seria, si ha perciò un grido di allarme che però è ancora compatibile con una lunga vita; da 1 a 2 ‰ la sopravvivenza raramente supera un anno; da 2 a 3 ‰ la sopravvivenza oscilla da qualche settimana a qualche mese, al di là di 3 ‰ la sopravvivenza sarà di qualche ora od al più di qualche giorno.

Ora, se questo schema corrisponde quando si tratta di vera uremia, è inesatto se si identifica, come molti fanno, l'uremia con l'iperazotemia, e se si vuole applicarlo anche ad essa.

Inoltre nel dare valore a questi reperti di laboratorio bisogna sempre considerare, ammonisce lo Schupfer, che essi possono venire modificati da qualche complicazione che colpisce l'ammalato. Abbiamo detto che esistono stati di iperazotemia anche notevoli, indipendentemente dalla nefrite; ebbene, se il nefritico cronico sarà colpito da uno di quegli stati morbosi in cui fu notata iperazotemia, e che discuteremo in seguito, potrà la sua azotemia aumentare in modo anche notevole, senza che si possa sempre dedurre da questo alto grado di azotemia la stessa prognosi che si sarebbe fatta se l'azotemia fosse stata in relazione con la sola lesione nefritica. Così pure, se avvenisse una acutizzazione, per esempio infettiva, della nefrite cronica, l'aumento della azotemia non avrebbe lo stesso significato che avrebbe avuto se fosse venuto per semplice progredire della forma cronica, sapendosi che nel

nefritico acuto lo stato iperazotemico è tollerato meglio che nel cronico.

Tutte queste considerazioni che la Clinica ci fornisce, ci ammoniscono quindi ad andare cauti nello schematizzare troppo in base ai dati di laboratorio.

Per quanto riguarda poi il campo di Assicurazione Vita esso è assai più ristretto: in esso non si fa causa di individui nefritici cronici, con iperazotemia alta, che vengono senz'altro scartati, ma si potranno porre in discussione solo quei casi lievi che hanno una modica iperazotemia, o individui non renali. E' convenuto in Assicurazione Vita di accettare solo gli individui albuminurici, in cui l'azotemia non superi i gr. 0.60-0.70 per mille. In questi casi si capisce come ai fini degli interessi delle Società assicuratrici sia importante di stabilire che l'origine dell'azotemia è solamente renale, in caso contrario i criteri di giudizio vanno riveduti nel senso di una maggiore larghezza.

E vediamo ora le cause che possono portare a un'iperazotemia. Da un punto di vista generale della patogenesi, l'aumento dell'azotemia si può ricondurre essenzialmente a due meccanismi patogenetici: 1° eccesso di produzione, sia esogena (da alimentazione) sia endogena (da esagerato metabolismo proteico come nella distruzione dei tessuti da cause tossiche, infettive, fisiche ecc.); 2° difetto di eliminazione, per ritenzione od oliguria. Non è possibile però fare sempre simile discriminazione, e nella maggioranza dei quadri morbosi i due meccanismi patogenetici concorrono sia pure in grado diverso.

La maggior parte quindi, se non tutte le azotemie, sono dal punto di vista patogenetico, forme miste.

Non mi soffermerò sulle cause legate a condizioni gravi o terminali dell'organismo o a forme morbose acute, che elencherò appena; mi soffermerò invece su

quelle cause che possono essere compatibili con un certo stato di benessere oggettivo e soggettivo e quindi compatibili con la qualità di assicurando.

E cominciamo dall'oliguria. L'uomo normale elimina coll'urina una quantità di urea, varia a seconda della dieta più o meno azotata alla quale è sottoposto, ma che si aggira in media sui 25 grammi al giorno. Tale quantità di urea eliminata può diminuire, se diminuisce il potere di concentrazione per questa sostanza nel rene, e se diminuisce la diuresi.

Alcuni AA. ammettono che anche all'infuori di lesioni anatomiche dimostrabili, i reni possono presentare una insufficienza funzionale della concentrazione da alcuni chiamata erroneamente col termine di nefrite funzionale. Si tratterebbe di un disturbo funzionale, il quale come tutti i disturbi funzionali, può essere del tutto transitorio. Sperimentalmente per esempio si vide che in certi ammalati l'applicazione del ghiaccio nella regione renale ne diminuisce il potere di concentrazione, e lo stesso avviene in seguito alla somministrazione di certi medicamenti senza che in tali casi compaiano nelle urine i segni ordinari della sofferenza renale.

Ma anche se il potere di concentrazione dei reni è normale si può arrivare ad una ritenzione di urea, colla diminuzione della diuresi. Si può capire come una diminuzione della diuresi possa senza danno essere tollerata solo fino a che la progressiva concentrazione delle urine sia capace di eliminare tutta l'urea che quel dato soggetto deve eliminare.

Per conseguenza, siccome il limite massimo di concentrazione per un rene normale è del 50 % così si comprende come la quantità media normale di urea (che, come abbiamo detto, è di gr. 25) abbia bisogno di essere diluita in alme-

no mezzo litro di urina. Se la diuresi scende al disotto di tale cifra mentre la produzione dell'urea resta la stessa, una parte dell'urea deve accumularsi nell'organismo, e l'azotemia aumenterà.

Ora questa evenienza, di una diminuzione della diuresi, al disotto di 500 c.c. fino a 300-200 c.c., in condizioni non nefritiche, è abbastanza frequente ad osservarsi. Così ad esempio nei cardiaci scompensati, le turbe circolatorie a livello del rene possono determinare una oliguria notevole, e portare, come hanno dimostrato Josué, Belloir Parturier a un aumento dell'azotemia in genere non di alto grado.

Nei disturbi dell'escrezione urinaria, come si possono avere nei prostatici, nelle ptosi renali, per compressione degli ureteri ecc. si può determinare un'oliguria, anche spiccata fino all'anuria, e si possono in questi casi mettere in evidenza delle azotemie del 2-3 % (Legueu) che possono scomparire col cateterismo e col vuotamento della vescica.

Le grandi perdite di liquido, come si possono verificare ad esempio in seguito a diarree profuse, oppure in seguito a forti sudorazioni, portando ad una disidratazione dell'organismo e a una diminuzione della massa totale del sangue, possono determinare un aumento della azotemia fino all'1 % . Appunto per evitare questo pericolo si suole fare ingerire forti quantità di acqua quando, in seguito a calore estivo esagerato, o alle intense cure sudorifere, ci sia grande perdita di acqua nell'organismo.

Ricordo ancora la c.d. anuria riflessa, che si può avere in gran numero di condizioni, e anche per causa neurogena come nelle emozioni e nell'isteria, e che, con il solito meccanismo, può portare ad un aumento dell'azotemia.

Ora, tutte queste evenienze non sono certo frequenti nella pratica dell'Assicurazione Vita, in quanto questa branca

di Medicina non ha occasione di prendere in considerazione cardiopatici scompensati, o anurici da banali lesioni urinarie gravi. Ma non sarà però eccezionale osservare delle ptosi renali che al momento dell'esame possono avere oliguria, all'infuori di sintomatologie obiettive, oppure individui che prima dell'esame abbiano fatto forti sudorazioni, e che siano quindi portatori di un'azotemia superiore alla normale.

Ma vi è un altro tipo di oliguria che, credo, debba essere più frequente ad incontrarsi, ed è quella che J. Cottet chiama col nome di « oliguria abituale fisiologica ». Essa si presenta in individui che per cause varie (mancanza dello stimolo della sete, repulsione verso i liquidi per timore di disturbi gastrici, o per dimagrire, o per non ingrassare), non immettono nell'organismo la quantità di acqua necessaria e privano così il rene di quell'apporto idrico che è ad esso indispensabile per compiere regolarmente la sua funzione.

A causa dell'oliguria, i reni, pur concentrando l'urea al massimo non possono eliminare neppure la quantità di urea che si produce normalmente, e si ha così una iperazotemia, che però non è notevole mantenendosi in genere tra i gr. 0,45 e i gr. 0,80 ‰.

Va poi notato che in alcuni di questi casi gli individui per tenere una dieta non ingrassante limitano l'introduzione dei grassi e degli idrati di carbonio, mentre aumentano invece l'introduzione delle sostanze azotate; per di più questi individui prendono molte volte a scopo dimagrante dei medicamenti vari (per es. l'alfadinitrofenolo, che ha avuto un periodo di diffusione larghissima e in parte l'ha tuttora).

Quindi in questi soggetti si ha oliguria, dipendente dalla scarsa introduzione di liquidi, e questo come abbiamo detto può portare ad un aumento dell'azoto

ematico: si può avere un eccesso di alimentazione azotata, e anche questo insieme ad una notevole azoturia può portare ad un aumento dell'azotemia; si può avere la assunzione di medicamenti i quali, particolarmente nel caso dell'alfadinitrofenolo, sono in grado di determinare anch'essi una modica iperazotemia, con meccanismi vari: infatti tali sostanze hanno una forte azione accelerante sul metabolismo, accentuano quindi la distruzione delle proteine dell'organismo, possono dare anche febbre ed hanno una azione tossica che può causare gradi di anemia abbastanza notevoli, possono provocare albuminuria.

Ora individui che si trovino in queste condizioni di vita e di regime, hanno, come si è visto, varie cause che contribuiscono a determinare un accumulo di sostanze azotate nel sangue, accumulo che permarrà fintanto che permangono queste condizioni, ma che non è affatto legato alle condizioni del rene.

Le condizioni soggettive ed obiettive di questi soggetti non sono in genere affatto turbate: questi individui possono dichiarare di essere in pieno benessere, ma se incidentalmente presentano una albuminuria, magari una delle banali modiche albuminurie così frequenti nelle donne, o un'albuminuria spuria, o una albuminuria di quel gruppo così numeroso delle cosiddette albuminurie non nefritiche, o extrarenali, verrà eseguito come regolarmente si fa in Medicina Assicurativa il dosaggio dell'urea ematica, e si scoprirà il reperto dell'iperazotemia.

La valutazione di questo reperto, se non si vuole cadere in errore di giudizio, deve essere elaborata colla piena conoscenza e discussione delle cause capaci di determinare iperazotemia, di cui è argomento questo articolo.

Un'altra condizione che può determinare un aumento di azotemia si ha quando alla restrizione o alla perdita dell'ac-

qua, si associa una forte diminuzione degli alimenti, o addirittura il digiuno. Tale evenienza è frequente in patologia umana, e si può verificare nelle stenosi esofagee, nei vomiti ostinati, nelle diarreie gravi ecc., ma sarà eccezionale in medicina assicurativa. Sembrerebbe che in tali condizioni, mancando l'introduzione di sostanze azotate, fosse impossibile un aumento dell'azotemia. Ma così non è, e numerose esperienze sugli animali dimostrano che, in tali circostanze, avviene una patologica distruzione di proteine dell'organismo, d'onde produzione di urea.

Ora, secondo alcuni, sarebbe questa urea che, non potendo essere eliminata attraverso i reni, in causa dell'oliguria, si accumulerebbe nel sangue. Però le cose non sono così semplici e sorgono altre questioni, quale la presenza in questi malati di una contemporanea cloropenia che può essere dovuta sia alla forte perdita di sale che l'organismo subisce col vomito e colla diarrea, sia col fatto che in questi casi si ha talora un aumento del cloro nel liquido cerebrospinale e soprattutto nei tessuti (Castaigne e altri) ossia una cloropenia tissulare, la quale però può presentarsi anche senza che esista vomito, diarrea, ecc. Ora, senza volerci soffermare sulla questione teorica dei rapporti di interdipendenza tra cloropenia e azotemia se cioè l'azotemia sia secondaria alla cloropenia, come meccanismo di difesa a mantenere la normale concentrazione molecolare del sangue, che è abbassata per la perdita del Na Cl., oppure la scomposizione delle proteine e l'iperazotemia sia il fatto primitivo, e secondario sia invece la fissazione del cloro in quei tessuti che sono in via di disintegrazione, allo scopo di favorire il ritorno alla reazione normale dei liquidi dei tessuti stessi, è certo che quando esiste ipocloremia, compaiono delle sindromi iperazo-

temiche che spesso scompaiono con le ipodermoclisi clorurate.

E colla questione della cloropenia si connette anche quella della « malattia od iperazotemia postoperatoria ». Dopo cioè operazioni chirurgiche i malati talora presentano una sindrome iperazotemica legata all'oliguria, alla cloropenia, e al trauma operatorio.

Ma anche questi casi esulano dal campo assicurativo, e quindi credo inutile il soffermarsi.

Molto importanti sono poi le iperazotemie che si hanno in malati con gravi emorragie gastroenteriche: la prima osservazione è del 1934 del Sanguinetti che ritenne la causa dell'iperazotemia risiedesse nell'aumento di distruzione delle proteine tissulari, e specialmente nell'assorbimento di notevoli quantità di sangue accumulato nell'intestino.

La scuola di Schupfer (Canale-Marri) ha poi confermato che in emorragie gravi, di varia origine si possono avere azotemie anche notevoli che Schupfer pensa determinate oltre che dal riassorbimento del sangue a livello del tubo gastrointestinale, anche dai fatti putrefattivi, che dal sangue travasato nel tubo enterico si generano, e che, riassorbiti, possono determinare uno stato tossico dell'organismo e quindi una maggiore distruzione patologica di proteine appartenenti all'organismo stesso, e inoltre dalla cloropenia, sia per i rapporti tra cloropenia e azotemia, sia per il fatto che essa di per sè può far diminuire il potere di concentrazione dei reni, e infine anche dal digiuno di questi malati, che agisce con il meccanismo sopra esposto. Sempre nelle patogenesi di queste iperazotemie da emorragie, lo Schupfer considera ancora lo shock dell'organismo, che aumenta l'azotemia, nonchè lo abbassamento della pressione arteriosa, che diminuirà il lavoro renale e la conseguente eliminazione di urea per l'ori-

na, e infine ricorda il fatto dell'anemia stessa, sapendosi per le esperienze del Pasteur, Valery, Radot e del Meyler che negli animali fortemente salassati si ha un aumento dell'azotemia, anche fino a 2, 3 ‰. Nè si deve dimenticare che nelle gravi anemie post-emorragiche si possono avere alterazioni del fegato, le quali anch'esse influiranno sull'azotemia, sapendosi che i carboidrati hanno una azione protettiva rispetto alla distruzione delle proteine, mentre nelle gravi anemie il fegato è povero o addirittura privo di glicogeno, e non raramente presenta la degenerazione grassa.

Ma i casi di emorragie gravi, gastrointestinali, non sono casi che possono capitare al medico delle assicurazioni, però voglio ricordare che del tutto recentemente (1938) Cain, Cattau e Zarachovitch in uno studio sulle iperazotemie da emorragie, riportano anche vari casi in cui si trattava di semplici epistassi deglutite, epistassi abbondanti, in individui per la maggioranza ipertesi, senza però alcun segno di insufficienza renale, e che portavano un aumento brusco dell'azotemia fino a 2,5 ‰ aumento che durava quattro o cinque giorni, accompagnato da oliguria e da ipercloruremia, e poi cedeva presto.

Ora possono capitare benissimo ad un medico di assicurazione soggetti con una certa ipertensione che presentino un aumento dell'azotemia. Il più delle volte si tratterà naturalmente di renali, e quindi saranno scartati giustamente, ma qualcuno di essi potrà anche essere un iperazotemico occasionale, transitorio, del tipo di quelli che abbiamo ora ricordato, e in questi casi il significato è tutto diverso e questi individui potranno benissimo essere assunti in assicurazione con una aggiunta di soprapremio in rapporto alla loro ipertensione. Se si tengono presenti questi casi si deve interpretare con qualche riserva quanto il

Winterniz affermava al Congresso di Medicina Assicurativa Vita nel 1935 a Londra, « che un iperteso con un'azotemia di 0.50 od oltre rappresenta un rischio assicurativo oltremodo scadente ».

Alterazioni dell'azotemia, che il medico delle assicurazioni deve tener presenti sono poi quelle che si possono osservare nelle malattie epatiche. Lo Schupfer per primo nel 1898 fece notare la iperproduzione di urea e la forte azoturia che si aveva nel diabete associato a cirrosi del fegato, e in seguito altri autori l'hanno notata nel morbo di Hanot, nelle epatiti pigmentarie, in certe coleemie famigliari. In tali casi, se la diuresi si riduce, o se, aumentando ancor più la produzione di urea, la diuresi proporzionalmente non aumenta, o se il potere di concentrazione dei reni diminuisce, l'iperazotemia può raggiungere gradi elevati. Ma anche nelle forme di lieve insufficienza epatica, nelle forme per esempio di fegato grosso alcoolico, il cattivo funzionamento del fegato può dar luogo ad un accumulo nel sangue di aminoacidi, e secondariamente una distruzione patologica delle proteine, aumentando così per questa via l'urea del sangue. Lieve aumento dell'azotemia, quindi, in individui con un certo grado di insufficienza epatica, vanno valutati con un criterio particolare, ben diverso di quello che si usa nei casi di insufficienza renale.

Iperazotemie sono state riscontrate anche in alcuni avvelenamenti e in soggetti sottoposti a determinate cure. Così Lemierre ha potuto riscontrare in soggetti che per lungo tempo avevano fatto cure di preparati arsenobenzolici, valori dell'azotemia assai alti; Truc e Arnal osservarono una rapida ascesa dell'azotemia fino a 1.25 ‰ in seguito ad una cura con sali d'oro.

Dirks e Dilly hanno descritta una rara forma di azotemia da intossicazione provocata da elminti intestinali.

C'è poi una iperazotemia **extrarenale** nelle malattie infettive, specie nelle sepsi, malaria, polmonite, tifo ecc. ma su queste non mi soffermo esulando dal nostro campo.

Anche le iperazotemie che si possono riscontrare in varie malattie nervose esulano dal nostro campo della medicina assicurativa, in quanto si riscontrano solo in malattie acute, specie encefaliti, meningiti, o in emorragie, tumori cerebrali, qualche volta in forme croniche come nell'epilessia, ma solo nella immediata vicinanza dell'attacco: in qualche caso si è avuto anche dopo gravi traumi cranici.

Per continuare l'elenco aggiungerò che si può avere l'aumento della azotemia nelle malattie della nutrizione, dovuto ad una maggiore distruzione delle albumine protoplasmatiche, in alcune emopatie come la leucemia, l'anemia perniciosa e l'ittero emolitico, ma un aumento leggero e cifre alte in tali forme morbose furono trovate solo poco prima della morte, e quindi non sono in relazione colla sola malattia.

Anche nel diabete fu osservata iperazotemia, però non costante nè alta: solo più frequente e più alta quando interviene il coma; ma allora concorrono molti altri fattori a produrla.

Anche le ghiandole surrenali e la tiroide possono influenzare l'azotemia: iperazotemie si sono notate nei mixedematosi e nel morbo di Addison (gr. 1.20)

Iperazotemie anche notevoli furono descritte nelle suppurazioni diffuse, nei gravi congelamenti degli arti, nella cancrena gassosa, nelle ustioni cutanee estese e furono attribuite ad assorbimento dai tessuti necrosati non solo di sostanze proteiche, ma anche di sostanze tossiche che produrrebbero un avvelenamento generale, nel mentre per il trasporto del cloro ematico verso i tessuti si originerebbe una cloropenia sull'importanza

della quale abbiamo già accennato. In molte di queste condizioni però, come fa osservare lo Schupfer, oltre al fatto locale si può e si deve invocare anche uno generale determinato dalla febbre, dalla intossicazione generale, dalla oliguria, nonchè dalle frequenti, concomitanti alterazioni cerebrali, renali ed epatiche.

E termino così questa breve rassegna delle cause extrarenali di iperazotemia. Riassumendo da quanto abbiamo esposto, possiamo affermare che in Clinica sono frequenti le condizioni extrarenali che possono portare un aumento dell'azoto: esse sono, come risulta dal rapido elenco fatto, in gran parte transitorie ed emendabili con opportuno trattamento.

Non va dimenticato poi che esse possono insorgere anche in individui renali, e allora si può anche comprendere come esse possono turbare quell'equilibrio che fino a quel momento si era mantenuto in merito soprattutto alla poliuria compensativa. Ed ecco perchè una malattia intercorrente febbrile, una debolezza di cuore, una marcata oliguria, una emorragia, possono aggiungere all'iperazotemia renale un nuovo elemento che rompe l'equilibrio. In ogni nefritico dobbiamo perciò sempre porre il problema dell'origine della sua azotemia, e del suo aggravarsi, e quindi anche terapeuticamente non agire sempre nello stesso modo. Si sa ad esempio come sia nozione comune di restringere la somministrazione di Na Cl nei nefritici, anche in quelli intestinali. Orbene, se invece ci si può convincere che una parte della loro iperazotemia dipende da cloropenia, la migliore arma per combatterla, sarà appunto l'introduzione di cloruro sodico.

Nel campo della medicina assicurativa, come abbiamo già premesso, le cause extrarenali di iperazotemia non sono frequenti, pur tuttavia esse rivestono una certa importanza per le conseguenze di giudizio che può provocare la loro

presenza. Rimanendo il nostro campo di esame limitato a soggetti con un certo stato, almeno apparente, di salute, non discuteremo le forme acute febbrili, gli stati di insufficienza grave di cuore, le forme nervose, ecc. Rimangono, da un punto di vista pratico, come possibilità più frequenti, gli oligurici per limitata introduzione di liquidi o per disturbi dell'escrezione urinaria, gli intossicati da certi medicamenti, specie dimagranti o da altri che possono portare una diminuzione del potere di concentrazione del rene, gli individui con alimentazione fortemente iperazotata, gli individui che abbiano avute nei giorni precedenti abbondanti emorragie, e i soggetti con un certo stato di insufficienza epatica.

Da questo insieme, abbastanza vario, di possibilità, si può separare subito il gruppo di quelli che pur presentando un aumento dell'azoto ematico, non hanno albuminuria in esami ripetuti. Questo gruppo presenta a priori una certa facilità di giudizio, perchè mancando i segni della sofferenza renale, il dato ematologico verrà messo in causa solamente extrarenale. L'anamnesi indagherà sui precedenti, sulle abitudini del soggetto, e sottoponendo questo a particolari restrizioni e accorgimenti, coll'aumentare cioè l'apporto idrico, o col favorire la escrezione urinaria, o col diminuire l'apporto azotato alimentare, ecc. ecc. a seconda dei casi, si vedrà diminuire e anche tornare alla norma il tasso dell'urea sanguigna.

Rimangono così i casi nei quali l'iperazotemia si associa ad albuminuria. In questi casi il giudizio va più attentamente valutato prima di procedere ad una eliminazione. Anzitutto l'albuminuria non ha un significato univoco: i criteri che regolano la valutazione di essa sono stati esaurientemente studiati ed elaborati dai lavori di Romanelli, di Starna e di Cavaliè, ai quali rimando.

Il giudizio in questi casi è estremamente delicato, e potrà farsi solo con il sussidio di tutte le ricerche atte a stabilire il grado di funzionalità renale. Anche in questo gruppo di soggetti potremo individuare un certo numero in condizioni di essere assunti in assicurazione e sono alcuni di quelli in cui l'albuminuria rientra nelle c. d. albuminurie spurie, è dovuta cioè a sostanze che si sono mescolate alle urine nelle vie urinarie inferiori, e quelli che hanno delle albuminurie c.d. extrarenali o non nefritiche. Se noi potremo sicuramente accertare che l'albuminuria in esame è di questa categoria, l'eventuale iperazotemia dovrà verosimilmente avere una origine extrarenale. Comunque prima di addiventare a questa conclusione bisogna potere individuare la causa. Se questa poi non è legata ad alterazioni organiche gravi, ma solo a transitorie condizioni fisiologiche o di vita, bisogna rimuoverle e vedere se si arriva a una normalizzazione del reperto ematico.

Rimangono infine i veri e propri renali, e in questi l'iperazotemia, anche se può riconoscere in parte una genesi extrarenale, è un elemento che ha tutto il suo peso, e al disopra di certi limiti esclude senz'altro la assunzione del rischio.

Come regola quindi nei criteri da seguirsi in medicina assicurativa, nei casi di aumento dell'azotemia, senza chiare note di insufficienza renale, va indagato sia nell'anamnesi che nell'esame del malato, se vi sono altre cause imputabili di questo reperto, e comunque l'esame va ripetuto varie volte, a distanza di tempo, in nuove condizioni.

Si potrà così molte volte mettere in evidenza la transitorietà di tale iperazotemia, e si potranno eliminare anche le cause. In questo modo avremo permesso un contratto assicurativo a soggetti, che ad un esame sommario sarebbero stati magari rifiutati.

Il rene policistico in Assicurazione Vita

Dott. MARIANO CLAUSI-SCHETTINI

Medico di Direzione dell'I. N. A.

La frequenza del rene policistico è certamente superiore a quella rilevata in base al numero dei casi diagnosticati clinicamente.

Se si confrontano le statistiche cliniche con quelle anatomo-patologiche riesce facile notare come il rene policistico, a causa del suo decorso spesso subdolo o silenzioso, venga non di rado diagnosticato al tavolo anatomico o costituisca un reperto di autopsia in individui morti per altre cause morbose.

Con i progressi della tecnica diagnostica e, soprattutto, con l'applicazione di speciali mezzi di contrasto in radiologia, molti casi oggi vengono diagnosticati in vita, che, tempo fa, sarebbe stato impossibile scoprire e configurare clinicamente.

Il Pignalosa, della Clinica Urologica di Milano, in un suo interessantissimo studio raccoglie, oltre alla sua, una statistica molto utile al nostro scopo. Le notizie si riferiscono per lo più a diagnosi formulate in base a reperti anatomo-patologici o a reperti raccolti nel corso di laparotomie esplorative.

Stromberg e Brin, nel 1925, hanno pubblicato una raccolta di 219 casi così distribuiti: 79 casi dall'età neonatale fino a 20 anni; 46 casi in individui fra 21 e 40 anni e 94 casi in individui fra 41 e 60 anni.

Sebbene noi non abbiamo l'indicazione del numero complessivo del materiale esaminato diviso per gruppi di età,

possiamo rilevare, approssimativamente, un apice di frequenza della malattia nell'età neonatale e un secondo apice, più alto, fra 41 e 60 anni.

Non ci è possibile ricavare alcun dato dalle statistiche delle cause di morte per sesso e per età trattandosi di malattia di diagnosi difficile ed assorbita, come causa di morte, da altre voci, forse le più disparate.

Una prima considerazione ci è lecito fare, che, cioè, vi sono individui, affetti da rene policistico, i quali possono portare la loro malattia allo stato di latenza per lunghissimi anni, ammettendo il concetto della origine congenita della forma morbosa, sul quale mi soffermerò in seguito.

Cairus, in 20 anni, trovò a Londra 79 casi di rene policistico su 389.773 ammalati; Ward raccolse 40 casi di rene policistico su 1400 autopsie. Secondo Linch e Tompson la percentuale degli individui affetti da rene policistico è di 1 su 500. Questa percentuale salirebbe, forse, se vi fossero numerose osservazioni e su larga scala.

Esaminando 15.000 sinistri fra gli Assicurati dell'I.N.A. ho trovato soltanto quattro casi di rene policistico; ma debbo senz'altro pensare che questi dati non corrispondano alla realtà e che molti casi non diagnosticati siano stati attribuiti ad altre cause di morte come nefriti croniche, calcolosi infette, pielonefriti ecc.

Già dalla statistica di Ward, anche se

deve essere accolta con una certa riserva, come tutte le statistiche, possiamo rilevare che la percentuale degli individui affetti da rene policistico è di circa il 2,8 %.

Per il medico che si occupa di assicurazione vita il problema del rene policistico non è senza importanza, non tanto per la frequenza, che non è eccessiva, ma perchè nella diagnosi e nel giudizio prognostico egli incontra notevoli difficoltà.

Il Romanelli al VII Congresso di Medicina Legale e delle Assicurazioni tenutosi in Napoli nel 1937 faceva le seguenti considerazioni: « E' merito dell' I.N.A., avere iniziato in Italia nel 1917 lo studio e l'accettazione dei rischi tarati. Oggi si accettano in assicurazione persone anche fortemente tarate e si continua a studiare la possibilità di accettarne quanto più possibile naturalmente valutandone il rischio. E si tende a rifiutare solamente coloro che sono affetti da malattia acuta in atto o da affezioni tali per cui si ritiene la loro vita debba avere una ulteriore assai breve durata ».

Ora io mi propongo di studiare se sia possibile accogliere in assicurazione vita un individuo affetto da rene policistico e a quali condizioni.

Può darsi che si presenti al medico delle Assicurazioni Vita un candidato che ha nella anamnesi familiare il rene policistico o che dichiara di esserne affetto o che, pure essendone affetto, lo ignori completamente. Si impone allora un doppio problema: prognostico e diagnostico.

Già nel titolo ho voluto limitare l'argomento a quello che può essere per noi interessante.

La etiopatogenesi del rene policistico non ha per noi interesse, neppure dal lato della medicina preventiva, perchè le conoscenze che noi possediamo non ci

danno alcuna arma per prevenire la malattia. Fa eccezione un solo lato della questione e cioè il carattere nettamente ereditario, tanto che alcuni chirurghi americani sono arrivati a proporre la sterilizzazione dei portatori di rene policistico. Si comprenderà quindi come sia indispensabile una valutazione speciale del rischio per gli assicurati che portino nella anamnesi familiare una simile tara.

Sono citati nella letteratura casi in cui la malattia è stata osservata in 4 o più generazioni. Alcune volte una generazione è saltata. Linch e Thompson riportano casi in cui 6 membri di una famiglia erano affetti.

Lo Starna in una raccolta di 3 casi di rene policistico associato a fegato policistico, insieme con gli altri, ne illustra uno in cui un fratello della malata era stato affetto dalla stessa malattia. A tal proposito la letteratura è così eloquente che non vale la pena insistervi. Non è pacifico, invece, che la trasmissione avvenga attraverso le donne come alcuni pretenderebbero.

L'anatomia patologica neppure ci interessa se non per certi aspetti indispensabili alla diagnosi in alcuni casi.

Il rene policistico si presenta più o meno aumentato di volume con una configurazione esterna a grappolo di uva, pur ripetendo sempre la forma del rene normale. Al taglio si presenta invaso da cavità cistiche più o meno grandi ripiene di un liquido albuminoso che può contenere urea ed altri componenti. E', nella massima parte dei casi, bilaterale ma può assumere un decorso evolutivo in un solo rene tanto da sembrare unilaterale.

Sopra 67 casi di Lejars 66 volte l'affezione era bilaterale. Quando la prevalenza è unilaterale quasi sempre è il sinistro colpito.

Alcuni autori hanno voluto tenere di-

stinto il rene policistico congenito da quello acquisito e mentre secondo questo concetto la forma congenita si manifesterebbe già alla nascita con distocia fetale o nei primi mesi o nei primi due o tre anni di esistenza rendendosi incompatibile con la vita, la forma acquisita si manifesterebbe nell'età adulta.

Ma in realtà la distinzione appare artificiosa se si considera che nell'una e nell'altra forma si hanno: lo stesso carattere bilaterale delle lesioni, la stessa predisposizione familiare, le stesse lesioni istologiche, le stesse degenerazioni cistiche concomitanti di altri organi come il fegato, il pancreas, le ovaie, il legamento largo, l'epididimo. Bisogna dunque considerare il rene policistico dell'adulto come manifestazione di una malformazione congenita.

L'inizio dei primi disturbi che richiamano l'attenzione dell'ammalato avviene in media fra i 40-50 anni ma vi sono casi in cui avviene anche al 60° anno e oltre come vi sono dei casi in cui l'inizio avviene nella giovinezza o più precocemente.

Sembrerebbe che le donne vengano colpite più frequentemente degli uomini.

Poichè il rene policistico è spesso accompagnato da altre malformazioni, è buona regola sospettarlo e ricercarlo quando si abbia di fronte un piede torto, una ectopia testicolare, una ipospadia, un infantilismo utero-vaginale, uno scarso sviluppo delle parti genitali esterne ecc. tanto più che nel periodo di latenza della malattia la diagnosi può spesso sfuggire e quando la malattia è in atto non sempre è agevole. Quindi ogni piccolo segno che possa metterci sulla buona via è sempre prezioso. Per quanto riguarda l'anamnesi familiare dell'assicurando, noi terremo gran conto della esistenza del rene policistico nei fratelli e sorelle e negli ascendenti diretti o collaterali. In tali casi la tara eredi-

taria esiste e non è lieve. Si intende che io qui mi riferisco a quegli individui nei quali, all'ingresso in assicurazione, non è possibile scoprire alcun segno di rene policistico in atto. Esamineremo attentamente il fegato e la milza per scoprire eventualmente qualche ingrandimento che per esclusione possa farci pensare ad una tendenza alla degenerazione cistica dei vari organi, esamineremo la tiroide per scoprire eventualmente delle piccole cisti, cercheremo se esistano variazioni del numero delle dita o altre malformazioni sopra dette, esamineremo infine lo stato della ipofisi nella quale è riferito che possono anche sorgere le cisti: segni di sofferenza ipofisaria come deviazioni dalla norma della statura, distrofie e deficienze genitali, infantilismi, ecc.

Quando proprio nessun segno sospetto esistesse e quando per tutto il resto l'individuo fosse sano noi ci troveremo davanti la valutazione della tara ereditaria, pura e semplice.

Per la applicazione di un soprapprezzo noi non possiamo valerci di statistiche che ci riferiscano la frequenza di trasmissione della malattia dai genitori ai figli, ma dobbiamo solo valerci del concetto approssimativo che non tutti i discendenti vengono colpiti e della esperienza acquisita, in base a buon numero di casi ormai esaminati, che l'inizio della malattia, come ho detto, si verifica in media tra i 40 e i 50 anni e anche oltre il 60° anno di età e che può verificarsi, in numero più ridotto, anche in età giovanile.

Jossand ha osservato che su 187 casi la morte è avvenuta tra 10 e 20 anni in due casi; da 20 a 30 anni in 13 casi; da 30 a 40 anni in 26 casi; da 40 a 50 anni in 6 casi; da 50 a 60 anni in 47 casi; da 60 a 70 anni in 17 casi; da 70 a 80 anni in 11 casi; da 80 a 90 anni in 2 casi.

Tutte le volte poi, che noi troviamo associate alla tara ereditaria malattie o disposizioni a malattie che possano far risentire la loro influenza sul rene come angine a ripetizione, foci tonsillari, professioni determinate, obesità, reumatismo cronico, diatesi artritiche in genere in atto o allo stato di tendenza ereditaria, ecc. ecc., ritengo si debba essere molto prudenti e giudicando caso per caso, assumere il rischio con un proporzionato soprapremio.

La sintomatologia del rene policistico è quanto mai vaga, oscura, indeterminata. Solo in un ridotto numero di casi è chiara e consente una agevole diagnosi.

Vi sono casi in cui essa esplode dopo che l'individuo per lunghi anni era stato in perfetto benessere, in modo quasi acuto, con segni rapidamente evolventi di uremia o con coliche renali seguite da ematurie imponenti.

Nel giro di pochi mesi l'ammalato, che prima non aveva avvertito nessun disturbo, può venire a morte o per una quasi improvvisa rottura dell'equilibrio funzionale del rene; o per una complicazione ematurica o settica; o per la rottura nel peritoneo di una cisti o per altre cause.

Dieulafoy, nel suo Manuale di Patologia interna schematizza la sintomatologia del rene policistico in quattro tipi.

In una prima varietà la degenerazione policistica decorre allo stato latente per tutta la vita e l'ammalato muore per tutt'altra causa.

In una seconda varietà è l'ematuria il sintomo dominante, associato o no a dolori renali simulanti una calcolosi che, del resto, può anche essere concomitante.

La scena morbosa può per l'appunto iniziarsi d'emblée con una ematuria imponente. Essa può comportarsi variamente, passando dalle forme lievi, inter-

mittenti, macroscopiche o microscopiche, alle forme gravissime. Può presentare le note della ematuria da tumore: capricciosa, spontanea, irregolare, persistente.

In una terza varietà è il dolore il fenomeno dominante e alcune volte iniziale. Lo stesso Dieulafoy riporta un caso di un uomo di 57 anni che viene ricoverato in Ospedale per dolori a tipo colico che dal fianco sinistro si irradiano al testicolo sinistro e all'ano. Dall'età di 18 anni aveva sofferto di tanto in tanto di queste crisi dolorose che lo obbligavano ad abbandonare il suo lavoro. Il decorso si aggrava, compaiono vomiti e diarrea profusa, con i segni della grande uremia. Le urine contengono solo tracce di albumina. La morte interviene in coma.

All'autopsia si trovano due grossi reni policistici.

In una quarta varietà è la sintomatologia della nefrite cronica con accidenti uremici che domina la scena.

Il decorso di questa forma è caratterizzato o da un rapido svolgersi della sintomatologia uremica o da un lento progredire del male che da uno stato di latenza, attraverso i segni di una nefrite cronica arriva alla fase finale della insufficienza renale, cardiaca o di emorragie imponenti nasali o cerebrali.

Il tumore renale del rene policistico non è apprezzabile che ad un certo stadio della malattia, e anche quando è pronunziato non è sempre possibile rilevarlo con la palpazione, per condizioni speciali del soggetto.

Sono stati trovati nell'intervento operatorio dei reni grossi come una testa di feto a termine di cui all'esame fisico non s'era rilevata la tumefazione, senza contare i casi in cui il tumore è così piccolo da potersi considerare mancante addirittura.

Altri autori distinguono una forma

medica e una forma chirurgica del rene policistico. La forma medica è caratterizzata da una apparenza di nefrite cronica; mentre la forma chirurgica è caratterizzata da complicazioni calcolose, ematuriche, settiche, compressive, ecc.

Secondo recenti pubblicazioni francesi la poliuria è frequente, ma dalla casistica del Pignalosa risulta che sopra 39 casi solo due volte è presente.

Il peso specifico delle urine è basso e varia da 1004 a 1005; sono eccezionali cifre al disopra dei 1015.

La concentrazione dell'urea è bassa, secondo diversi urologi francesi, ma la quantità di urea eliminata nelle 24 ore è normale per l'aumento delle urine.

L'albuminuria è presente nei tre quarti dei casi e varia da tracce indosabili al 3-4-5 ‰. Vi può essere cilindruria.

Gli edemi appaiono di solito in un periodo molto tardivo. Spesso il dolore, anzichè presentarsi a parossismi, è continuo, sordo, gravativo e occorre ricorcarlo nei casi in cui venga taciuto, nei punti renali che la semeiotica ci insegna badando ai piccoli segni di obbiettivazione di esso.

Ai fini della medicina delle Assicurazioni Vita non si raccomanda mai abbastanza di esaminare le regioni renali attentamente (Romanelli), specie in presenza di una albuminuria anche lieve o di un aumento della pressione arteriosa anche appena apprezzabile. Portare anche l'attenzione sulla possibile esistenza di un circolo collaterale addominale, qualche volta descritto nel rene policistico.

L'ipertensione è spesso presente e quando si tratti di individui giovani, deve mettere sull'avviso. Ma secondo la statistica della Clinica Mayo le cifre non sembrerebbero molto alte. Su 190 malati dell'età media di 43 anni la massima è di 145 nel 61 % dei casi e la minima sorpassa i 90 nel 55 % dei casi.

L'esame del fondo dell'occhio nel 43% dei casi diede risultato negativo, nel resto si riscontrò retinite e sclerosi retinica dissociate o associate.

La sclerosi vascolare generale è frequente e secondo alcuni Autori non sarebbe una conseguenza ma un elemento importante nella genesi del rene policistico.

Conseguentemente, se si può dire conseguentemente, essendone ancora discussa l'origine, si ha ipertrofia cardiaca.

Mentre di solito si riscontra in altre contingenze un parallelismo tra l'eliminazione dell'urea e quella della fenolsulfonftaleina, nel rene policistico, mentre si hanno tassi di urea normali nel sangue l'eliminazione della fenolsulfonftaleina è notevolmente diminuita. Si sa che un rene normale elimina nella prima ora, di una determinata quantità di fenolsulfonftaleina iniettata endovena, il 55-75 %.

Il valore dell'urea sanguigna può essere normale, leggermente aumentato o molto aumentato. Strano, ma verificato da Schacht, questi pazienti hanno una grande tolleranza per l'insufficienza renale. Questo Autore vide sopravvivere per molti anni individui che avevano un tasso di urea sanguigna di 1,50 ‰.

Non mi consta che siano state istituite delle ricerche per stabilire il comportamento dell'acido urico e dell'indacano nel sangue. Si sa che queste ricerche hanno assunto per molti Autori un grande valore nello studio della funzionalità renale. Per Kraus la ricerca dell'acido urico ha un valore superiore a quella dell'azotemia escluse s'intende le associazioni con la gotta, i tumori, ecc. e per Volhard un tasso di acido urico di 9-10 mg. per ‰ è di pessimo significato prognostico. La prova va effettuata a dieta apurinica.

Per l'indacano bisogna escludere la

gravidanza, i tumori, le affezioni gastro-intestinali, ecc.

Prima di passare oltre non credo inutile ricordare che vi sono nefriti croniche che decorrono senza aumento della pressione arteriosa e così devono esservi casi di rene policistico, anche in stadio avanzato, in cui l'aumento fa difetto. Gamma interpreta tali casi, escluse l'uremia e la debolezza cardiaca, come uno stato di angioipotonìa, in cui, pur essendo presente il momento neuroendocrino della ipertensione, manca la risposta delle arteriole allo stimolo ipertensivo.

Complicazioni. — Associazioni con degenerazioni cistiche di altri organi, come ho detto, sono possibili. La associazione al fegato policistico si ha nel 19% dei casi secondo Legueu. Ma tra le complicazioni vere dobbiamo considerare la calcolosi; la compressione sulle surrenali con conseguente colorito bronzeo della cute; le compressioni intestinali; le infezioni; le compressioni sui vasi — che ci daranno segni utili per la diagnosi come mazzamenti venosi superficiali, edemi da stasi, varici, varicocele — le ptosi; l'anuria; la rottura delle cisti nel peritoneo; le ematurie imponenti; tutte le complicazioni dell'ipertensione; le idronefrosi da inginocchiamento dell'uretere nelle ptosi; le perinefriti sclerose, ecc. ecc.

Diagnosi. — Dopo quanto ho esposto della sintomatologia potrò essere brevissimo. In presenza di segni di nefrite cronica con tumefazione bilaterale dei reni la diagnosi quasi s'impone. La tumefazione bilaterale dei reni, nei limiti dei fenomeni comuni, ci autorizza a diagnosticare il rene policistico. Nei casi in cui la tumefazione è unilaterale e vi sono i segni di nefrite cronica, la diagnosi è anche relativamente facile.

Sorvolo di proposito sui metodi di osservazione e sulla diagnosi di sede del

tumore ricordando solamente l'ottima monografia del Sacconaghi sulla diagnosi dei tumori addominali. Sorvolo pure di proposito sui mezzi diagnostici radiografici, che saranno dei preziosi e a volte indispensabili sussidi, perchè nel nostro campo assicurativo sarà molto difficile che si possa fare una pielografia ascendente o discendente. Comunque ricordo di sfuggita che si può trovare un bacinetto così detto a T, allungato, ristretto, con direzione parallela, quasi, alla colonna vertebrale.

Sorvolo ancora sulle piccole cisti sierose delle nefriti croniche non accessibili al clinico e sulle grandi cisti ematiche, rarissime, la cui origine è molto discussa.

Per la cisti da echinococco noi chiederemo aiuto alla reazione di Casoni, alla reazione di Ghedini e alla Eosinofilia oltre che alla osservazione di tutti i segni clinici. Per l'idronefrosi, noi ci ricorderemo che la tumefazione ha caratteri uniformi, è molle di solito ed è unilaterale.

Il cateterismo dell'uretere sarà in certi casi indispensabile.

Per la pionefrosi i caratteri dell'urina, la febbre, l'anamnesi, potranno molte volte essere sufficienti, sempre insieme alla valutazione degli altri sintomi. La febbre nel rene policistico non infetto è rarissima.

Nei tumori la tumefazione è dura, il decorso è rapido, la cachessia è precoce. La diagnosi precoce di tumore spetta all'urologo e spesso alla laparotomia esplorativa e non sarà inutile ricordare, in tema di Assicurazione Vita, che un tumore maligno renale, operato precocemente può dare 6-8-22 anni di sopravvivenza.

Per la tbc. renale terremo presente che in questa vi sono i disturbi della vescica, negli intervalli tra i periodi ematurici non vi è albumina nelle urine,

la piuria compare tardivamente. Sorvolando sulle prove biologiche per la tubercolosi e concludo che la diagnosi non sempre è così liscia come potrebbe apparire rispetto a tutte le forme. Un dato di una certa importanza è il contrasto tra lo stato generale buono del malato e il reperto ematochimico e della funzionalità renale. Come ho detto, questi ammalati sopportano bene e per vario tempo una insufficienza renale.

Prognosi. — Mi resta di occuparmi solo della prognosi del rene policistico in atto clinicamente.

L'evoluzione del rene policistico è spesso fatale ma è lenta e, accanto ai casi che vengono scoperti al tavolo anatomico portati qui in tarda età da altre malattie, si trovano quelli a decorso meno benigno o maligno addirittura. Molte volte i malati tirarono per le lunghe come dei calcolosi o dei nefritici cronici. La durata media della vita in questi individui è di 50 anni circa.

Dalla statistica della Clinica Mayo risulta che sopra a 79 casi osservati, dopo l'inizio dei primi segni 22 vennero a morte dopo 2 anni; 11 morirono fra 2 e 4 anni; 44 vissero da 5 a 20 anni; 1 visse 23 anni e 1 36 anni.

Marion ritiene che la vita possa essere lunga e che individui con rene policistico bilaterale possano vivere anche 80 anni.

A mio avviso devono essere prudentemente vagliati i rischi con tare ereditarie o in atto arteriosclerotiche o renali, con tare professionali in atto o in potenza, con ipertensione notevole, con gotta, e con altre manifestazioni che sa-

ranno valutate singolarmente e cumulativamente volta per volta. Saranno rifiutati i casi a decorso rapido con pronunziate note ematochimiche, con frequenti crisi ematuriche, con infezione, con calcolosi e con complicazioni in genere.

Per gli altri casi io credo che in linea generale si possa accettare il rischio, prendendo le cautele appropriate, per durata non superiore a 10 anni che può essere portata a 15 anni in casi speciali che saranno vagliati tenendo conto di tutte le note cliniche e di laboratorio.

Particolare importanza si darà all'esame del fondo oculare. In presenza di alterazioni del fondo oculare il rischio non deve essere accettato. La retinite albuminurica bene sviluppata è foriera di morte a non lunga scadenza.

Poche parole sui nefrectomizzati per rene policistico. Si citano casi di sopravvivenza di 8-10 anni, ma poichè, come ho detto in precedenza la malattia è sempre bilaterale e secondo alcuni l'asportazione di un rene stimola sull'altro l'evoluzione della degenerazione cistica, il rischio è da rifiutare.

BIBLIOGRAFIA

- ROMANELLI, *Guida del Medico delle A. V.*
 ROMANELLI, *L'Assistenza Sanitaria*, 1937 - Roma.
 STARNA, *Sopra alcuni casi di fegato e rene policistico* - « *Riforma Medica* », 1929 - Napoli.
 PIGNALOSA, *Ospedale Maggiore*, 1938 - Milano.
 MARION, *Urologie*.
 DIEULAFOY, *Pathologie interne*.
 NICOLICH, *Urologia*.
 CARLES, *Maladies des reins*.

Indagini di Statistica Medica**Dati diagnostici, prognostici e statistici
sulle aortiti luetiche**

Dott. CIATTI PIETRO

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

Ho ritenuto opportuno pubblicare in questa Rivista questi pochi dati statistici, diagnostici e prognostici sulle aortiti luetiche per l'importanza che queste lesioni, a carico del più grosso vaso dell'organismo, rivestono nella prognosi degli affetti da lue e per la rilevante mortalità che i soggetti colpiti da aortiti di natura specifica presentano fra gli affetti da malattie dell'apparato cardiovascolare.

Ho stimato pure utile che questi dati vengano a conoscenza dei medici di assicurazione vita affinché tali sanitari possano essere messi in guardia, nei luetici, verso questa forma morbosa da cui l'assicurato, anche conoscendo e denunciando il contagio può, nella più perfetta buona fede, non sapere di essere colpito.

Benchè in Italia, fino ad ora, mi risulti che tale rischio venga accettato dagli Enti solo in casi speciali non voglio escludere però che nell'avvenire esso lo possa essere più largamente.

Ho voluto riportare, su questa Rivista, questi pochi dati statistici raccolti, perchè ho ritenuto utile far rilevare sia il progressivo aumento delle morti per aortite luetica da diversi anni fa ad oggi, sia la necessità di un attento esame dell'apparato cardiovascolare nei sifilitici affinché il medico assicuratore possa ben selezionare e valutare il rischio

rappresentato da tale forma morbosa che minacciosamente incombe su tali soggetti.

Ho in ultimo riportato una modesta statistica dei casi di aortite che ho potuto raccogliere fra i sinistri di morte verificatisi fra gli assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni la quale, unitamente a quelle di altri AA., dà una idea della prognosi della malattia e dell'entità della tara del rischio.

E' da rilevare che il progressivo aumento delle morti per tale forma morbosa, verificatosi negli ultimi venti anni, è, oltre che un problema scientifico di molto interesse, una questione di alta importanza per la lotta contro la lue. E' infatti interessante rilevare che, dalle statistiche complessive dei diversi paesi, risulta essere l'aortite luetica aumentata sensibilmente negli ultimi tempi, in particolare dal 1910 in poi, e ciò che è più interessante è che tale affezione è aumentata nella stessa proporzione degli aneurismi dell'aorta.

All'Ospedale della Charité di Berlino, dove in media vengono eseguite 1400 autopsie all'anno, nel periodo 1905-1909, furono riscontrati 25 casi di aortite luetica, nel periodo 1920-1924 270 casi, nel periodo 1925-1929 265 casi.

Da taluni AA. si è voluto mettere tale impressionante aumento in rapporto alla

cura salvarsanica; però a tale opinione si può obiettare che l'incremento della forma morbosa in questione precede l'introduzione in terapia del salvarsan e che il fatto stesso di essere l'aortite una manifestazione luetica tardiva, presentandosi in media a 15 anni dall'inizio dell'infezione, contrasta con l'ipotesi che la suddetta terapia provochi un aumento della frequenza della sifilide vascolare ed un accorciamento del suo tempo di latenza. Di tale opinione è Hift R. che si è occupato in diversi lavori dell'argomento in questione.

E. Leschke pure potè dimostrare, con i casi caduti sotto la sua osservazione, che il trattamento precoce ed intensivo della sifilide non è responsabile dell'aumento dell'aortite inquantochè l'80 % dei suoi soggetti non era stato sottoposto affatto a cure salvarsaniche, il 19 % vi era stato sottoposto tardivamente e scarsamente ed il 39 % era affetto da sifilide ignorata.

Klever, su 382 individui colpiti da affezioni cardiovascolari, trovò 53 casi di aortite luetica tra cui 12 aneurismi.

Per quanto riguarda i sessi Leschke ed altri verificarono un maggior numero di aortiti nel sesso maschile rispetto al femminile (in quest'ultimo sette volte meno frequente che nel primo), mentre la frequenza dell'infezione luetica nei due sessi offre scarse differenze.

Per quanto la reale ragione dell'aumento dell'aortite luetica ci sia ignota si tende tuttora ad attribuire tale fatto al maggiore lavoro che nella vita attiva ed operosa odierna si richiede all'apparato cardiovascolare e la differente proporzione della malattia nei due sessi verrebbe a convalidare quest'ultima opinione. Anche R. Maresch ha potuto riscontrare un aumento dei casi di lue aortica dal 1925 ad oggi con una netta prevalenza dei maschi sulle femmine (2,5 : 1). Questo A. trovò relativamente

frequenti le dilatazioni aortiche, prevalentemente localizzate nella parte ascendente del vaso, gli aneurismi sacciformi ed una frequente compartecipazione al processo morboso delle valvole semilunari dell'aorta (1 : 1,34) con pregiudizio della capacità di chiusura dell'ostio; raramente furono da Lui verificati restringimenti degli osti dei vasi, in particolare delle arterie coronarie, che dall'aorta si dipartono.

Jaffé, in America, ha studiato, con particolare attenzione, il presentarsi della lue aortica nelle diverse razze umane con particolare riguardo alle razze bianche e di colore constatando, su di un materiale di sezione di un grande ospedale con 3300 letti, una frequenza della lue aortica del 10,3 %. Negli uomini di colore tali alterazioni si presentarono tre volte più frequenti che negli uomini bianchi (22,02 % e rispettivamente 7,43 %) mentre per le donne la differenza era meno accentuata.

L'età media della morte per lue aortica era per i negri di 9 anni più bassa che per i bianchi.

Sisto, nel trattato di medicina interna del Ceconi, riferisce che l'aortite luetica si trova con una frequenza che va dal 30 % all'80 % dei casi, mentre nei neonati con sifilide congenita essa è reperibile nel 65 %; nei riguardi del sesso, secondo l'A., la malattia si verificherebbe nell'uomo con frequenza 5 volte maggiore che nella donna.

Ch. Giertsen, su 4000 trattati nell'Ospedale di Bergen, trovò la sifilide nel 10,44 %; in un numero uguale di donne nel 3,40 %. Nella metà circa di questi 562 pazienti la sifilide fu trovata fortuitamente; 230 di questi infetti non presentavano sintomi di sifilide mentre ne presentavano gli altri 332. In 233 di questi 332 malati l'A. constatò un'aortite sifilitica od una lue del sistema nervoso centrale; trovò concomitanza del-

l'interessamento vascolare e nervoso in 49 di questi 283 sifilitici. Nei due campi la malattia ebbe una differente evoluzione mentre in complesso i casi di lue aortica in pazienti con lue cerobrospinale ebbero una evoluzione benigna oppure si presentarono stazionari. Questi soggetti qualche volta accusarono dolori toracici fino a 4-6 anni avanti che insorgesse la dispnea da sforzo. Giertsen consiglia di prendere in molta considerazione le dimensioni del ventricolo sinistro, la pressione arteriosa e l'età e ritiene l'aneurisma dell'aorta ascendente e dell'arco praticamente dovuto alla sifilide. In 17 dei 33 casi di aneurisma osservati esisteva contemporaneamente una insufficienza aortica. L'A. riferisce che in pratica bisogna quasi sempre contare sull'esistenza di una lue aortica negli infetti di oltre 50 anni presentanti una reazione Wassermann positiva e sintomi cardiovascolari.

Chiari riporta di avere riscontrata l'aortite nel 59 % dei luetici, Fahr nel 41 %, Fränkel nel 33 %, Stadler nell'82 %, Massazza e Grossi, in un loro recentissimo lavoro, su 61 sifilitici, poterono clinicamente accertare 5 aortitici (3 uomini e 2 donne), mentre 4 aortiti solamente (tutti uomini) furono da loro diagnosticate con il sussidio di indagini complementari radiografiche ed elettrocardiografiche. In tutto i casi di aortite verificati da questi due ultimi AA. ammontano al 14,7 % del numero totale dei luetici, valore molto inferiore a quello fissato da altri.

Anders Symmers e Wallace dimostrano che il processo luetico si localizza all'aorta nel 60-70 % dei casi salvo a dar segno di se 10 e persino 20 anni dopo l'infezione (Romberg).

Bisogna riconoscere che la bibliografia sull'argomento è vasta mentre purtroppo le conclusioni riferentisi alla frequenza dell'interessamento dell'aorta nei

luetici differiscono molto da autore ad autore (Fränkel 33 %, Stadler 82 %).

Dopo le prime ricerche di Welch, Dohle, Chiari, Benda, ecc., che per i primi ne determinarono l'eziologia, si giunse in seguito con molta facilità a considerare tali lesioni di natura luetica nella quasi totalità dei casi.

Essendo le percentuali degli AA. sopracitati per lo più tratte da reperti autoptici e riferentisi, come rileva Valobra, a luetici giunti al tavolo anatomico per causa della loro malattia, tali statistiche dovrebbero, dico, essere rivedute non riferendosi esse al numero degli individui contagiati in generale.

E' da ritenere che usando i moderni metodi di ricerca, quali la radioscopia, la radiografia e l'elettrocardiografia unitamente alla successiva ricerca clinica ed eventualmente anatomopatologica, tali risultati non sarebbero più tanto discordanti.

Secondo E. Leschke l'intervallo fra l'infezione e la comparsa dell'aortite, escluso il 39 % dei pazienti che ignorava di essere contagiato da lue, era da 6 a 40 anni; in media 22 anni.

Laubry e Walzer ritengono che sia difficile fissare con precisione l'inizio della lesione aortica ed opinano che essa sia relativamente tardiva in rapporto all'epoca del contagio, vale a dire che fra il sifiloma ed il manifestarsi della complicazione vascolare intercorrano in media 15-20-25 anni. Da altri AA. sono state citate, a tal proposito, delle cifre estreme di 30-40 anni per i casi tardivi, di 2-3 anni per i casi precoci.

E. P. Maynard, I. A. Curran, L. T. Rosen, L. Williamson e C. Lingg su 346 casi di sifilide trovarono attaccata l'aorta nel 42 %. Questi autori ebbero lo scopo di determinare precocemente l'inizio della lesione aortica nei soggetti affetti da lue di cui un quarto fu esaminato nel 1° anno consecutivo al sifiloma

mentre una metà nella decade posteriore. Un quarto di questi soggetti osservati durante questa decade presentarono lesioni aortiche la cui data di comparsa si può riportare in media al 20° anno dopo l'inoculazione della spirocheta. Furono rinvenuti i segni della malattia che ci interessa in 8 pazienti (14%) osservati dopo 3 anni dalla contaminazione e di questi uno solo si doleva di turbe soggettive. Fra 21 soggetti esaminati da 4-10 anni dopo il sifiloma sei (28 %) presentarono manifestazioni di aortite e di essi uno aveva un aneurisma, l'altro una insufficienza valvolare. Su 31 soggetti esaminati da 10 a 20 anni dopo il contagio 21 (56 %) presentavano alterazioni cardioaortiche accompagnate da sintomi soggettivi in più della metà dei casi e di scompenso in due pazienti affetti da aneurisma ed insufficienza delle semilunari.

Un gruppo di soggetti esaminati fra 20 e 25 anni dopo la contaminazione presentò nel 78 % lesioni cardioaortiche accompagnate in genere da turbe soggettive e nel 40 % da insufficienza aortica e da aneurisma. Dei 17 soggetti osservati 30 anni dopo il contagio 15 furono riscontrati colpiti da aortite luetica accompagnata in 7 casi da insufficienza, aneurisma e quasi sempre da turbe soggettive.

Lo scompenso cardiaco si produsse nei portatori di aneurisma, di insufficienza aortica e di lesioni coronariche. Nel 10 % dei casi osservati nella decade posteriore al sifiloma si trovarono modificazioni significative nel tracciato elettrocardiografico; nessuna però di esse può essere considerata come patognomonica. In un malato si riscontrò una coronarite due anni dopo il sifiloma e tale diagnosi fu confermata all'autopsia.

Secondo questi dati l'affezione aortica sarebbe più precoce nei leutici di quello che non si creda e se prima sembrava

tardiva ciò era dovuto al fatto che i sintomi obbiettivi non si rilevavano altro che dopo una lunga e silenziosa evoluzione per l'insufficienza di mezzi diagnostici che ci è stata fino a diversi anni fa.

Bruhns, Wiesner, Rebaudi, Biermann, Levy-Fränkell dimostrarono lesioni aortiche di natura specifica in neonati affetti da sifilide congenita; pure in età più avanzata (fra 14 e 20 anni) sono state dimostrate tali lesioni vascolari in eredo luetici.

Per quanto riguarda le lesioni viscerali concomitanti alla aortite luetica possiamo ritenere che le più importanti siano le lesioni sifilitiche del sistema nervoso centrale presentanti un doppio interesse storico e clinico.

I rapporti della aortite cronica e della tabe furono segnalati da Charcot, Wulpian, Bergher e Rosenbach fin dal 1879. Nel 1885 Bouveret vide nella lue l'origine della aortite e della tabe dorsale, affezioni queste che divenivano in tal modo due localizzazioni differenti di uno stesso processo morboso. Ciò fu confermato da Babinsky e da Hetz, che dimostrarono, in 10 tabetici, l'assenza di relazione fra l'estensione delle lesioni aortiche ed il grado di demielinizzazione del plesso cardiaco.

Babinsky e Vaquez dimostrarono poi la frequenza di una sindrome clinica nella quale l'aortite, accompagnata o no da dilazione aneurismatica e da insufficienza aortica, coincideva con le turbe del riflesso fotomotore, ineguaglianza pupillare, abolizione dei riflessi tendinei, linfocitosi nel liquor cerebrospinale.

Risulta pure da statistiche che il 10 % fino al 20 % di tabetici presentano un'aortite clinicamente evidente; al tavolo anatomico però tale proporzione aumenta in modo evidente. Ruger e Huttner verificarono, autopicamente, aortite nell'8,7 % dei casi, Goldscheider su 97 soggetti affetti da aortite potè ri-

scontrare segni di tabe in 20 casi; Arulani trovò aortite nel 58,82 %, Haitz nel 23 %, Guidi nel 75 %, mentre Laroche e Richet al solo esame clinico ebbero la positività nel 60 %.

Negli affetti da paralisi progressiva Kräpelin trovò, all'autopsia, aortite nel 68 %. Straub, su 84 cadaveri di paralitici ebbe una percentuale di aortiti del 92 % nei maschi e del 50-56 % nelle femmine, Guillj del 20,50 %, Einkay del 66 %, Pilez del 31,25 %, Morselli dell'88,26 %, Coppola dell'86,93 %, con il 96,66 % a carico delle donne e dell'85,89 % a carico degli uomini. Langer, nel materiale di sezione dell'Ospe-dale di R. Virchow dell'88 %, Putzy dell'80 %.

Osmann su 350 paralitici progressivi e 75 tabetici trovò aortite nell'80,9 % mentre Chiari, basandosi su osservazioni cliniche, riscontrò segni di lesioni aortica nel 47 %, Laroche e Richet su 46 paralitici progressivi e taboparalitici nel 23,95 %. Morselli rilevò una percentuale di aortite dell'83,33 %, Epifanio dell'80 %.

Coppola, occupandosi in modo particolare dell'eventuale presenza di lesione aortiche nei taboparalitici, in donne affette da tale forma morbosa riscontrò l'interessamento aortico nella proporzione del 100 % mentre negli uomini lo verificò solo nel 75 %.

Laroche e Richet, esclusivamente in taboparalitici, riscontrarono una percentuale di aortiti del 54 %.

Dati semeiologici dell'aortite luetica iniziale. — Fra i sintomi soggettivi hanno un ruolo importante il dolore retrosternale ora a tipo costrittivo ora a tipo stenocardico con irradiazione cervico-brachiale, spontaneo o da sforzo, i dolori vaghi, diffusi e persistenti, la dispnea da sforzo e notturna con senso di costrizione toracica (angor paradispnoi-

co di Galavardin), la tosse, le palpitazioni e i disturbi della sfera cerebrale.

Possiamo rilevare che i segni fisici, per quanto concerne l'ipezione e la palpazione, possono talora essere del tutto assenti; solo saranno evidenti se vi è sopraelevazione dell'arco e se vi sono aneurismi e vizi organici.

Per quanto concerne la percussione dobbiamo prima di tutto far notare che per il fatto che l'ottusità retrosternale è in rapporto oltre che con un aumento del diametro vasale anche con una maggiore o minore aderenza del fascio allo sterno, tale metodo semeiologico può talora trarre in inganno.

Ad ovviare a questo inconveniente può essere adottata la tecnica di Livierato il quale propone di determinare l'ottusità mobile retrosternale, consistente in quella ipofonesi che si fa evidente ponendo il soggetto in esame, seduto, con il tronco in avanti; però questo segno, nei piccoli aumenti di volume, può mancare. Essendo inoltre l'ottusità retrosternale costituita da più elementi anatomici (aorta, arteria-polmonare, cava), pur costituendone l'aorta la parte preponderante, tale fatto infirma parzialmente la precisione della ricerca.

Per quanto riguarda l'ascoltazione dobbiamo riconoscere che specialmente nei periodi iniziali della malattia è necessario che il Medico sappia percepire, per un preciso diagnostico, le più fini alterazioni di timbro e d'intensità di tono anche in vista del fatto che esistono già fisiologicamente differenze individuali spiccatissime. Fra i più importanti segni devono esserne annoverate le modificazioni. Infatti il primo tono, oltre che accentuato, può essere, secondo Hutschard e Potain, anche sdoppiato, dato quest'ultimo che non è però patognomonico della forma luetica. Al primo tono può sostituirsi, in caso di ectasia aortica, totalmente o parzialmente, un soffio,

espressione di una stenosi relativa dell'orifizio aortico. Il secondo tono si presenta con un timbro metallico, reperto questo significativo specialmente quanto non vi sia concomitante ipertensione arteriosa sia permanente sia transitoria e può spesso essere sostituito da un soffio per insufficienza delle semilunari che talora al tavolo anatomico vengono riscontrate sane. Questo fatto, molto discusso, vien dal Valobra attribuito ad una dilatazione funzionale del cercine quando la aorta sovrastante si dilata. Nell'aortite luetica può pure riscontrarsi un ritmo di galoppo, di tipo presistolico, sempre legato ad insufficienza ventricolare di sinistra; sarà possibile ascoltare tale ritmo nelle voluminose ectasie aortiche specie se concomitanti con forte stato ipertensivo. L'ineguaglianza dei polsi, per cui il sinistro può essere meno ampio del destro (dovuto alla localizzazione delle lesioni all'inizio della succlavia sinistra), costituisce pure talora un indizio diagnostico.

A proposito del comportamento della pressione arteriosa nell'aortite sifilitica il Valobra scrive che « l'aortite limitata al vaso e senza altre complicazioni che abbiano influenza sulla pressione, non modifica i valori normali della pressione stessa ». Anzi il Valobra aggiunge che nei casi dubbi una forte pressione è un segno piuttosto negativo per la diagnosi di aortite. Ciò nonostante è necessario ricordare che uno dei fattori eziologici più importanti dell'arteriosclerosi è la sifilide e che il rene nei luetici può essere lesa (nefriti sclero gommose, atrofiche, degenerazioni amiloidee del rene), per cui può verificarsi che queste lesioni renali latenti negli stadi iniziali, possano costituire, per il futuro, una causa potenziale d'insorgenza dell'ipertensione.

Leschke trovò nel 3 % degli aortitici una pressione sotto i 100 mm, nel 47 %

una pressione fino a 130 mm, nel 26 % fino a 150 mm, nel 16 % fino a 180 mm, nel 6 % fino a 200 mm.

Nel caso che sia presente insufficienza delle valvole semilunari aortiche avremo pure una forte pressione differenziale.

Pure l'indice oscillometrico può portare, secondo alcuni AA., un contributo al diagnostico. Esso è dato dal valore misurato dallo spostamento massimo dell'ago sul quadrante graduato dell'oscillometro del Pachon. Tale reperto costituisce però un valore indicativo e non ha altro che un valore comparativo nello stesso soggetto e con lo stesso apparecchio, variando a seconda del territorio in cui tale bracciale viene fissato ed a seconda delle condizioni fisiologiche. Possono pure verificarsi modificazioni oscillometriche in rapporto a variazioni del tono vasale e della elasticità arteriosa.

Massazza e Grossi ritengono l'indice oscillometrico di poca importanza nella diagnosi dell'aortite luetica.

Dati radiologici. — Nell'aortite luetica in genere l'obliquità della direzione del peduncolo è maggiore, mentre il profilo destro s'incurva. Tale curvatura, per la elettiva localizzazione del processo morboso alla parte anulare soprasigmoidea, è maggiore nella parte iniziale; d'altro canto il profilo sinistro forma un semicerchio molto evidente.

Nell'aortite luetica, al contrario che nell'aortite ateromatosa, la lunghezza non si modifica, come pure non si ha sopraelevazione dell'arco.

Per quanto riguarda le dimensioni la loro variazione è poco evidente nello stadio iniziale in cui è per lo più il segmento bulbare che inizia a dilatarsi; in quest'ultimo caso l'arco si fa più pronunciato e non raramente alla scopia ed alla grafia è visibile, in proiezione dorso ventrale, la porzione discendente dell'aorta.

Bisogna far osservare che nella valutazione delle dimensioni è necessario tener conto dei fattori costituzionali, delle abitudini professionali, ecc.

Riporto la tabella pubblicata da Bordet e Vaquez riferentesi ai valori medi normali.

E T A	Diam. tras. cm.	corda arco aort. cm.	Diam. Aor. Asc. cm.
16a - 20a	4 a 5	0 a 2,5	1 a 2
20a - 30a	5	2,5 a 8	2
30a - 40a	5 a 6	2,5 a 3,3	2 a 2,5
40a - 50a	5,5 a 7	2,8 a 3,5	2,5 a 3
50a - 60a	6 a 7	3 a 3,7	2,5 a 3
60a e oltre	6 a 8	3 a 4	3 a 3,5

Quale segno differenziale tra l'aortite ateromatosa e l'aortite luetica si assume anche il carattere dell'uniformità della opacità, che ha un aspetto diverso nella forma ateromatosa in quanto ché in quest'ultima sono visibili zone intensamente oscure e riferentesi a calcificazioni del vaso. Benchè molti fattori concorrano a determinare l'opacità aortica quale lo spessore della parete, la composizione del sangue, la sovrapposizione di ombre, la sorgente luminosa e criteri soggettivi, da questi AA. si da molta importanza a tale carattere nei riguardi dell'aortite luetica specie se tale opacità è aumentata in soggetti giovani in cui l'ateromasia è praticamente inesistente. Laubry ritiene che ciò abbia poca importanza mentre Bordet e Vaquez, di parere contrario, hanno stabilito una scala di opacità permettente di valutare l'intensità del processo aortitico. In seguito a fatti di periaortite concomitanti al processo a carico del vaso i contorni di questo possono presentarsi sfumati sia in proiezione dorso ventrale sia in proiezione obliqua. Tale reperto scom-

pare per lo più dopo una appropriata cura antiluetica.

Elettrocardiogramma. — Benchè i complessi elettrocardiografici poco per se stessi ci siano d'indizio per la diagnosi della malattia, pure una non lieve importanza essi possono avere a questo fine se presi unitamente ad altri dati.

I reperti elettrocardiografici più frequenti nell'aortite sono: il basso voltaggio delle onde; l'allungamento dello spazio P R; l'allungamento del gruppo Q R S; le modificazioni dell'onda R; le modificazioni dell'onda Q; le modificazioni dell'onda T.

Per quanto riguarda il basso voltaggio delle onde ed in particolare della Q R S, dovuta alla diffusione dell'eccitamento alla muscolatura ventricolare, i diversi AA. ritengono in genere tale minore ampiezza in senso verticale delle onde indice d'insufficienza miocardica.

L'allungamento dello spazio P R, più che direttamente, può contribuire indirettamente alla diagnosi di aortite luetica; dico indirettamente inquantochè riconosce spesso la sua origine in localizzazioni specifiche miocardiche, come gomme ed infiltrazioni sclerogommose od a lesioni extracardiache come la periaortite mediastinica per la quale il vago, nervo ad azione dromotropa negativa, può esser interessato. L'allungamento di questo spazio, espressione del tempo che l'onda di eccitazione partente dal nodo del seno impiega per giungere al nodo di Aschoff-Tawara è spesso la prima tappa di una dissociazione atrio-ventricolare, espressione a sua volta di una completa interruzione del fascio di conduzione.

Nelle aortiti può anche trovarsi allargata la base del complesso Q R S che in condizioni patologiche può raggiungere il doppio che nel normale.

Le uncinature di una delle due bran-

che o la bifidità della cuspidi di R indica sempre un disturbo di conduzione dell'onda di eccitamento nelle branche del fascio. In certi casi la branca R appare troncata e presenta la sua porzione superiore seghettata. Questo reperto, che ci rivela un blocco di arborizzazione, è di prognosi particolarmente grave specie quando si accompagna a basso voltaggio in tutte le derivazioni o ad allungamento di Q. R. S. L'onda Q, studiata molto diligentemente da Pardee, che si ritiene determinata anche nel soggetto normale dall'attività della muscolatura del setto, può rivestire particolare importanza quando in D III sia molto accentuata in ampiezza. Il Pardee ha precisato entro quali limiti si debba attribuire valore a queste modificazioni che sono state interpretate quali espressioni di lesione coronarica.

Mi sembra opportuno aggiungere in questa breve rassegna alcuni dati statistici di Lescke riguardanti le complicazioni a cui possono andare soggetti gli individui affetti da aortite, complicazioni che possono avere un ruolo non piccolo nella prognosi di questa affezione.

Questo A. trovò la dilatazione cardiaca nel 65 % dei casi; disturbi circolatori nel 53 %; dispnea nell'83 %; l'asma cardiaco grave nel 48 %; la fibrillazione auricolare nel 32 %; il blocco cardiaco nel 2 %; rigurgito aortico nel 26 %; angina pectoris nel 15 %; sintomi cerebrospinali nel 40 %; tabe nel 9 %; apoplezia nel 6 %.

Hift, in un importante lavoro sul decorso e sulla prognosi dell'aortite, classifica questa affezione in base al reperto obiettivo stabilendo in relazione ad esso anche dei dati prognostici. Egli distingue 6 categorie: 1) mesoaortite semplice senza compromissione valvolare con aorta ortodiagnosticamente larga non oltre i 6 mm.; 2) mesoaortite con insuffi-

cienza aortica; 3) mesoaortite con dilatazione cilindrica diffusa; 4) la precedente con insufficienza aortica; 5) mesoaortite con aneurisma sacciforme; 6) la precedente con vizio valvolare.

Hift conclude dalle sue ricerche che la prognosi può essere diversa a seconda dei disturbi soggettivi e dei dati obiettivi clinici e radiologici. Infatti egli trovò una mortalità del 12,4 % negli aortitici con disturbi neurocircolatori e vasomotori; del 24 % negli aortitici presentanti sindromi anginose; del 35,5 % negli aortitici presentanti insufficienza cardiaca (con durata media della vita maggiore che nei gruppi precedenti); del 43,8 % nei soggetti presentanti sindrome anginosa con insufficienza cardiaca. Dalla casistica dell'A. risulta che i massimi risultati terapeutici si ebbero negli aortitici con sindromi anginose.

Prendendo in considerazione la distinzione da lui fatta a seconda dei dati clinici e radiologici egli trovò: nei gruppi 5 e 6 una buona sopravvivenza con scarsa efficacia delle cure; nel gruppo I mortalità relativamente elevata accanto ad una forte percentuale di successi curativi; nel gruppo 2 una mortalità del 50 % soprattutto a causa dell'insufficienza cardiaca che spesso sopravviene; nel gruppo 4 una prognosi migliore.

D'altra parte Hift non ritiene di dovere dare grande valore alla pressione arteriosa nel giudizio prognostico, mentre ritiene molto sfavorevoli per la prognosi le infezioni reumatiche intercorrenti avendole riscontrate nel 40 % dell'anamnesi dei casi letali.

Girtsen riferisce che l'asma cardiaco può talora e spesso dominare il quadro clinico; lo ritiene in generale un segno di cattivo augurio. Egli fa rilevare che il trattamento specifico delle forme non complicate è capace di modificare l'evoluzione del processo sifilitico in modo tale da ritardare o impedire le com-

plicazioni che tanta parte hanno nella prognosi di questi soggetti. Però il trattamento, come osserva pure Hift, è lungi da essere sempre ben sopportato dipendendone la tolleranza dallo stato del miocardio (non infrequentemente attaccato dalla lue) e dalla presenza o meno di aneurismi o di insufficienza aortica.

Sisto ritiene che la durata media della malattia ammonti a circa due anni. Però nella pratica, accanto a casi presentanti un decorso rapidamente letale, se ne possono trovare altri in cui la malattia può durare oltre dieci anni. Tale fatto oltre che dal tenore di vita condotto dal soggetto, oltre che dalle cure più o meno ben condotte può dipendere dalla precocità o meno della diagnosi, precocità che coi mezzi attuali è sempre meglio possibile, dalla violenza dell'infezione e rispettivamente dalla resistenza del soggetto di fronte ad essa e dalla sede della lesione, determinante la comparsa più o meno precoce di complicazioni che più o meno contribuiscono ad aggravare la prognosi come l'insufficienza valvolare, e gli aneurismi. Per Sisto gli affetti da sifilide aortica muoiono, nel terzo circa dei casi, di sifilide cardiaca, nel sesto, per angina di petto, nel sesto per rottura, mentre gli altri per malattie intercorrenti.

Mi permetto di riportare alcuni dati sull'argomento in questione tratti dai sinistri verificatisi fra gli assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni limitatamente a quei casi in cui risultava, come diagnosi di morte, la qualifica di aortite luetica. Fra questi casi ho compreso pure i sinistri classificati sotto il nome di aortite luetica ed in cui si erano verificati, quali complicanze successive, aneurismi, insufficienza aortica, angina di petto, miocardite ecc., escl-

dendo invece quei sinistri che comparivano sotto il solo nome di aneurisma, di insufficienza aortica, di angina di petto, ecc., per l'incertezza, sia pur minima, come nel caso dell'aneurisma, sulla eziologia.

Ho potuto raccogliere solo 42 casi di morte per sicura aortite luetica per il fatto che ho dovuto escludere parecchi sinistri i quali, benchè facessero ben pensare ad essa, non ne davano però sicuro affidamento.

Di questi 42 assicurati, 5 erano stati accolti in assicurazione senza visita medica. Dei rimanenti 37 accettati con visita medica, 2 soltanto avevano denunciato il contagio sifilitico e solo 1 presentava lue nel padre; di questi 37 assicurati 28 furono considerati come rischi normali, 7 come rischi mediocri, 2 come rischi fortemente tarati l'uno per ipertensione essenziale, l'altro per anemia, ed ipertensione. I luetici furono classificati fra i rischi mediocri, come pure mediocre fu pure considerato il rischio presentante lue nel padre.

Data in media la breve antedurata di tali contratti, data l'insorgenza tardiva della malattia dopo il contagio si può presumere che la maggioranza di questi assicurati fosse già infetta prima dell'ingresso in assicurazione.

Fra i 42 casi riportati il maggior contingente è rappresentato dalle semplici aortiti seguito poi in ordine di frequenza dalle aortiti complicate da angina di petto e miocardite.

Riporto, nella tabella sottostante, in cifre assolute ed in cifre relative a cento, la suddivisione di questi casi affinché si possa rapidamente vedere come si sono in esse ripartite le complicanze che tanta parte hanno nei destini di questi soggetti.

CLASSIFICA	N. casi	%
Aortite semplice . . .	14	33,33
» con Miocardite . . .	6	14,29
» » Angina . . .	8	19,05
» » Aneurisma . . .	4	9,53
» » Insuf. aortica . . .	3	7,14
» » paralisi prog. . .	1	2,38
» » Tabe . . .	1	2,38
» Nefrite . . .	3	7,14
» Emorragia c. . .	1	2,38
» » Cirrosi . . .	1	2,38
Totale . . .	42	100 —

Per quanto concerne l'età il maggior numero di aortiti si è verificato fra i 41 ed i 60 anni con il 40,48 % fra i 41 ed i 50 anni, seguito subito dopo dall'età di 51-60 anni con il 35,71 %; tale distribuzione viene illustrata dalla tabella sottostante:

GRUPPI DI ETÀ	N. casi	%
31 - 40	6	14,29
41 - 50	17	40,48
51 - 60	15	35,71
61 - 70	3	7,14
71 e oltre	1	2,38
Totale	42	100

Tutti i 42 sinistri si verificarono in maschi (in genere professionisti, commercianti, impiegati); non ritengo però di dover dare importanza a questo fatto per la nota prevalenza fra gli assicurati del sesso maschile e di individui appartenenti alle categorie sociali sopra riferite.

Lo specchio sottostante è da me riportato per illustrare la suddivisione di tali sinistri in base all'antidurata di contratti ed affinché ci si possa rendere conto dell'entità del danno che potrebbe derivare da una inesatta selezione e valutazione di tale rischio.

Antidurata	N. casi		Antidurata	N. casi	
	c. v. m.	s. v. m.		c. v. m.	s. v. m.
0 - 6m	1	—	Riparto N.	30	5
6m - 1a	2	1	11a - 12a	—	—
1a - 2a	3	—	12a - 13a	—	—
2a - 3a	2	1	13a - 14a	—	—
3a - 4a	3	—	14a - 15a	2	—
4a - 5a	5	1	15a - 16a	1	—
5a - 6a	3	1	16a - 17a	1	—
6a - 7a	5	—	17a - 18a	1	—
7a - 8a	1	1	18a - 19a	1	—
8a - 9a	1	—	19a - 20a	—	—
9a - 10a	2	—	20a e oltre	1	—
10a - 11a	2	—			
Da riportare N.	30	5	Totale N.	37	5

Da tale prospetto si può vedere che la antidurata, che in media si è verificata più di frequente, è quella decorrente fra gli 0 e gli 11 anni; con una percentuale del 9,52 % fra 0 ed 1 anno, del 35,71 % fra 1 ed i 5 anni e del 33,33 % fra i 5 e i 10 anni; la più breve antidurata fu inferiore a 6 mesi, la più lunga superiore a 20 anni. L'antidurata media di tutti i 42 sinistri fu di 6 anni e 8 mesi.

Non posso calcolare quale percentuale di luetici entrati in assicurazione rappresentino questi 42 casi da me selezionati per la evidente ragione che talora l'assicurando si contagia di lue dopo l'ingresso in assicurazione, non sempre è da lui conosciuta e talora benchè conosciuta non sempre è da lui denunciata.

Pure nulla posso dire di preciso, per ciò che è stato sopra riferito, circa il tempo intercorso dalla manifestazione iniziale, (sifiloma) all'inizio della malattia che ci interessa. Presumendo però che il contagio sia avvenuto in media nell'età fra i 18 ed i 30 anni i miei pochi dati verrebbero a confermare l'opinione di coloro che ammettono insorgere l'aortite dopo circa 15-20 anni dall'inoculazione della spirocheta. In media ho potuto rilevare che, per i casi in cui era specificato l'inizio della malattia, tale inizio era da far risalire a circa un anno e mezzo avanti alla morte. Per i due casi da me riportati che denunciarono la lue il tempo intercorso fra il contagio e la morte fu di 30 e 32 anni. Mi risulta che uno di essi si assoggettò a cure mentre nulla mi risulta per l'altro. Per uno la malattia era iniziata 7 od 8 anni avanti mentre per l'altro risulta che morì improvvisamente per aortite. La R. W. fu ripetutamente eseguita in ambedue con esito negativo.

Da tutto quanto sopra ho riportato, vale a dire da quanto è stato possibile desumere dalle statistiche degli AA. da me consultati e da quanto ho potuto raccogliere, per il rapido decorso di questa malattia dal momento in cui essa può essere diagnosticata, non essendo ancora ben stabiliti, anche nelle forme iniziali, i vantaggi che tali soggetti possono ricavare dalle cure, data in certi casi la pericolosità della terapia (vedi incidenti da arsenobenzoli), ritengo di dover essere molto prudenti nell'accettare tali rischi specialmente se si tratta di soggetti in età fra i 41 ed i 60 anni.

Pure per i luetici in genere riterrei opportuno, in vicinanza di tale età, non contentarsi del solo esame clinico del-

l'apparato cardiovascolare ma approfondire tale esame mediante ricerche radiosopiche, radiografiche, elettrocardiografiche e sierologiche.

BIBLIOGRAFIA

- ANDERS, *College of Physicians of Philadelphia*, 8 giugno 1915.
- ARULLANI, *Tabe ed Aortite*, *Riforma Medica*, 1902, IV, pag. 366-377.
- BABINSKY, *Société Médicale des Hopiteaux*, 7 febbraio 1902.
- BRUHNS, *Berliner Klinisch.*, Woch. 19 febbraio 1906.
- CHIARI, *Prager Mediz.*, Woch., 1906, n. 11.
- COPPOLA, *Le Aortiti nella P. P.* Riv. di Pat. Nerv. e Ment., 1922.
- GIERTSEN CH., *Acta Medica Scandinavica*, t. 86, n. 1, 28 settembre 1925, pag. 20-40.
- HIFT R., *Mediz. Klin.*, 22 gennaio 1922.
- LAUBRY Ch., *Maladie du Cœur e des Vaisseaux*. Ed. Doin, Paris, 1938.
- LAUBRY e WALZER, *Nouveau Traité de Médecine Interne*.
- LESCHKE E., *Proc. of the Royal Soc. of Med.*, maggio 1930.
- JAFFÉ, *Klinische Wochenschrift*, 1931, n. 45.
- MASSAZZA e GROSSI, *Annali dell'Ospedale Psichiatrico di Quarto dei Mille*.
- MARESCH R., *Viener Mediz.*, Woch., 1931.
- MAYNARD E. P., CURRAN I. A., ROSEN L. T., WILLIAMSON G., LINGG C., *Arch. of intern. Medic.*, t. 55, n. 6, Journ., 1935, pag. 873-894.
- ROMBERG, *Munch. med. Woch.*, 1918, pag. 1266.
- SISTO, *Trattato di Medicina Interna* (Ceconi).
- SYMMERS and WALLACE, *Jurnal of Americ. medic Ass.*, 5 febbraio 1916.
- VALOBRA, *Le Aortiti*. Ed. Lattes e C., Torino.
- VAQUEZ e BORDET, *Radiologie du Cœur et des Vaisseaux de la base*. Ed. Barrière.
- VAQUEZ, *Société Médicale des Hopiteaux*, 7 febbraio 1902.
- WIESNER, *Centralblatt für Allgemeine Path. und patholog. anatomie*, XVI, n. 20, anno 1905.

Medicina legale delle Assicurazioni Vita

Questioni medico-legali in tema di gravidanza nell'assicurazione vita

Dr. FABIO MARSELLA

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

Intendo occuparmi di alcune questioni medico-legali che possono ricorrere, in tema di gravidanza, nella comune pratica dell'assicurazione vita.

Allorchè avviene la morte dell'assicurato, cui sopravvive la moglie, lasciando beneficiari di polizze di assicurazione gli eredi legittimi o i figli nati e nascituri, per comune norma di diritto (articolo 724 cod. civ.), può concorrere alla successione anche il figlio concepito durante il matrimonio, sebbene non ancora nato, ma che nascerà vitale. Gli Istituti assicuratori, in tali casi, richiedono un certificato medico che attesti se la vedova trovasi o no in istato di gestazione. Di solito i medici redigono tali certificati in modo molto sommario e si limitano, in poche righe, ad escludere o ad affermare lo stato di gravidanza della donna, senza specificarne i segni e senza offrire motivazione alcuna del giudizio formulato.

Talora i certificati sono compilati a distanza di pochi giorni dalla morte dell'assicurato ed in tal caso può sorgere qualche dubbio se essi rispecchino il vero stato delle cose.

Possono esservi gravidanze allo stato iniziale negate in perfetta buona fede dalle donne, come pure ve ne possono essere, per ragioni varie, simulate o dissimulate. Da ciò possono derivare violazioni di diritto di terzi e soprattutto dei figli nascituri, già concepiti all'epoca dello scioglimento del matrimonio per morte del marito.

Gli Istituti assicuratori, quando vi so-

no figli minori, sogliono procedere alla liquidazione dei capitali assicurati con decreto del Pretore che, a norma dell'art. 225 del cod. civ., autorizza l'esercente la patria potestà a riscuotere e reimpiegare le quote minorili, con o senza l'assistenza di un notaio e con l'esplicito esonero dell'Istituto da ogni ingerenza e responsabilità al riguardo. Si esige il Decreto del Tribunale se le quote minorili non devono essere in tutto o in parte reimpiegate (art. 224 cod. civ.).

L'Istituto assicuratore si mette così al coperto da ogni responsabilità presente ed avvenire, per quanto riguarda pagamento di capitali ai minori, liquidando le polizze in base a decreti dell'autorità giudiziaria.

Può peraltro accadere che in polizza, assieme ai figli, sia designata come beneficiaria la moglie.

In mancanza di figli già nati può essere avanzata richiesta di liquidazione del capitale assicurato dalla vedova, che, in perfetta buona fede, può ritenersi unica beneficiaria.

Può anche avvenire che la moglie sia indicata come erede universale nel testamento del marito e, alla morte di questi, ritenersi beneficiaria anche di polizze di assicurazione contemplanti genericamente gli eredi.

Ove risulti che all'epoca del testamento era già avvenuto il concepimento, si deve invece ritenere di pieno diritto revocata la disposizione testamentaria ed aperta la successione legittima, giusta l'art. 888 cod. civ.

Ciò si è avuto in un caso recente, nel quale l'Istituto è venuto a conoscenza della gravidanza della vedova da un fratello del defunto marito, premuroso di salvaguardare i diritti del nipote.

Possono anche concorrere alla successione, in mancanza di figli o di speciali designazioni di polizza, altri parenti giuridicamente capaci. In tali casi l'Istituto assicuratore liquidà il capitale, senza intervento dell'autorità giudiziaria.

In prosieguo di tempo, verificandosi il parto della vedova, entro 300 giorni dalla morte del marito, potranno essere avanzate nuove richieste di liquidazione a beneficio del figlio che si dice concepito durante il matrimonio dell'assicurato, a termine dell'art. 160 cod. civ.

Ne possono venire rivendicazioni di diritti successori, verso lo stesso Istituto assicuratore, ove l'azione si svolga entro l'anno, data la prescrizione annuale del contratto di assicurazione, giusta l'art. 924 del cod. civ., o verso il tutore, successivamente, per l'art. 916 dello stesso codice.

Ad evitare postume azioni, sempre incresciose, è necessario che, subito dopo il sinistro di morte dell'assicurato, siano chiarite le posizioni degli aventi diritto alla liquidazione del capitale assicurato. Solo così potrà realizzarsi appieno la vera alta finalità etico-sociale dell'assicurazione vita, che è quella di trasmettere ai figli il risparmio dei padri e di provvedere al loro avvenire economico.

Ed ora mi sia lecita una domanda. Si possono ritenere i decreti del Pretore e del Tribunale designanti le persone, a cui si devono pagare i capitali assicurati, rispondenti al vero stato delle cose, quando non si considera la possibilità di figli già concepiti, essendo la vedova ancora giovane ed essendo decorso poco tempo dalla morte del marito?

Su ciò intendo portare il mio esame.

Il Pretore di solito non si occupa e preoccupa affatto se la vedova trovasi in istato di gravidanza ed emette il Decreto in base agli atti notori, che di ciò neanche si occupano.

Cito un esempio recentissimo.

Il 20 giugno 1938 è venuto a morte, per un incidente automobilistico, un assicurato di 37 anni, lasciando la vedova di anni 37 ed un figlio di anni 12. Beneficiari della polizza di assicurazione, fatta nel 1931, erano gli eredi legittimi o testamentari. L'assicurato morì senza fare testamento, quindi beneficiari erano i figli e, giusta il decreto del Pretore in data 6 agosto 1938, basantesi su regolare atto notorio fatto il 19 luglio 1938 innanzi ad un Regio Notaio, col quale si dichiarava unico erede il figlio di anni 12, veniva autorizzata la vedova, esercente la patria potestà, a ritirare dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni l'importo della polizza, con obbligo di reinvestire la somma in un libretto di Cassa di Risparmio intestato al detto minore, con vincolo pupillare e con il quarto di usufrutto a favore della coniuge superstite. E' da notare che la vedova, allegando speciali condizioni e necessità familiari, aveva chiesto al Tribunale la facoltà di riscuotere il capitale assicurato senza obbligo di reimpiego giusta l'art. 224 cod. civ., ma ciò era stato negato dal Tribunale.

L'Istituto avrebbe potuto senz'altro attenersi al Decreto del Pretore, senonchè fra i documenti, inviati con qualche giorno di ritardo dalla vedova, vi era un certificato medico, in data 10 agosto 1938, attestante che la donna era gravida al secondo mese.

Di fronte a questo certificato l'Istituto ha scritto alla vedova che, risultando dal certificato trasmesso che trovavasi in istato di gravidanza, occorreva che il Pretore con nuovo Decreto provvedesse alla tutela del nascituro già

concepito al momento della morte dell'assicurato e avente quindi diritto di partecipare al beneficio della polizza, al pari dell'altro minore.

Voglio citare un altro caso occorso recentemente al mio esame, e di tali ne capitano continuamente, data la grande estensione acquistata in Italia e in tutto il mondo civile dalla assicurazione vita.

Il 31 maggio 1938 è morto, in seguito ad incidente automobilistico, un assicurato di 37 anni lasciando la moglie di anni 29 ed un figlio di anni 2. Nella polizza di assicurazione, fatta 2 anni prima, figuravano come beneficiari i figli nati e nascituri in parti uguali. L'assicurato morì senza lasciare testamento.

In base ad atto notorio fatto innanzi al Pretore, col quale si attestava che unici eredi del defunto erano la vedova ed il figlio minore e che all'infuori dei suddetti non esistevano altri eredi legittimi, il Pretore in data 3 agosto 1938, su istanza della vedova autorizzava la stessa a riscuotere la somma assicurata impiegandola nell'acquisto di titoli del debito pubblico da convertirsi in nominativi intestati al minore col vincolo pupillare.

Fra i documenti esibiti vi era anche un certificato con cui, in data 20 giugno 1938 (appena a 20 giorni dalla morte violenta, in pieno benessere, del marito), il medico attestava di aver visitato la vedova e di aver riconosciuto che la medesima non trovavasi in istato di gravidanza.

Riporto un altro caso recentissimo. Il 22 luglio 1938 decedette, a seguito di fulmineo attacco di angina pectoris, avutosi per la prima volta, un ricco commerciante di anni 39, che pochi mesi prima aveva stipulato un contratto di assicurazione per un cospicuo capitale a beneficio degli eredi legittimi. Con atto notorio fatto innanzi al Pre-

tore in data 28 luglio 1938 si diceva che l'assicurato era morto intestato e senza figli e che unici eredi erano la vedova ed altri parenti giuridicamente capaci. Si chiese quindi la liquidazione della polizza. Fra i documenti esibiti vi era un certificato medico che in data 1° agosto 1938 (appena a 10 giorni di distanza dalla improvvisa morte del marito) attestava di aver visitata la vedova di anni 29 e di aver constatato che non era in istato di gravidanza.

Quale valore medico e medico-legale si deve e si può dare a simili certificati riguardanti lo stato gravidico di donne ancor giovani a così breve distanza dalla morte del marito?

Ha compreso il medico certificatore tutta l'importanza del suo attestato?

Ha egli proceduto ad un vero esame ostetrico-ginecologico o si è accontentato delle dichiarazioni della vedova, senza procedere ai necessari esami e ricerche di controllo, doverose in materia tanto delicata e di vera portata peritale?

Ha riflettuto il sanitario alle difficoltà della diagnosi di gravidanza, specialmente nei primi mesi di gestazione?

Io ritengo che simili certificati, così sommariamente redatti, non possono avere nessun valore medico-legale. In medicina legale non basta affermare, ma bisogna dimostrare e nel nostro caso si devono enumerare i segni positivi o negativi dello stato gravidico della donna. La gravidanza deve essere affermata con segni di certezza, la stessa deve essere negata quando si può essere sicuri che non esiste gestazione. Altrimenti il medico deve fare le sue doverose riserve.

La diagnosi di gravidanza offre grandi difficoltà e ben a ragione il Van Swieten diceva: « numquam fere magis periclitat fama medici quam ubi agitur de

graviditate ». Oggi queste difficoltà sono diminuite col progresso della semiotica, che si è arricchita di preziosi mezzi subsidiari di laboratorio - radiologia e prove biologiche.

Bisogna peraltro riflettere che il compito del medico perito è più difficile di quello del medico clinico.

Il medico curante e di famiglia può contare sulla assoluta sincerità delle dichiarazioni della sua cliente che ha tutto l'interesse per portare il medico alla ricerca del suo vero stato ed egli può fare assegnamento sui sintomi subiettivi ed obbiettivi che riscontra per venire alla conclusione diagnostica e prognostica.

Viceversa il medico perito si può trovare davanti a una persona che vuol fare apparire ciò che non è. La donna, per ragioni d'interesse, può simulare come dissimulare lo stato di gravidanza. Vi può essere la vedova che vuole incassare subito il capitale assicurato e dissimula la gravidanza come vi può essere quella che, sapendo essere beneficiari i figli nati o nascituri, può simulare una gravidanza inesistente al momento della morte del marito e ricorrere così a *supposizione* di gravidanza prima e di parto poi. Si possono anche avere concepimenti posteriori alla morte del marito.

Occorre quindi che il medico comprenda tutta l'importanza del suo giudizio e sia scrupoloso nel rilievo di tutti i sintomi, non contentandosi di quanto riferisce la donna, che può avere interesse a nascondere il vero stato delle cose o fare dichiarazioni in modo difforme dal vero anche in perfetta buona fede.

La diagnosi di gravidanza, nel nostro caso, deve avere un vero valore peritale e deve essere dimostrata. Essa deve essere fatta basandosi non su un solo sintomo, ma su tutto l'insieme dei sin-

tomi che permettono di formulare un giudizio diagnostico sicuro.

Accennerò brevemente ai segni della gravidanza che, come è noto, si dividono in segni materni e fetali.

I segni materni sono subiettivi ed obbiettivi. I primi sono i cosiddetti fenomeni simpatici, che non hanno alcuna importanza medico-legale e ne hanno scarsa ostetrica. Fra i segni obbiettivi vi è anzitutto la soppressione delle mestruazioni, ma questa si può quasi considerare come segno subiettivo nel senso che di solito il medico si attiene alle dichiarazioni della donna, senza possibilità pratiche di controllo, effettuabile solo con un periodo di osservazione eccedente un mese.

Vi è poi la comparsa di macchie speciali sulla faccia, la turgescenza delle mammelle con la secrezione caratteristica, il rammollimento del collo dell'utero, l'aumento progressivo dell'utero.

I segni obbiettivi fetali, che hanno vero valore di certezza di gravidanza, sono la constatazione delle piccole parti fetali e il ballottamento percepito dal medico alla palpazione combinata del ventre, la percezione dei movimenti autonomi del feto e il battito cardiaco fetale. Questi segni normalmente non si avvertono prima del quarto mese di gestazione; quindi, prima di questa epoca, non è possibile una diagnosi sicura di gravidanza con gli ordinari mezzi clinici.

A questi oggi si è aggiunta la radiografia, che può dare risultato positivo verso la fine del terzo mese, ma per praticarla occorrono speciali gabinetti e spese non indifferenti, come ebbe ad osservare il Palmieri nella relazione fatta nel settembre 1937 al Congresso delle Colonie estive e dell'Assistenza all'Infanzia.

Un mezzo diagnostico oggi ritenuto dalla generalità degli ostetrici e dei me-

dici-legali come dei più probativi di diagnosi precoce della gravidanza è quello delle reazioni biologiche e specialmente quelle ormonologiche di Zondek-Aschein, la cui tecnica è abbastanza semplice e che non importa alcun disturbo alla gestante. L'urina della donna gravida, iniettata in animali da esperimento, determina profonde e rapide modificazioni delle ovaie colla comparsa in esse di punti emorragici e di numerosi corpi lutei. Tale reazione, che si ottiene *fin dalla seconda metà del primo mese di gravidanza*, è oggi adottata sia in clinica che in medicina legale per una precoce constatazione di gravidanza e merita una diffusione sempre maggiore.

Su molte decine di migliaia di casi si è osservato l'uno o due per cento di errori, ma anche in questi casi di reazioni positive per donne non gravide, queste presentavano affezioni uterine od ovariche. Il risultato negativo della reazione è molto probativo per negare la gravidanza.

In Germania, ad Edimburgo, il prof. Johnston, direttore della locale clinica ostetrica, ha istituito una speciale stazione di accertamenti, dove accorre una folla di donne trepide ed ansiose di desiderio o di timore (Carrara).

In Italia parecchi Istituti specializzati, con una modesta spesa, eseguono la ricerca, mandando anche ai medici la bottigliina per l'invio dell'urina delle loro clienti e comunicando il risultato dell'analisi dopo due o tre giorni dalla ricevuta del campione di urina.

Avvalendosi di tutti i moderni mezzi di accertamento è possibile oggi, più che pel passato, un giudizio di maggiore sicurezza dello stato di gravidanza, ma è necessario che il medico, nella sua funzione peritale, li adoperi e li riferisca nella sua relazione, che può avere conseguenze economiche e legali di notevole importanza. Così ad esempio il

medico deve accertarsi che l'urina sia precisamente della donna di cui si vuol conoscere lo stato di gestazione e nella relazione è bene che indichi quale Istituto ha eseguito le ricerche biologiche.

Solo in tal modo si può dare la dovuta importanza ai certificati medici da esibirsi agli Istituti Assicuratori per la liquidazione di polizze, a beneficio di eredi, quando sopravvive la vedova dell'assicurato.

La diagnosi di gravidanza, o meno, deve essere il requisito della certezza e questo non si può avere, con gli ordinari mezzi, prima del quarto o quinto mese di gestazione. Prima di tale epoca non si può quindi ritenere valido un certificato riguardante lo stato di gravidanza della donna e gli Istituti Assicuratori, a mio modo di vedere, devono rinviare la liquidazione delle polizze a tale epoca almeno per la parte che potrà spettare ad eventuali figli nascituri, che si possono ritenere concepiti durante il matrimonio. In tal caso saranno corrisposti regolarmente gli interessi sulle somme non pagate subito, dimostrandosi così che il ritardo non ha alcun scopo utilitario per l'assicuratore, ma solo la giusta e premurosa tutela dei diritti dei veri beneficiari dell'assicurazione.

Il certificato positivo di gravidanza si può accettare anche dopo pochi giorni ed anche immediatamente, purchè vi si dica a quale periodo si trova la gestazione e se ne enumerino i segni di probabilità e di certezza.

Ed ora voglio porre due quesiti.

I° Fino a quale età della vedova si deve richiedere il certificato del suo stato di gravidanza?

II° Fino a quanto tempo dalla morte del marito?

I°

Viene qui la questione della menopausa. Così viene chiamata l'epoca in cui cessa nella donna la capacità generativa. Venne anche denominata « climaterio » o « età critica » perchè si riteneva che la maggior parte delle malattie proprie delle donne e specialmente i tumori maligni dell'utero, si sviluppavano col cessare della mestruazione, che coincide generalmente con la fine della vita fecondativa.

Si è visto peraltro che il cancro è connesso più alla età che alla cessazione delle mestruazioni e che anzi i tumori uterini si riacutizzano con le mestruazioni e molti fibromi subiscono un processo di involuzione nella menopausa.

Tornando all'età di questa diremo che per lo più non si determina rapidamente, ma gradualmente. I due processi intimamente legati alla funzione riproduttiva, sono l'ovulazione e la mestruazione ed entrambi cessano a poco a poco; la funzione ovarica negli ultimi anni diventa imperfetta e da ciò deriva la difficile fecondazione verso i 42-45 anni, pur persistendo le mestruazioni che diventano anch'esse irregolari.

Numerosi fattori fanno anticipare o ritardare la menopausa: il clima, la razza, l'ereditarietà, l'attività sessuale, le condizioni sociali, ecc. Comparisce prima nei paesi caldi che nei freddi; in quelli la vita sessuale si inizia più presto e termina prima donde il detto del Virey: « prius pubescentes prius senescentes ». Vi influisce anche la vita genitale e si ha la menopausa prima nelle nullipare che nelle donne che ebbero figli; circa lo stato generale si ha prima nelle donne deboli che nelle robuste.

Quasi tutti gli autori, sia antichi che moderni, stabiliscono tra i 40 e i 50 anni, l'epoca nella quale cessa nella donna la fecondità.

Aristotile fissava a 50 anni il limite della vita generativa della donna.

Lo stesso limite ponevano i Romani e Plinio dice che la donna non genera dopo il 50° anno e generalmente al 40° cessano le mestruazioni. « Mulier post quinquagesimum annum non gignit, majorque pars quadragesimo profluvium genitale sistit ».

Il nostro Zacchia, che si può dire il vero fondatore della medicina legale, fissava il termine massimo della fecondabilità al 45° o 50° anno e dichiarava *eventi mostruosi* i parti che si dicevano verificati oltre tale epoca. Il Borri, che si occupò molto dell'argomento delle gravidanze tardive, confutando anche certe leggende di fecondità serotina come quella di Cornelia degli Scipioni, pervenne alle seguenti conclusioni:

a) doversi ammettere come fatto normale la cessazione della potenzialità generativa tra il 40° e il 50° anno.

b) Doversi ritenere possibile la gravidanza tra il 50° e il 60° anno, essere a ritenersi peraltro un cotale avvenimento come affatto eccezionale, e ciò tanto maggiormente quando si vada avvicinandosi al 60° anno.

In base a quanto si è detto si può stabilire come epoca normale della menopausa, cioè del termine della vita fecondativa della donna, i 50 anni e quindi, per le esigenze dell'assicurazione vita, che si devono basare sulla regola e non sull'eccezione, a questa età si può limitare la richiesta del certificato sullo stato di gravidanza delle vedove sopravvissute ai mariti assicurati. Si fa osservare che sino all'età di 50 anni si suole applicare il soprapremio donna.

II°

Fino a quanto tempo dopo la morte del marito si deve esigere il certificato?

L'art. 159 del cod. civ. dice che il ma-

rito è il padre del figlio concepito durante il matrimonio, giusta l'antico principio: « Pater est quem nuptiae demonstrant ».

Per il successivo art. 160 che impronta tutta la legislazione sulla filiazione « Si presume concepito durante il matrimonio il figlio nato non prima di 180 giorni dalla celebrazione del matrimonio nè dopo 300 dallo scioglimento o annullamento di esso.

Il Diritto Canonico dice: « Legitimi praesumuntur filii qui nati sunt saltem post sex menses e die celebrati matrimonii, vel intra decem menses a die dissolutae vitae coniugalis ».

A noi interessa soprattutto quest'ultimo termine che la nostra legge fissa a 300 giorni. All'art. 169 cod. civ. è detto: « La legittimità del figlio nato 300 giorni dopo lo scioglimento o l'annullamento del matrimonio può essere impugnata da chiunque vi abbia interesse ».

Il progetto del nuovo Codice Civile italiano mantiene il termine massimo di 300 giorni e nella relazione è detto che non si è voluto elevare tale termine « di fronte a qualche isolato caso teratologico ». Solo si è modificata la frase « la legittimità del figlio nato 300 giorni dopo lo scioglimento o l'annullamento del matrimonio » nella seguente « al figlio nato oltre i 300 giorni... ».

Vediamo le disposizioni di altre legislazioni.

Il Codice civile austriaco all'art. 138 diceva: « Si presumono legittimi i bambini che nascono dalla moglie nel settimo mese dopo concluso il matrimonio, ovvero nel decimo, sia dopo la morte del marito, sia dopo il primo scioglimento del vincolo matrimoniale ».

Il termine di trecento giorni è stato poi elevato a 307 giorni.

Il Codice Belga lo ha prolungato a 320 giorni.

La legge germanica mantiene il ter-

mine di 302 giorni secondo l'art. 19 del Codice prussiano che diceva: « un figlio, il quale sia nato entro lo spazio di 302 giorni dalla morte del marito viene considerato come legittimo ».

Il Codice civile francese dopo aver affermato all'art. 312: « il figlio concepito durante il matrimonio ha per padre il marito » all'art. 315 dice: « la legittimità del figlio nato 300 giorni dopo lo scioglimento del matrimonio potrà essere impugnata ».

Viene discusso se il giorno delle nozze o dello scioglimento del matrimonio, sia da escludersi dal computo anche per la nota regola *dies a quo non computatur* e se invece il *dies ad quem* ossia il giorno della nascita debba includersi nel computo.

La giurisprudenza ha diversamente interpretato la cosa, come in genere ha diversamente interpretato il rigore del periodo fissato dalla legge. Specialmente la giurisprudenza francese è stata sempre molto rigida al riguardo e, in elaborate sentenze, si è stabilito che il termine di trecento giorni deve essere considerato ben definito e limitato a 300 periodi precisi di 24 ore, da calcolarsi dal momento della morte del marito al momento della nascita del bambino. Si sono così dichiarati illegittimi i figli nati dopo poche ore i 300 giorni in tal modo computati.

Alcuni giureconsulti hanno osservato che se la legittimità può essere contestata, può essere anche difesa, altrimenti la legge avrebbe detto chiaramente che non si riconoscono legittimi i figli nati dopo il periodo fissato.

Le leggi inglesi ed americane non chiudono entro limiti fissi le nascite precoci o tardive e i magistrati decidono caso per caso, senza attenersi a norme fisse, dando però grande importanza ai costumi della donna.

Pur non potendosi approvare i criteri

troppo rigidi di certa giurisprudenza, che urta contro la realtà biologica, si deve peraltro convenire che la interpretazione libera del caso per caso ha dato luogo, anche da parte di consessi medici, ad affermazioni di assurdità le più banali, a proposito della durata della gravidanza. Tale argomento può considerarsi antico quanto l'uomo ed è stato sempre oggetto di grandi discussioni.

Secondo i più vecchi libri indiani di Aiur Veda la gravidanza durava da 9 a 12 mesi lunari ed in media 10 mesi.

Ippocrate calcolò la durata della gravidanza in 7 quarantenari.

I Greci non ritenevano legittimi i figli decimestri.

I Romani invece ritennero legittimi i parti decimestri e l'imperatore Adriano deliberò per il riconoscimento dei parti dodicimestri. Ciò diede luogo a discussioni sulla durata dei mesi se dovessero considerarsi lunari o solari. Il Rescritto di Adriano venne modificato da Giustiniano e nel Digesto venne fissato a 182 giorni il parto precoce e a 300 quello serotino. I termini stabiliti dal Codice giustiniano sono stati accolti in quasi tutti i Codici europei.

La durata della gravidanza e la legittimità della prole è stato sempre oggetto di discussione anche nel campo medico-legale. Il Codronchi, che può considerarsi il più antico dei nostri medici legali, dice che: « Il decimo mese segna il limite estremo normale della gravidanza ed è rarissimo che le donne partoriscono toccato di pochi giorni l'undecimo ».

Dello stesso parere si professò lo Zacchia.

Il Puccinotti, a proposito di parti molto serotini, dice che per lo più scaturiscono dal cervello dei medici o troppo creduli o ingordi di danaro o troppo teneri verso donnine allegre.

Il Carrara dice che il termine massimo stabilito dalla legge corrisponde a ciò che « per lo più succede », ma non a ciò che « sempre accade » e aggiunge: « sarebbe più rispondente alla realtà biologica elevare il termine massimo o concedere oscillazioni di maggiore ampiezza o ammettere la prova contraria della legittimità ».

Ritornando al nostro preciso argomento io ritengo che, per le esigenze della assicurazione, sia per uniformarsi alla disposizione della nostra legge, sia per le considerazioni esposte a proposito delle gravidanze tardive, si debba esigere il certificato di gravidanza, o meno, della vedova, fino al termine di 300 giorni dalla morte dell'assicurato. Tale certificato naturalmente non si deve più richiedere quando si sia, prima di tale termine, verificato il parto o l'aborto.

Nessuna modificazione di diritto successorio può avvenire qualora il prodotto del concepimento non sia nato vitale.

CONCLUSIONE.

L'Istituto assicuratore, nella liquidazione di polizze di assicurazione fatte da uomini, cui sopravvivono le mogli, deve tener conto dei diritti di eventuali figli che possono nascere dopo la morte dell'assicurato e deve accertarsi quindi dello stato di gestazione della vedova se questa non ha oltrepassato i 50 anni di età.

Il certificato medico, che viene inviato dalla vedova, non può avere valore se non offre il requisito, ben dimostrato, della certezza della gravidanza affermata o negata.

Tale requisito non si può avere di solito, con i soli dati clinici, che dopo il quarto mese; nei casi dubbi è necessario rinviare la liquidazione della polizza

a dopo il parto o l'aborto o a dopo elasso il termine di 300 giorni dalla morte dell'assicurato.

Sarebbe desiderabile, a mio modo di vedere, che l'autorità giudiziaria, nell'emettere i Decreti autorizzanti la riscossione dei capitali assicurati, tenesse conto di eventuali diritti successori di figli nati.

Sarebbe poi doveroso da parte dei testimoni che prendono parte all'atto notorio rendersi conto della importanza di quanto vanno ad attestare, col vincolo del giuramento, in materia tanto delicata, e dei seri pregiudizi che possono arrecare ai diritti della figliolanza nascitura con attestazioni non rispondenti al vero stato delle cose.

DALLE RIVISTE CHE RICEVIAMO IN CAMBIO

Annali di Medicina Navale e Coloniale, luglio-agosto 1938, Roma.

CONTI, *La flora batterica negli ambienti ad aerazione normale ed in quelli ad aria condizionata.*

L'A. ha studiato le modificazioni della flora batterica negli ambienti ad aerazione normale ed in quelli ad aria condizionata, esponendo per una ora piastre di agar nell'ambiente scelto e successivamente studiando batterioscopicamente gli strisci prelevati dalle colonie sviluppate nei terreni di cultura dopo 48 ore di permanenza in termostato.

Conclude constatando come negli ambienti normalmente aerati si sviluppi una flora batterica maggiore, come quantità, di quella osservata per gli ambienti ad aria condizionata.

Atti e memorie della Società Lombarda di Medicina, n. 3, 1938, Milano.

TOSSETTI, *Stenosi aortica congenita del tratto terminale dell'arco in uno sportivo.*

L'A., dopo avere rilevato come la diagnosi di tale affezione spesso sfugga non già perchè sia difficile in sè; ma perchè è ancora poco diffusa la conoscenza della forma morbosa, descrive un caso in uno sportivo che si era cimentato in prove faticose senza che avvertisse il minimo disturbo.

La Cultura Medica Moderna, 31 luglio 1938, Palermo.

GABBIANELLI, *Su di un frequente errore diagnostico tra ulcera luetica e ulcera neoplastica della vescica.*

L'Autore richiama l'attenzione sul frequente errore diagnostico tra ulcera neoplastica ed ulcera terziaria luetica della vescica.

Difesa Sociale, n. 4, 1938, Roma.

AGOSTINI, *Contributo allo studio di un piano di lotta contro il reumatismo.*

L'Autore, confermata la gravità del reumatismo come malattia sociale, giunge fra l'altro a prospettare la ipotesi che a base di tutte le forme reumatiche sia acute che croniche stia un'unica, identica predisposizione individuale della quale indica le caratteristiche. Si sofferma poi su considerazioni di ordine preventivo.

Fisiologia e Medicina, 20 aprile 1938, Roma.

BALLATORE, *La prova di Serianni-Lolli per l'esplorazione della funzionalità epatica applicata in alcuni malati di fegato.*

L'Autore espone sommariamente il principio della reazione fondato sul fatto che il comportamento delle curve alcolemiche a digiuno e dopo il pasto è quasi identico negli ammalati di gravi lesioni epatiche anzi che esservi come nel normale un abbassamento della curva dopo il pasto rispetto a quella presa a digiuno.

In base ai risultati delle sue osservazioni conclude che la prova di Serianni Lolli fornisce costantemente utili risultati diagnostici e prognostici.

Folia Medica, n. 11, 1938, Napoli.

MAURO, *La Patologia dell'apparato digerente nelle diverse categorie dei lavoratori del commercio dal punto di vista professionale.*

Le categorie dei lavoratori del commercio secondo le statistiche nazionali vanno soggette con grande frequenza a malattie dell'apparato digerente. L'Autore ha notato che queste as-

sumono nelle suddette categorie proporzioni allarmanti. Fa una rapida rassegna dei rapporti fra lavoro e patologia digestiva e traccia alcune norme profilattiche.

Folia Medica, n. 12, 1938, Napoli.

FERRERO: *Sul valore clinico della prova della santonina.*

L'A. in base ai risultati delle ricerche eseguite conclude che la curva di eliminazione urinaria della santonina è irregolare negli individui che hanno notevoli alterazioni del fegato. La curva ha un andamento regolare negli epatici lievi e pertanto la prova non ha alcun valore come mezzo di diagnosi precoce.

Forze Sanitarie (Le), n. 11, 1938, Roma.

CARELLI, *Di alcune sostanze chimiche e medicinali da ritenersi sicuramente cancerigene.*

L'A. riporta le nozioni riassuntive del dottor Reding sull'argomento.

Molti medici non sospettano neppure che le statistiche internazionali si accordano a calcolare in oltre il 90 % le guarigioni del cancro della pelle; in 70-80 % le guarigioni del cancro del seno; in 40-50% quelle del cancro uterino; in 40 % quelle del cancro del colon; in 20 % quelle del cancro della lingua, ecc.

Le sostanze chimiche o medicinali alle quali oggi è stata riconosciuta con certezza un'azione cancerigena sono il catrame, il creosoto con alcuni suoi derivati, gli oli di paraffina, l'estrone o follicolina, l'arsenico e talune sostanze radioattive come il Thorotrast.

Lotta contro la tubercolosi, luglio 1938, Roma.

RAVAZZONI, *Pneumotoraci efficienti radiologicamente invisibili.*

Viene trattato l'argomento dei pneumotoraci efficienti poco visibili o del tutto invisibili allo schermo radiologico. In tali casi, che appartengono alla categoria dei pneumotoraci ipotensivi, si raggiunge uno stato di riposo polmonare senza arrivare alla compressione dell'organo; essi sono ben differenziabili dai pneumotoraci insaziabili poichè mentre questi lasciano invariate le condizioni generali e locali, quelli possono dare reali e anche definitivi risultati. L'Autore descrive due casi clinici e trae delle argomentazioni conclusive.

Medicina del Lavoro (La), giugno 1938, Milano.

PRETI, *I bisogni alimentari dell'uomo (tipi di alimentazione meglio confacenti nella re-*

gione Lombarda in rapporto alle professioni alle abitudini, al clima, alle stagioni).

L'A. mette in evidenza l'importanza dell'alimentazione e le differenze individuali del bisogno alimentare in rapporto a fattori endogeni ed esogeni, prospetta il problema della scelta degli alimenti dal regno animale e vegetale. Si sofferma quindi sui costituenti dell'alimentazione e sui regimi alimentari nelle varie stagioni e nelle varie classi popolari della regione Lombarda.

Medicina dello Sport e dell'educazione fisica, giugno 1938, Torino.

MARGARIA, *I fenomeni della stanchezza.*

L'Autore definisce la stanchezza come un fenomeno derivante da un numero grandissimo di fattori. Distingue poi due tipi di lavoro descrivendo le modificazioni più importanti che si verificano in ciascuno di essi. Infine tratta brevemente delle prove che più fedelmente possono esprimere il grado di fatica.

Medicina Internazionale, n. 7-8, 1938, Milano.

OLIVIERO, *Le alterazioni cardio-circolatorie nel decorso della tubercolosi polmonare.*

Le alterazioni circolatorie nella tubercolosi polmonare dipendono dal decorso e dalla estensione delle lesioni. Esse possono essere di natura funzionale, lesionale, meccanica e secondarie a spostamenti del cuore e del peduncolo vascolare.

Eretismo cardiaco e distonia neuro-vegetativa con labilità vasomotoria sono caratteristiche del primo gruppo. Al secondo gruppo appartengono le lesioni degenerative del miocardio da tossiemia. Ipertrofie e dilatazioni del ventricolo destro appartengono al terzo gruppo. Del quarto gruppo infine fanno parte spostamenti del cuore da stiramenti o pressioni abnormi, da pneumotorace, ecc. Lo spostamento permanente del cuore produce una sindrome speciale studiata da Burnand e da altri.

Idem, N. 6 1938 - Milano.

DE CANDIA, *La sclerosi giovanile dell'apparato respiratorio.*

L'A. ricorda che oltre alla tubercolosi, che è il fattore più frequente, esistono come fattori di sclerosi polmonare anche le forme bronchiali e polmonari di altra natura (bronchiti, polmoniti banali, pneumoconiosi, ecc.). Queste cause però rappresentano l'occasione mentre l'im-

portanza maggiore risiede in una diatesi fibrosa costituzionale.

Si intrattiene sulla sintomatologia delle fibrosi con particolare riguardo al fibrotorace che per le sue caratteristiche merita di esser tenuto distinto dalle altre forme.

Ricorda infine come alcune sclerosi giovanili possano stabilirsi in seguito ad enfisema giovanile, che viene considerato come una espressione di debolezza costituzionale dell'apparato respiratorio interessante il tessuto elastico e che germoglia sul terreno dell'asma e delle vagotonie respiratorie.

Rassegna Clinico Scientifica, n. 8, 1938, Milano.

VERCELLANA, *Sulla fisiopatologia della milza, con speciale riguardo alle sue correlazioni colle ghiandole a secrezione interna.*

L'A. espone lo stato attuale dei risultati delle ricerche più moderne sulla funzione ormonica della milza e s'intrattiene sui rapporti tra questo organo e la tiroide, le paratiroidi, il timo, glandola pituitaria e glandola pineale, pancreas, surrenale, ghiandole genitali.

Emerge dalla dimostrazione dell'A. che vi sono molti fatti che depongono per l'esistenza di correlazioni più o meno evidenti tra milza e ghiandole endocrine e di una azione ormonica degli estratti splenici la quale sta in favore di una funzione ormonica della milza stessa.

E' vero che questo viscere non è organo essenziale per la vita, essendo la sua asportazione possibile negli animali e nell'uomo senza speciali durevoli disturbi, ma tale fatto non pregiudica il suo valore. Significa piuttosto e soltanto che le funzioni della milza non sono strettamente specifiche di essa ma possono essere sostituite da altri sistemi, da altri organi più o meno facilmente a seconda dell'età dei soggetti poichè la sua importanza sarebbe massima nei primi anni di vita e la funzione di compenso troverebbe negli animali adulti la sua più alta espressione.

Rassegna Sanitaria dell'Impero, n. 6-7, 1938, Addis Abeba.

GIUNTA, *L'anchilostomiasi nella Somalia Italiana.*

L'anchilostomiasi è particolarmente grave lungo il bacino del Giuba che rappresenta la zona di maggiore interesse agricolo ed economico. Nella previsione di una profilassi occorre attenersi alla enunciazione che ogni somalo è infetto e procedere al trattamento in massa.

L'azione dell'anchilostoma nell'indigeno è molto grave perchè concorre ad aumentare la mortalità infantile, perchè riduce la capacità generativa nell'uomo e nella donna, perchè menoma la capacità lavorativa dell'operaio indigeno e innalza il livello morboso delle popolazioni.

La profilassi non può essere generalizzata dato il carattere nomade delle popolazioni. La malattia può estendersi all'Impero o aumentare il numero e la gravità dei focolai dato che vi sono territori con caratteristiche climatiche e geologiche della Somalia.

Rivista Sanitaria Siciliana, 1° agosto 1938, Palermo.

BIONDO, *Circolazione coronarica e miocardio.*

Un'anamnesi diligente, un accurato esame fisico e strumentale ed una seria investigazione etiopatogenetica costituisce il fondamento del problema clinico dell'angina pectoris.

La storia costituisce spesso il caposaldo della diagnosi mentre l'esame obiettivo è spesso negativo.

Utilissime sono le ricerche di laboratorio.

L'Autore non ha mai trovato un elettrocardiogramma normale negli anginosi eccetto alcuni fumatori ed alcuni anemici giovani.

Seguono alcune considerazioni di diagnostica differenziale e di prognostica.

Terapia, settembre 1938, Milano.

MENOTTI JORFIDA, *Sull'utilità delle reazioni biologiche di gravidanza nella pratica.*

Sono riferiti due casi di donne gravide nelle quali esisteva un fibroma nell'utero. La diagnosi clinica di gravidanza non era facile ed il risultato della reazione di Aschein-Friedmann premessa di accertarla in modo indubbio e con ci òdi ritardare l'intervento chirurgico (asportazione del fibroma) fino al termine della gravidanza.

Tubercolosi, giugno 1938, Roma.

NAI, *La tubercolosi bovina nei riflessi economici e sociali* (I Convegno per il miglioramento della vita rurale, Roma, luglio 1938).

L'Autore per le considerazioni espresse nel lavoro ed a prescindere dal fatto che in altri paesi come la Francia, la vaccinazione col B.C.G. è considerata come operazione profilattica della tubercolosi bovina, ritiene che il mezzo di prevenzione in parola dovrebbe essere il più possibile incrementato anche da noi assumendosi lo Stato le spese per la sua attuazione sotto l'osservanza di determinate norme legislative e regolamentari.

Semeiotica di Medicina Assicurazione Vita

UN-REPERTO RADIOLOGICO FREQUENTE IN MEDICINA ASSICURATIVA: LE CALCIFICAZIONI POLMONARI

Dott. T. RICCIOTTI

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

Mi propongo di illustrare in questo articolo uno dei reperti più comuni ad osservarsi nello studio radioscopico e radiografico del torace, sia nelle visite mediche di assunzione che in quelle di collaudo della salute agli assicurati: le calcificazioni polmonari.

Se è vero che la diagnosi di calcificazione per lo più è facile in base alle caratteristiche anatomo-radiologiche, bisogna pur ritenere che non sempre è così, specialmente quando la tecnica non è perfetta (lastre grigie, poco contrastate o mosse).

Di fronte a un radiogramma del torace occorre quindi rilevare i fatti sempre con la massima serenità ed esattezza e senza lasciarsi fuorviare da prime impressioni che potrebbero essere fallaci, soffermarsi soltanto ad interpretare quegli elementi che non dimostrano dal punto di vista tecnico difetti tali da impedirne la valutazione diagnostica.

Quanto ai dati per il radiogramma basta ricordare che soprattutto il tempo di posa deve essere breve, dell'ordine del decimo di secondo e possibilmente anche meno quando la potenza dell'apparecchio lo consente, in modo che la immagine sia ben netta. La qualità dei raggi interessa meno, poichè anche se i raggi sono un po' più duri che di norma le ombre da calcificazione risaltano egualmente.

La calcificazione è un esito abbastanza frequente nella evoluzione dei focolai tubercolari, dovuto — si ammette ad

una particolare reazione istogena locale di fronte alla irritazione prodotta dai veleni del bacillo. Essendo molto più raro nel polmone il riscontro di calcificazioni da pregressi infarti o da gomme, parassiti (cisti da echinococco, cisticerchi) noduli neoplastici ecc., in pratica le ombre da calcificazione sono da riferirsi generalmente ad un processo tubercolare. Le calcificazioni possono avere un aspetto radiologico multiforme in rapporto al modo con cui esse vengono a costituirsi, e dal punto di vista chimico sono formate da accumuli di carbonato e fosfato di calcio, sostanze ad alto peso atomico e perciò molto opache ai raggi X.

Prima dell'epoca radiologica il riscontro di calcificazioni polmonari costituiva un reperto accidentale dell'autopsia, e clinicamente era limitato ai rari casi in cui le masse calcificate, veri pneumoliti, venivano emesse con l'escreato. Successivamente la radiologia ha dimostrato la grande frequenza del reperto di punti calcificati parenchimali o ganglionari anche in soggetti clinicamente sani, come risulta pure dal nostro materiale in cui — a differenza che in quello delle cliniche e degli ospedali — i reperti normali raggiungono un'alta percentuale.

Le calcificazioni polmonari possono avere sede nelle ghiandole linfatiche e nel parenchima del viscere. Quali sono i loro caratteri morfologici? Esse si presentano come ombre spiccate, dense, con margini netti e irregolari, raggruppate o isolate, a sede nell'ilo o nei campi pol-

monari, più frequentemente nei lobi superiori, di forma e volume vario e di aspetto granuloso e moriforme. Specialmente negli stadi iniziali del processo di calcificazione l'opacità assume questo particolare aspetto granuloso o moriforme, espressione della deposizione di calcio nei singoli follicoli della ghiandola, che poi si estenderà alla ghiandola intera, dando luogo in taluni casi ad aree di opacità enormi; altre volte, sempre nelle ghiandole e in un tempo relativamente precoce, si osserva un guscio opaco periferico da reazione capsulare che circonda un'ombra moriforme.

In presenza di immagini simili la diagnosi radiologica di calcificazione non presenta difficoltà, ma quando il reperto non sia così caratteristico è necessario allora ricorrere ad alcune differenziazioni. La distinzione da un vaso preso d'infilata si fa in base al duplice criterio radioscopico e radiografico. Allo schermo fluorescente si ruota il soggetto come nelle proiezioni oblique in modo da osservarlo sotto varie incidenze rispetto al fascio radiante: si tratta di un vaso se l'ombra si allunga e scompare, di una calcificazione invece se rimane pressochè imm modificata. Il criterio radiografico poggia sul rilievo dei seguenti caratteri: l'opacità dell'ombra è più intensa e meno omogenea nelle calcificazioni che nei vasi in rapporto alla maggiore densità ed al maggior peso atomico del calcio; i contorni sono rotondi od ovali, sempre regolari nei vasi, invece sono per lo più anfrattuosi e irregolari nelle calcificazioni; al contrario, per breve che sia il tempo di posa, i limiti sono più indistinti nel vaso che nella calcificazione in rapporto al movimento di pulsazione da cui il vaso è animato; infine un altro criterio — radiografico anche questo — è il riscontro della caratteristica « immagine ad oculare » ossia la coesistenza di un cer-

chietto trasparente (corrispondente al bronco preso d'infilata) accanto ad un tondino opaco (vaso satellite del bronco). E' in base alla presenza di questi elementi che si deve di volta in volta stabilire se un'ombra sia da riferirsi a una calcificazione polmonare oppure non sia piuttosto da attribuirsi ad un vaso.

Per quanto riguarda la differenziazione di una calcificazione polmonare da una calcificazione costale, tenere presente che essa è facile quando la calcificazione interessa — come spesso succede — tutta la cartilagine, è bilaterale e comincia nel caratteristico modo dal bordo inferiore della prima cartilagine costale che generalmente è la più colpita, e di lì si diffonde a tutte le altre; invece la differenziazione è difficile e richiede uno studio radioscopico e radiografico molto attento, magari con l'aiuto di proiezioni speciali, quando la calcificazione costale si presenta circoscritta sotto forma di un nodo opaco isolato.

Essendo l'immagine radiologica la proiezione su un unico piano di molteplici elementi disposti su vari piani rispetto al cono dei raggi, può accadere di riferire al parenchima polmonare una calcificazione che appartiene per esempio ad una linfoglandola sopraclaveare. Un utile accorgimento può usarsi in radioscopia invitando il soggetto a trattenere il fiato in ispirazione profonda, afferrando la cute della regione sopraclaveare e spostandola in qua e in là: se le ombre intense si spostano con la cute, con sicurezza non appartengono al polmone.

La discriminazione tra una calcificazione e un nodulo produttivo o essudativo è per solito facile; tuttavia è da tener presente che non sempre lo schematismo didattico delle diagnosi differenziali trova riscontro nell'esercizio pratico e qualche volta il compito è così arduo da mettere a dura prova l'acume

e la perspicacia dell'osservatore più esperto.

Questo per quanto riguarda brevemente i caratteri anatomico-patologici delle ombre da calcificazione ed alcune diagnosi differenziali con opacità di altra natura.

Ma al medico delle assicurazioni interessa non tanto svelare l'esistenza di una

Una opacità calcarea intensa, grossa quanto un pisello una lenticchia o poco più, a sede periferica situata per lo più nella regione media o inferiore di un campo polmonare è da riferirsi all'esito della componente parenchimale del focolaio di prima infezione (nodulo di Gohn); spesso si trovano nella regione ilare dello stesso lato una o più ombre

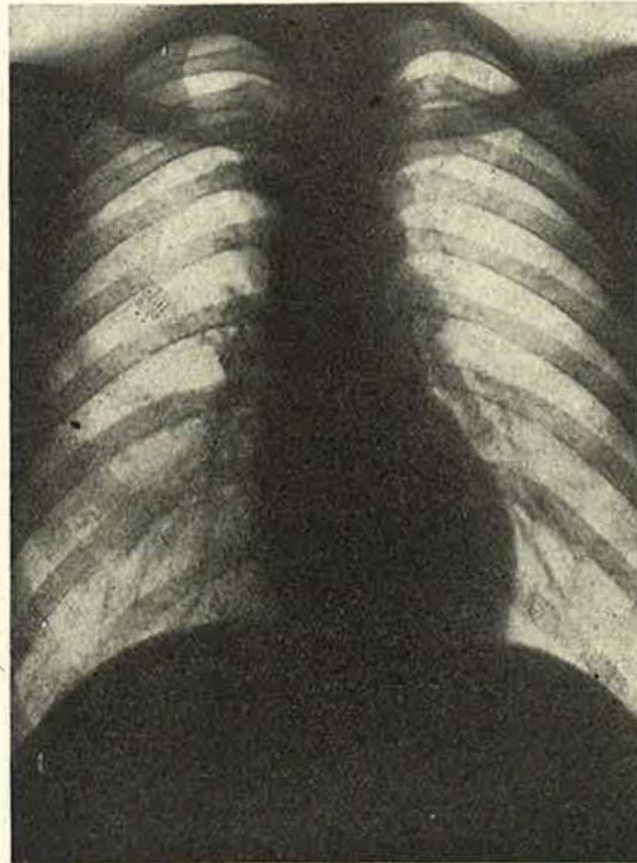


Fig. 1. — Complesso primario calcificato a destra.

calcificazione quanto cercare di stabilirne la genesi, e possibilmente valutarne l'importanza ai fini del rischio assicurativo, cosa certo non sempre agevole poichè è possibile fino ad un certo punto prevedere se l'infezione tubercolare, di cui la calcificazione rappresenta un esito, andrà o no soggetta a riprese evolutive.

Per orientarsi sulla presumibile origine delle calcificazioni polmonari si possono prendere in considerazione la *sede*, la *grandezza* e il *numero*.

moriformi corrispondenti alla calcificazione del ganglio o dei gangli ilari a cui vanno a sboccare i linfatici del lobo dove il focolaio primario ebbe a svilupparsi. Quando esistono entrambi questi elementi — calcificazione polmonare periferica e calcificazione ilare centrale — si ha allora l'espressione radiologica completa di un complesso primario di Ranke calcificato (fig. 1). Possono però esistere le due componenti separatamente, quella polmonare o più di frequente quella ilare, il che succede specialmente

a destra dove la localizzazione primaria è più frequente. Questo reperto in soggetti adulti, come sono quelli che si presentano all'esame radiologico nel nostro ambiente, con anamnesi completamente negativa per qualunque precedente tubercolare, e che non rivelano nessun segno di tubercolosi polmonare in atto, non ha importanza ai fini del rischio assicurativo.

Quando si riscontra una calcificazione grossa in sede sottoclaveare esterna, con molta probabilità essa è da riferirsi all'esito di una caverna da infiltrato pre-

più riservato, poichè in molti di questi casi sono state osservate « *poussées* » febbrili e piccole emoftoe, sintomi che stanno ad attestare che il processo non solo non è completamente spento, ma può andare soggetto per molteplici fattori accidentali a brusche riprese, e che gli stessi piccoli focolai calcificati sono presumibilmente l'espressione di altrettante reinfezioni.

Meno severa sarà la prognosi quando, in assenza spesso di ogni sintomo clinico, l'esame radiografico rivela l'esistenza di piccoli noduli biapicali inten-

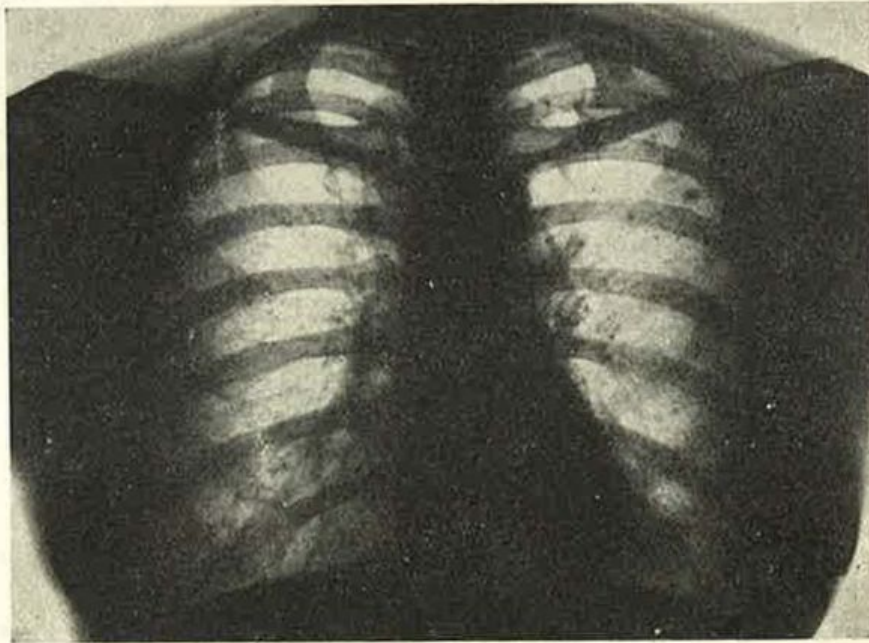


Fig. 2. — Calcificazioni nodulari nella regione apico sottoapicale sinistra.

coce ulcerato. In tal caso la prognosi deve essere piuttosto riservata, data la possibilità di reviviscenza del processo e di ulteriori diffusioni bacillari.

Se le ombre calcifiche sono numerose, di grandezza quasi uguale e sparse in ambedue i campi polmonari specialmente nelle regioni superiori (fig. 2), si può pensare ad una pregressa tubercolosi miliare o ad una broncopolmonite a focolai disseminati con esito in calcificazione. Di fronte a un reperto così fatto il giudizio prognostico deve essere ancora

samente opachi corrispondenti a focolai di Simon calcificati.

Ricordando la distribuzione anatomica delle ghiandole linfatiche nei vari gruppi, si può con molto fondamento sospettare come da riferirsi ad esse le opacità riscontrate in determinate sedi (fig. 3): calcificazioni delle linfoglandole paracheali quando le ombre sono disposte lungo la banda chiara che rappresenta l'immagine della trachea; calcificazioni delle linfoglandole della biforcazione a sede mediastinica che si rendono meglio

evidenti ricorrendo alle proiezioni oblique oppure aumentando la penetrazione dei raggi in modo che le calcificazioni profonde traspaiano attraverso l'ombra della colonna vertebrale e del cuore anche nella proiezione sagittale; sono già state ricordate le calcificazioni delle linfoglandole dell'ilo e di quelle appartenenti alla regione sopraclaveare.

Le ombre calcifiche che hanno sede tra la periferia e gli ili dovrebbero secondo l'Assmann corrispondere a gangli peribronchiali calcificati. Le calcificazioni della regione laterale del torace, mul-

dizio radiologico sicuro di una adenopatia ilare specifica guarita — che secondo Alessandrini si è autorizzati ad emettere quando si riscontri il tipico aspetto « moriforme » dovuto all'aggruppamento di piccoli focolai calcificati separatamente — nulla sta a deporre circa l'attività o meno del processo glandolare, e soprattutto circa i rapporti con lo stato di salute o di malattia del polmone. E' vero che la calcificazione glandolare o polmonare rappresenta una modalità di guarigione della tubercolosi, ma altro è la guarigione

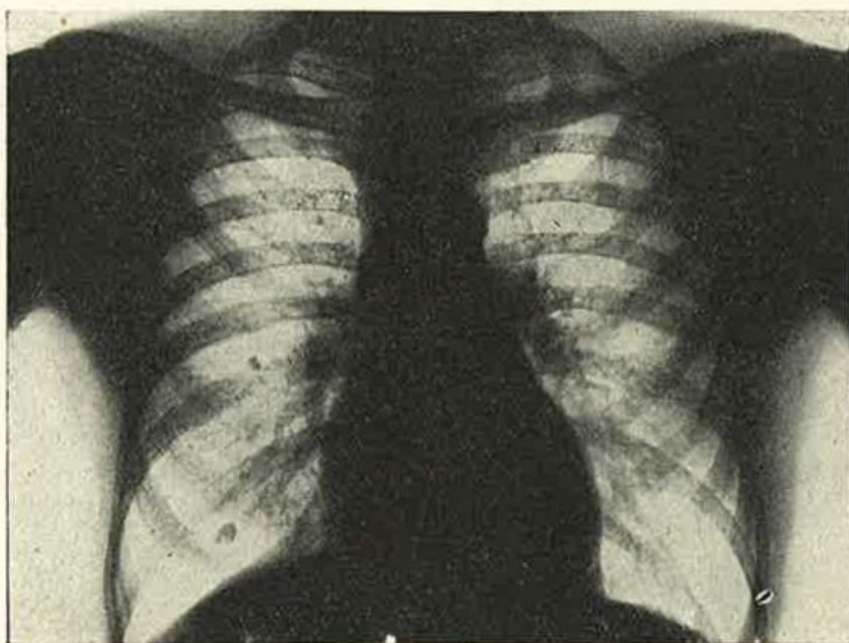


Fig. 3. — Calcificazioni delle linfoglandole bronchiali, ilari, polmonari.

tiple, intensamente opache, omogenee, grosse da una testa di spillo a una nocciola, disposte a gruppi o in linea retta a livello della 4^a-5^a costola, dove proiettano la loro immagine sull'ombra del gran pettorale, sono da riferirsi a linfoglandole calcificate della regione mammaria.

Circa il valore prognostico da assegnarsi al reperto di calcificazione glandolare in soggetti giovani, occorre secondo la maggioranza degli AA. essere estremamente circospetti. Anche il giu-

clinica intesa come *arresto della malattia*, in cui scompaiono i sintomi subiettivi e obiettivi e l'individuo ha ripreso le sue normali funzioni, altro è la guarigione vera o biologica, in cui non esistono più nell'organismo focolai tubercolari palesi o latenti. La ricerca sperimentale ha infatti dimostrato che spesso nei focolai calcificati si possono trovare bacilli tubercolari ancora virulenti « murati ma vivi » secondo la caratteristica espressione del Sergent, per cui tritutando la sostanza calcarea di questi focolai, di-

luendola in soluzione fisiologica ed iniettandola in cavie, si è potuto ottenere il riprodursi della tubercolosi, con reperto batteriologico positivo. La clinica inoltre ci insegna che alcune volte tali focolai latenti possono riaccendersi e dare origine a metastasi linfoematogene (reinfezione endogena). Senza voler generalizzare in tutti i casi, Dejerine e Kurlow mediante esami microscopici diretti e prove biologiche hanno dimostrato che i noduli completamente calcificati sono dei veri e propri processi di guarigione con assenza di bacilli, mentre i noduli calcificati solo al centro ma ancora cretacei e caseosi alla periferia possono presentare ancora bacilli virulenti nella zona periferica non calcificata.

Tutte queste considerazioni, di fronte ad un reperto di calcificazione nell'esame radiologico del torace, ci impongono molta prudenza sul giudizio di guarigione o meno di un processo tubercolare, e di tenere conto non solo della sede, numero, grandezza e degli altri caratteri anatomico-radiografici delle ombre e di tutti i dati clinici che possono concorrere a

lumeggiare il rischio, ma anche e soprattutto di prendere in considerazione le condizioni generali e lo stato di reattività del soggetto, la sua attività, la presumibile frequenza delle reinfezioni, le sue condizioni sociali, il mestiere e l'ambiente di lavoro, in una parola tutti quegli elementi che sono in grado di fornirci qualche utile indizio sulla validità o meno delle resistenze organiche e sulla probabilità di vita dell'individuo in esame, beninteso con la riserva delle incognite a cui l'infezione tubercolare già superata ma non del tutto vinta può eventualmente esporre.

BIBLIOGRAFIA

- BUSI, *Tecnica e diagnostica radiologica nelle malattie chirurgiche*, U.T.E.T., 1933.
 BUSI, *Sulla esplorazione radiologica del torace nella tbc. polmonare*, Pozzi, 1929.
 COSTANTINI e CAMPANI, *La tisiologia nella pratica medica*, Wassermann, 1933.
 HAENISCH, *Elementi di radiologia*, Soc. Editrice Libreria, 1936.
 KOHLER, *Limiti del normale e inizi del patologico in Roentgen-diagnostica*, Sperling e Kupfer, 1932.
 VIOLA, *Trattato di Semeiotica*, Vallardi, 1933.

La misurazione della pressione arteriosa retinica

Dott. Prof. MARIA VELE

della Direzione Generale dell'I. N. A.

I liquidi ed i tessuti oculari sono contenuti in un particolare involucro (sclera), anteriormente costituito dalla cornea, membrana trasparente, che vi è incastonata a guisa di vetro di orologio. Posteriormente vi è un forellino attraverso il quale, il nervo ottico, l'arteria e la vena centrale della retina entrano nell'occhio. Tanto la sclera che la cornea sono due membrane quasi inestensibili, perchè povere di fibre elasti-

che e il loro contenuto essendo sotto una determinata pressione, fa sì che il sangue fluisca nell'interno dell'occhio senza provocare pulsazioni visibili nelle sue arterie; cosicchè in condizioni normali all'esame oftalmoscopico non si rileva mai la presenza di un polso arterioso retinico. Questo si può manifestare, in seguito a una modica pressione sul bulbo esercitata volontariamente o in conseguenza di affezioni oculari e gene-

rali; e precisamente, esso comparirà nel momento in cui questa pressione sarà superiore a quella diastolica dell'arteria. Aumentando la pressione fino a eguagliare o a superare quella sistolica, si avrà anche la comparsa di un polso retinico sistolico ed allora anche durante la sistole l'arteria sarà vuota.

La misurazione della pressione arteriosa retinica oggi si usa su larga scala per l'utilità che arreca anche alla medicina generale. Molti apparecchi all'uopo sono stati escogitati (Bliedung, Seidel, Abramowicz, Sobanski, ecc.); sebbene alcuni diano attendibili risultati e non necessitino di oftalmoscopio, hanno l'inconveniente di avere uno strumentario complesso, non trasportabile, richiedono la presenza di un aiuto, mancano di utilità pratica oppure sono eccessivamente sensibili ecc.

Già i primi tentativi sperimentali per la misurazione della pressione retinica risalgono alla fine circa del secolo scorso; ma il passo fondamentale fu compiuto nel 1917 da Bailliart, con l'oftalmodinamometro, da lui stesso ideato. Esso è formato da un pistone metallico situato entro un tubo, il quale è a contatto con una molla a spirale; il bottone smusso, convesso con cui il pistone termina ad un estremo, appoggiato sul bulbo fa sì che l'estremità opposta del pistone esca dal tubo; questo estremo è provvisto di un quadrante su cui una lancetta messa in azione dal pistone stesso, indica la pressione raggiunta; un'altra lancetta spinta dalla prima rimane poi ferma al punto massimo dove è giunta. Per la lettura siccome il valore è espresso in grammi è necessario consultare il quadro di Bailliart e Magitot che permette di dedurre il valore in mmgr. di Hg.

Questo apparecchio è il più adottato oggi giorno per la sua praticità ed usato dalla massima parte degli specialisti. Ad esso si deve associare anche l'oftalmo-

scopio il quale permette di constatare il polso arterioso retinico, mentre l'oftalmodinamometro traduce in grammi la pressione necessaria esercitata sul bulbo per provocare il polso arterioso (generalmente si prende in considerazione solo il polso retinico diastolico).

Per l'esame del fondo si consiglia l'uso dell'oftalmoscopio a immagine dritta, così l'osservatore può contemporaneamente applicare l'oftalmodinamometro, il quale deve trovarsi perpendicolarmente al bulbo ed essere applicato in corrispondenza dell'inserzione del muscolo retto sterno.

A questo punto, è bene ricordare che le arterie oftalmoscopicamente presentano un colorito rosso-chiaro e rendono visibile quella stria lucente caratteristica, detta stria riflessa di Jäger, ed hanno un decorso poco sinuoso; le vene invece oltre ad avere un colorito più scuro, sono più grosse, più sinuose ed hanno la stria meno netta.

Generalmente questo esame si fa senza anestesia oculare, a cui si ricorre solo nei casi di grande sensibilità. Se la pupilla è miotica si può istillare atropina la quale come la cocaina non altera i risultati. Quando, con l'oftalmoscopio, l'osservatore ha individuato l'arteria centrale, incomincia a comprimere il bulbo con l'oftalmodinamometro, avendo cura che non scivoli sulla congiuntiva. Prima si provocherà un movimento delle vene, un fremito delle arterie, una ondulazione, poi una pulsazione incerta ed infine quella netta. Questa prima pulsazione netta è la diastolica; continuando la pressione arriveremo a quella sistolica.

Molta importanza, per l'uso di questo apparecchio, ha la posizione del paziente e la sua tranquillità; perciò bisogna cercare di persuadere le persone della massima innocuità della misurazione reti-

nica durante la quale il paziente deve stare seduto.

Da non molto tempo gli studi sulla pressione arteriosa retinica, oltre che all'arteria centrale, si sono estesi ai capillari retinici. Si sa che i fenomeni interni della nutrizione dei tessuti si svolgono a livello dei capillari, nei quali le ultime ricerche hanno dimostrato cominciano le lesioni, per poi estendersi ai grossi vasi. Tutti i vasellini che noi vediamo nel fondo dell'occhio sono arteriole e venule; i capillari che hanno origine dalle più sottili diramazioni dell'arteria centrale si prestano meno al nostro esame per il fatto che sono molto brevi; essi si staccano ad angolo retto dall'arteria centrale e penetrano nello spessore della retina dopo brevissimo tratto.

I metodi escogitati per lo studio della pressione capillare sono vari ma il più diffuso è il metodo capillaroscopico di Fortin mediante il quale si può in determinate condizioni vedere dettagliatamente la struttura intima della retina (visione entottica). Anche Scheerer, Dieter ed altri hanno costruito apparecchi per queste visioni.

Attualmente per le ricerche della pressione capillare non vi sono apparecchi che diano dati precisi, per il fatto che gli apprezzamenti soggettivi portano delle variazioni sul valore riscontrato. Un altro fatto che bisogna tener presente è il fenomeno che vien preso in esame, cioè, se si tratta del rallentamento della corrente, della cessazione della stessa o dell'oscuramento della visione.

Dalle ricerche di molti autori risulta che, con l'aumentare dell'età, si manifesta una ipotensione retinica relativa. In condizioni fisiologiche l'ipertensione si può avere dopo il pasto, in seguito a dolore e in seguito alle mestruazioni.

Oscillazioni nella pressione arteriosa retinica si possono avere nei cambiamenti di posizione del corpo. A questo proposito Fritz divide i soggetti in due tipi; tipi con scarso tono muscolare e tipi con valido tono muscolare. Egli avrebbe riscontrato nei soggetti atonici forti oscillazioni nei cambiamenti di posizione del corpo, mentre negli altri questa differenza sarebbe appena avvertibile.

Il giapponese Kamogawa ha rilevato che nel passaggio dalla posizione seduta a quella distesa, la pressione retinica in un primo tempo si innalza e poi si abbassa.

Reale importanza acquistano i valori dati dalla pressione dei vasi retinici quando vengono confrontati con quelli della pressione sanguigna generale. Quindi ogni qualvolta vorremo dare la importanza dovuta ai dati tonoscopici, dovremo misurare contemporaneamente la pressione omerale, farne il confronto e poi stabilire il valore. Bailliart dice che « la pressione arteriosa retinica diastolica è uguale, o sensibilmente uguale, alla metà della pressione diastolica omerale ». L'A. poi afferma che, mentre nei giovani fino a 15 anni si hanno variazioni maggiori, dai 26 ai 35 il valore è quasi costante. Non si deve dimenticare, come dice lo stesso Bailliart, che alle misurazioni tonoscopiche non bisogna dare lo stesso valore che ad un esame di laboratorio, perchè esse non ci danno con assoluta esattezza la pressione che esiste realmente nei vasi retinici. Dal complesso però la massima parte degli AA., stabiliscono che il rapporto tra pressione arteriosa retinica e pressione omerale è normale se oscilla tra 45:100 e 55:100.

Varie**La lotta antimalarica ed antitracomatosa in Grecia**

Dal Rapporto del Direttore della Sezione di Malariologia dell'Ufficio di Igiene di Atene togliamo alcune notizie riguardanti i lavori di risanamento antimalarico per tutta la Grecia.

La conformazione orografica della Grecia, in cui abbondano terreni irrigui mal drenati, pozzi artesiani la cui manutenzione è difettosa, terreni accidentati, come pure l'assenza di ogni nozione igienica da parte del ceto agricolo fanno sì che questa nazione vada molto soggetta alla malaria.

Per combattere con metodo razionale la malaria la Commissione Tecnica, all'uopo costituita dal Ministero d'Igiene e di Pubblica Assistenza, ha inquadrato un personale specializzato e selezionato per attuare i procedimenti tecnici di bonifica opportunamente coadiuvato dal Servizio Sanitario, mentre sono state elaborate alcune speciali norme legislative.

Riassumiamo in breve i lavori di bonifica fin'ora eseguiti tralasciando i grandi lavori di risanamento dell'Epiro di cui fu fatto cenno in una precedente nota.

Circondario di Atene. — In tale zona ove vivevano ben 90.000 malarici, sono stati praticati lavori per conto del Municipio in questi ultimi 5 anni, ottenendosi una interruzione del contagio malarico in modo totale e definitivo.

Stazioni balneari. — Nella città di Ediposos (Eubea) e ad Ypati si è proceduto a larghe applicazioni di verde di Parigi, di petrolio e a insembramenti con gambusie, ottenendo risultati molto buoni. Anche ai bagni di Kamena Vourla si è proceduto allo stesso trattamento e contemporaneamente a regolarizzazione delle acque superficiali, praticate anche a Kylini nel Peloponneso.

Peloponneso. — Si è proceduto al risanamento di uno stagno salato, ottenendo

l'interruzione di nuovi casi di malaria; uguale trattamento è stato fatto nella zona di Eghialia.

Macedonia e Tracia. — Per conto dell'Istituto d'Igiene si procedette fin dal 1921 a lavori di drenaggio ed irrorazioni di verde di Parigi; successivamente è stato istituito un dispensario antimalarico gestito dal 1935 per conto dell'autorità locale. Le statistiche di questi ultimi anni dimostrano che si è ottenuta la cessazione completa di nuovi casi di malaria. A Nea Carvali, ove si è proceduto alla protezione antimalarica per conto della Fondazione Rockefeller, si segnalano buoni risultati. Il Centro di Comotini, che comprende oltre 30.000 abitanti, dopo l'irrorazione di verde, i drenaggi, l'insembramento di gambusie e l'istituzione del dispensario è indenne da nuove forme malariche. Ugualmente deve dirsi di Xanthi e della regione di Salonico, ove per conto di municipi è stato possibile procedere ad una bonifica malarica.

Da questo complesso di opere sopradescritte si sono avvantaggiati molti centri urbani e rurali bonificando una zona occupata da un complesso di due milioni d'abitanti.

* * *

Non è possibile determinare quale sia il numero dei tracomatosi in Grecia, ma certamente questa malattia vi è diffusissima; la mancanza di ospedali e di ambulatori specializzati non permette che statistiche incomplete. Inoltre, in tutto il paese sono diffuse in modo endemico la congiuntivite diplococcica e l'oftalmia purulenta che si manifestano soprattutto nell'autunno.

L'Ispettore oculista Dr. Oeconomopoulos che ha fatto per conto del Ministero di Igiene una inchiesta sulla diffusione del tracoma a Chio, a Creta ed in altre loca-

lità, ha proposto le seguenti misure approvate dal Governo. In ogni capoluogo di Dipartimento saranno istituiti dispensari antitracomatosi, come pure nelle città e nei paesi più colpiti. I medici oculisti dei singoli dipartimenti saranno incaricati della campagna antitracomatosa e praticheranno visite e cure con dispensari e attrezzature mobili. I medici scolastici inoltre dovranno diffondere le più importanti nozioni per la

lotta e la profilassi cui si associeranno anche le infermiere visitatrici. Si sta studiando la possibilità di creare un Istituto antitracomatoso con sale di consultazioni, per oftalmoscopia, operazioni, un laboratorio completo, e una biblioteca.

Ci auguriamo che la campagna intrapresa su queste basi possa dare risultati lusinghieri in un prossimo avvenire.

Prof. Dr. BASILIADES.

Dai Libri e dai Periodici

La tubercolosi polmonare dopo i 40 anni.

Renauld e Lagaillarde in una relazione presentata alla Soc. degli Studi scientifici sulla tbc. in Parigi, che troviamo recensita in « Presse Médicale », n. 62 c. a., hanno esaminato l'andamento di questa malattia in tale periodo della vita traendone conclusioni interessanti.

Così nel Dipartimento della Senna si è trovato che il numero dei morti per tbc, verificatisi oltre l'età di 40 anni, supera il 45 % dei morti per tutte le età; ciò accade anche per la maggior parte degli altri popoli di Europa. Gli AA. hanno poi osservato che l'autopsia dei deceduti dopo i 40 anni ha dimostrato l'esistenza di importanti focolari di tbc. polmonare pure essendo la denuncia e la causa di morte diversa dalla lesione specifica; se si tenesse conto della rettifica all'autopsia i casi di tbc. dovrebbero aumentare del 10 %.

Da tali indagini Renaud e Lagaillarde hanno potuto dedurre che se a 20 anni la mortalità per questa malattia è del 12,4 % essa sale fino al 20 % all'età di 30 e si mantiene a tale livello in modo costante fino a 70 anni. Ogni generazione presenta il 20 % di mortalità per tbc. polmonare. Questa curva di mortalità costante è l'immagine più esatta che si possa costruire oggi e dimostra che, a differenza di quanto si crede, non solo i giovani, ma anche le persone mature soccombono alla tbc. in proporzioni non inferiori.

St.

Indicazioni e risultati a distanza della cura chirurgica della tbc. polmonare.

G. GAETA (Atti Congresso di Chirurgia, Torino, ottobre 1937) ci fa conoscere una sta-

tistica di 540 casi di tbc. polmonare da lui trattati chirurgicamente e gli esiti a distanza di essi. (Policlinico n. 31, 1938).

Dopo aver ricordato i vari processi operatori impiegati, principalmente la toracoplastica di Monaldi e di Sauerbruch, l'apicolisi con e senza piombaggio, la scalenotomia, la frenoexeresi, l'A. ci dà i seguenti risultati:

1) Toracoplastica circa il 50 % di guarigioni cliniche; 2) apicolisi, circa il 40,3 %, scalenotomia circa il 30 %; 4) frenoexeresi circa il 40 %.

Nel rimanente dei casi si è ottenuto un miglioramento e in una discreta percentuale si è avuto esito negativo.

C. S.

Le emorragie tracheali (Tracheite emorragica).

Su 1800 broncoscopie praticate in 7 anni sono stati trovati 58 casi di emorragia tracheale da Cordier e Munier. - Kuhn (« Presse Médical » 6 luglio 1938. Parigi).

E' da raccomandare prima di tutto di non abusare in pratica di questa diagnosi per non incorrere nell'errore di assegnare uno scarso valore ad alcune emottisi che hanno invece un significato molto più grave, e, d'altra parte, occorre tenerla presente per poter escludere dalla etichetta di tubercolosi certi « sputatori di sangue ».

In pratica si presentano dei malati che emettono un espettorato sanguigno pur trovandosi in buone condizioni generali, nei quali un esame completo clinico, radiologico, microscopico non mette in evidenza alcuna lesione tuberculare del polmone. La broncoscopia può in que-

sti casi risolvere il quesito diagnostico. Ma capita alcune volte di non poter disporre della broncoscopia e allora bisognerà cercare di arrivare alla diagnosi, che spesso sarà dubbia, per esclusione. Con esami ripetuti si escluderà prima di tutto la tubercolosi per la quale però potranno restare sempre dei dubbi. È facile eliminare la stenosi mitralica essendo raro che essa determini delle emottisi senza segni cardiaci. Si terranno present inoltre per la diagnosi differenziale le bronciectasie, il cancro polmonare, la broncospirochetosi di Castellani e le emottisi complementari sulla cui esistenza molto si discute.

Le lesioni tracheali che si riscontrano alla broncoscopia sono varie, come vario è il meccanismo delle emorragie.

c. s.

Turbe mentali nel corso della tubercolosi polmonare.

Se è vero che anche a malattia inoltrata si incontrano tubercolotici dotati di forte intelligenza, di umore lieto, facili alle illusioni non è men vero che l'insonnia, la stanchezza generale, la svogliatezza al lavoro, le cefalee, i capogiri, le esauribilità mentali possono essere i segni premonitori di una tubercolosi (STANGANELLI, *Lotta contro la tubercolosi*, maggio 1938, Roma).

Esiste una forma nevrosica della tubercolosi polmonare che rientra nel quadro del Basedowismo tubercolare e che è espressione di un particolare stato umorale-dinamico costituzionale sul quale facilmente la tubercolosi si impianta.

Per quanto riguarda le malattie mentali si è potuta notare la grande mortalità per tubercolosi nei manicomi e specialmente i dementi precoci (60-70 %) muoiono di questa malattia.

La scoperta del Lowenstein il quale trovò culture positive del bacillo di Koch nei dementi precoci con una frequenza di 142 casi su 322 esaminati, parve fornire la chiave del problema.

L'Autore in base alle sue osservazioni è portato ad ammettere che i disordini mentali, dalle alterazioni dell'umore alle varie psicosi, nei tubercolotici non costituiscono una evenienza accidentale ma dimostrano uno stretto legame con la impregnazione bacillare.

Nelle forme di depressione psichica o nelle forme demenziali non è mai superfluo praticare una accurata ricerca di focolai latenti.

c. s.

Valore pratico di alcune reazioni sierodiagnostiche per la lues nella clinica.

Nel campo della sierodiagnostica della lue si hanno a disposizione attualmente molte prove praticamente utilizzabili ed abbastanza sicure.

Poichè il valore di una reazione vien dato dalla sensibilità e dalla specificità di essa in base a tale elemento di giudizio la maggior parte degli autori è d'accordo nell'attribuire alle reazioni di flocculazione una certa superiorità rispetto alla Wassermann. Tale superiorità si accentua per la Kahn.

D'IGNAZIO e CALABRESE, nel *Policlino* (Sez. Pratica, 1938). — Con l'esame di 5421 reazioni sierologiche si propongono di stabilire se siano rispondenti al vero le vedute surriferite.

La reazione di Meincke di chiarificazione, seguita dalla reazione d'intorbidamento, è quella che dà il maggior numero di positività ma occupa anche il primo posto come reazione aspecifica. Difatti essa, con le reazioni di sieroflocculazione in genere, dà il maggior numero di reazioni aspecifiche nella tbc., nelle neoplasie, nelle forme granulomatoze, nelle forme epatosplenomegaliche ed in corso di processi febbrili, mentre il minor numero di reazioni aspecifiche è dato dalla Wassermann. Questa resta dunque ancora oggi la più attendibile e sicura.

c. s.

La prognosi della schizofrenia.

La prognosi è particolarmente difficile nella patologia mentale e soprattutto in una malattia a limiti indecisi come la schizofrenia, nella quale, tra l'altro, bisogna tener presenti le variazioni tra le forme schizofreniche endogene e gli stati schizofrenici (Henri Schaeffer, « Presse Médicale », 1938, n. 25).

Circa l'influenza dell'eredità è stato notato che gli antecedenti ereditari esistono più frequentemente nei casi a quadro clinico atipico ed evolvono verso la guarigione completa o incompleta, mentre le forme tipiche di schizofrenia evolvono verso la demenza presentano meno frequentemente delle tracce ereditarie.

Per quanto riguarda la costituzione pare che il tipo leptosomico sia più disposto verso la malattia e presenti le forme più gravi.

Il temperamento schizotimico si trova nelle forme ad evoluzione sfavorevole mentre nelle forme a decorso favorevole si trova più frequentemente il temperamento ciclotimico.

L'età ha pure importanza, per Manz, ai fini della prognosi, e secondo questo Autore nelle forme gravi l'inizio della malattia avviene fra 16 e 25 anni.

Fatto importante da tener presente è l'evoluzione favorevole delle forme atipiche.

c. s.

Il metabolismo basale.

La determinazione del metabolismo basale è fondata sul calcolo delle calorie che si sviluppano nelle ossidazioni cellulari in condizioni di riposo sia muscolare che digestivo.

Sarebbe preferibile praticare la determinazione la mattina a digiuno stando il paziente a letto e ove ciò non fosse possibile è necessario iniziare la ricerca almeno dopo un'ora di riposo del soggetto in esame. Occorre pure in questo la calma respiratoria perchè una iperventilazione o una ipoventilazione danno modificazioni del risultato.

Rivoire (« Presse Médicale » 4 giugno 1938) rileva che la lettura del quoziente respiratorio permette di svelare gli esami fatti male perchè difficilmente si hanno quozienti inferiori a 0,70 e superiori 0,95.

Il metabolismo basale può essere aumentato o diminuito al di fuori di ogni affezione tiroidea, la sua misura è sempre approssimativa e nella diagnosi delle piccole insufficienze tiroidee o dei piccoli ipertiroidismi non ci può dare un valido ausilio. Inoltre le modificazioni del metabolismo basale non sono un indice sicuro di affezione tiroidea e la mancanza di esse nelle forme dette da alcuni Autori parabasedowiane significa solamente che vi possono essere disturbi ipertiroidici (poichè in questi rientrano le forme così dette parabasedowiviane) senza aumento del metabolismo basale.

Il trovare il metabolismo basale aumentato del 18% in un soggetto senza tremore, senza tachicardia e senza segni oculari non ci autorizza a diagnosticare un morbo di Basedow.

Se si sospetta un ipertiroidismo si farà bene a praticare il dosaggio del glutatione e del iodo nel sangue o della colesterinemia se si sospetta un ipotiroidismo.

c. s.

Il fattore renale nella ipertensione arteriosa.

Leggiamo nel « Policlinico » Sez. Pratica, n. 37 del 1938 una nota critica su questo argomento compilata dal Dott. GERBI dell'Ospedale Maggiore di Milano. In tale lavoro l'A. ri-

chiama l'attenzione sull'importanza del fattore renale talvolta misconosciuto quale coefficiente dell'ipertensione arteriosa. Egli ritiene che i vasospasmi retinici o arteriolari diffusi molto spesso si accompagnano allo spasmo delle arteriole renali e che siano queste ultime a provocare le manifestazioni angiospastiche generali. L'importanza che riveste il fattore renale nel determinismo dell'ipertensione, anche se lo spasmo non provocherà per un notevole periodo di tempo lesioni anatomiche del rene, fa ritenere all'A., anche in base ad indagini di fisiopatologia sperimentale, che la stessa perdita del controllo vasomotore di tutto il territorio degli splancnici non ha valore ipotensivo fino a che rimane la ischemia renale.

Successivamente GERBI ritiene che molto dubbia sia l'iperfunzione surrenale nella ipertensione di ischemia renale ed ugualmente si deve presumere dell'increto ipofisario; pertanto spiega i successi della splancnicotomia secondo Pende in rapporto, più che da una diminuita secrezione adrenalina, ad una vasodilatazione del territorio renale che consegue all'intervento.

Di tutto ciò ne deriva l'importanza dei fattori neurovegetativi endocrini difficilmente accertabili nella patogenesi dell'ipertensione arteriosa essenziale.

St.

Il decorso della cardiopatia ipertensiva.

Troviamo nel n. 34 del c. a. del « Policlinico » un riassunto di un interessante lavoro del Dr. FLAMANN pubblicato in « A. Journal Med. Sc. » nel maggio corrente. Esaminando 127 pazienti con arteriosclerosi l'A. ha trovato l'84,3% di soggetti che avevano superato i 60 anni. La durata dell'ipertensione ha oscillato tra 22 e 35 anni; la durata della vita diminuì notevolmente allorchè apparvero le manifestazioni congestizie dello scompenso cardiaco. Quest'ultima complicanza ha provocato la morte nel 71%.

Ad evitare l'aggravarsi di uno scompenso cardiaco iniziale il miglior giovamento è stato ottenuto coll'uso giornaliero della digitale e limitando notevolmente il lavoro fisico.

St.

Il lavoro del cuore e il tono miocardico nello studio clinico delle cardiopatie.

Non vi è misura dell'attività cardiaca più importante di quella che ci indica la portata

circolatoria, cioè la quantità di sangue mandata in circolo nell'unità di tempo, e lo studio della frequenza del polso, della pressione arteriosa, dell'ortodiagramma, ecc., integrando questo dato fondamentale ci consente una valutazione più ampia della funzionalità cardiovascolare.

Indicando con P la pressione sistolica nella aorta e nell'omero e con V la quantità di sangue spinta nel grande circolo nell'unità di tempo, il lavoro prodotto dal ventricolo sinistro nell'unità di tempo sarà: $X = P \times V$, e la quantità di lavoro cardiaco riferita all'unità di volume del cuore viene assunta come indice del tono miocardico.

Nelle cardiopatie compensate secondo Rigoni (Cuore e circolazione n. 5, 1938), il tono miocardico nelle forme mitraliche e un poco inferiore alla media normale (media normale uguale Kgm. 1,060 per 100 di volume cardiaco; massima Kgm. 1,330) nelle cardiopatie aortiche con insufficienza il tono miocardico è invece in limiti massimali.

c. s.

La permanenza in letto per le persone anziane.

LAPLACE e NICHOLSON hanno eseguito uno studio sopra i danni che conseguono nei vecchi affetti da fratture dell'anca o da artrodesi spinale e pertanto costretti a lungo in letto. Orbene, da tale studio che troviamo ampiamente riportato nel n. 38 del « Policlinico » c. a., risulta che i pericoli e le modificazioni fisiopatologiche osservate sono molteplici. Sopra 30 malati, di cui 27 di oltre 60 anni, ne morirono 17 la maggior parte con decadimento delle condizioni generali e terminati con fatti broncopolmonari o deficienza cardiaca con tossiemia.

I sintomi più importanti rilevati sono: una diminuzione della pressione, la tendenza ad un leggero aumento della capacità vitale, un abbassamento lieve del metabolismo basale, anemia e leucocitosi.

Tra le complicanze secondarie si ricordano le ulcere da decubito, le psicosi tossiche, disidratazione dei tessuti come pure una tendenza alla cianosi delle estremità.

Sembra che in questi soggetti il sangue si accumuli nei capillari venosi con diminuzione della circolazione e della gettata cardiaca; una vasocostrizione compensatoria mantiene la pressione arteriosa, determinando un'insufficienza circolatoria relativa.

St.

Per una cartella climatologica del Balilla e della Piccola Italiana.

Leggiamo una notevole disamina di tale proposta, che riguarda questo problema di vasta portata sociale, in uno studio del P. Paoloni della R. Università di Perugia e Direttore del Servizio Meteorico Sanitario Italiano nel n. 3 di « Meteorologia pratica » del c. a.

Dopo aver ricordato come nell'estate del 1937 l'Eredia insistè perchè fossero eseguite ricerche climatologiche per una classificazione nazionale delle colonie marine e come, fin dal 1930, Del Duca avesse richiamato l'attenzione sopra le reazioni psico-fisiologiche del clima sui fanciulli; l'autore passa ad esporre le ragioni che consigliano l'istituzione di una cartella climatologica per i Balilla e per le Piccole Italiane.

Con vero senso pratico P. Paoloni presenta uno schema di questa cartella clinica che dovrebbe essere compilata per ogni soggetto. In essa, oltre le caratteristiche somatiche generali, sono riportate per ogni giorno le caratteristiche psicofisiche avvertite dal ragazzo. E' da notare come l'A. desideri che i giovanetti stessi, se appartenenti alle elementari superiori, rispondano personalmente alle domande.

Queste riguardano: l'umore, l'apprensione, il sonno, l'appetito e la forza muscolare; dirimpetto, nel modulo, sono riferite le osservazioni giornaliere meteorologiche sulla pressione barometrica, temperatura, umidità, pioggia, vento predominante ed esposizione al sole del soggetto.

Sarebbe utile che tale indagine fosse estesa alle colonie permanenti, secondo il desiderio dell'A., poichè così sarebbe possibile ricavare criteri bioambientali applicabili nell'ecologia infantile. Sarebbe pure bene che il direttore delle colonie riferisse obbiettivamente l'effetto della cura climatica anche sfavorevole, in tal modo si eviterebbe l'invio successivo allo stesso ambiente dei soggetti che potrebbero trovare giovamento in altro tipo di colonie.

Vogliamo sperare che questa proposta di indagine climatologica dovuta all'illustre Direttore del Servizio Meteorico Italiano trovi presso le autorità della G.I.L. quella giusta comprensione che merita, per far sì che le giovani generazioni, cresciute all'ombra del Littorio, risultino domani sani e forti espressioni della più pura razza italiana.

St.

La sopramortalità del sesso maschile.

In un lavoro corredato da numerosi e ricchi dati statistici il Dr. Ernst Fürth di Vienna fa rilevare l'esistenza di una sopramortalità per il sesso maschile, più evidente nei lattanti e nell'età infantile ma esistente anche in tutte le altre età. (« Der Versicherungsarchiv », giugno 1938). Questa sopramortalità del sesso maschile farebbe supporre la esistenza di un elemento costituzionale rappresentato da fattori letali che, già esistenti nell'embrione, manifestano la loro influenza in tutte le età e specialmente nell'età infantile. Esisterebbe perciò un maggior valore biologico del sesso femminile che non dovrebbe venir trascurato in assicurazione vita.

Bi.

L'autarchia e gli insetti dannosi in agricoltura.

Il prof. Filippo Silvestri in un articolo su tale argomento che leggiamo nel n. 3 dell'interessante Rivista « L'Autarchia Alimentare », pubblicazione che si occupa dei contributi alimentari dell'Impero, ha esaminato la questione ed è giunto a cifre veramente imponenti. La sola perdita del frumento si aggira annualmente sul milione di quintali, altrettanto si deve presumere per la fava; cifre maggiori raggiungono gli agrumi e soprattutto gli ortaggi di grande coltura le cui perdite si devono aggirare sui 10 milioni di q.li. Il valore economico di tanti prodotti si aggira intorno ad un miliardo e 200 milioni di lire.

Giustamente l'A. sostiene che a migliorare tanto danno occorre una lotta fitopatologica organizzata non solo dai tecnici ma anche da tutti gli agricoltori per il bene del singolo e della Nazione.

St.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

Tutela sanitaria e sociale del Lavoro e della Razza. — Ed. di propaganda di « Difesa Sociale » I, N. F. P. S.

E' il quaderno di propaganda n. 4, dell'Istituto Nazionale Fascista di Previdenza Sociale. Contiene 30 tavole che illustrano gli aspetti clinico-sociali più evidenti dell'assistenza igienico-sanitaria dell'I. N. F. P. S. per la tutela del Lavoro e della Razza. Ciascuna tavola è preceduta da una pagina esplicativa, che integra la documentazione fotografica della vasta e benefica opera svolta dal fascistissimo e benemerito Istituto nel campo dell'assistenza sociale.

MACAGGI, *Problemi medico legali dello sport.* Relazione al Convegno Ass. It. Med. Legale, Modena, 1937-XVI. — Estratto da « Archivio di Antropologia criminale e medicina legale », fasc. IV, 1937.

La sistemazione dei problemi medico legali dello sport, che importa tra l'altro il problema della differenziazione tra la medicina sportiva generica e la medicina legale dello sport, è ormai indispensabile. Se finora si è sentito parlare soltanto di problemi fisiologici, igienici, ecc., dello sport ormai è il momento che si consideri anche la parte della medicina legale nel problema.

L'A., dopo aver esaminato i riflessi sportivi dell'ipertiroidismo e della costituzione e le lesioni dovute allo sport, conclude che gli eventi dannosi e le circostanze antisociali nascenti nell'ambito dello sport non debbono costituire la ragione per sottovalutare il valore di questo mezzo educativo.

MACAGGI, *Indirizzi politici della medicina legale da Francesco Puccinotti ai giorni nostri.* — Estratto da « Zacchia » N. 2, 1938.

L'A. afferma che la scienza risente profondamente del carattere nazionale e soprattutto la medicina legale acquista un indirizzo politico per gli stretti legami che contrae con le scienze morali le quali non possono prescindere dalla politica.

RUGGIERI, *Die Bedeutung der hypophyse für die pathologie der blutgefäße.* — Estratto da « Ergebnisse der Inneren Medizin und Kinderheilkunde », Berlino, 1935.

RUGGIERI, *Ueber eine ausgedehnte Diaphragmabildung im rechten Herzvorhof.* — Estratto da « Centralblatt für allgemeine pathologie und pathologische Anatomie » 63 band, 1935, Jena.

RUGGIERI e JACOBELLIS, *La sensibilizzazione delle cavie per la prova biologica dei prodotti tubercolari.* — Estratto da « Il Morgagni », 1934, Napoli.

Gli AA. hanno studiato l'azione delle irradiazioni roentgen sull'andamento della infezione tubercolare sperimentale nelle cavie e traggono dai loro studi la conclusione che i raggi roentgen minorano le resistenze organiche degli animali. Tuttavia questa minorazione la

si ottiene solo con le dosi forti di irradiazione mentre le dosi deboli hanno piuttosto un'azione favorente la capacità difensiva.

RUGGIERI e BORRUSO, *L'azione del « Lipoitrin » sui corpi chetonici del sangue circolante nella magrezza endogena.* — Estratto da « Policlinico » Sezione Medica, anno 1936, Roma.

Gli AA. studiano la chetonemia a digiuno dopo carico alimentare di olio di olive e dopo iniezione di pituisan Sanabo in soggetti normali e in soggetti affetti da magrezza endogena.

NISTICÒ, *Decubito acuto dopo un accesso epilettico.* — Estratto da « Policlinico » Sez. Pratica, anno 1910, Roma.

NISTICÒ, *Della glicosuria alimentare, della eliminazione degli eteri solforici e dell'urobilina nei pellagrosi.* — Estratto dalla Rivista « Il Lavoro », 1911, Milano.

NISTICÒ, *Il problema italiano della natalità.* — Tipo Editrice Bruzia, 1931, Catanzaro.

L'A. studia i valori della natalità, l'andamento di essa in Italia e mette in evidenza l'opera del Regime per l'incremento demografico. Termina esprimendo la certezza che i sanitari condotti sapranno compiere il proprio dovere di missionari della salute.

NISTICÒ, *La lattoreazione (Zammit-test) nel latte di capra di una località calabrese.* — Estratto dalla « Gazzetta Internazionale di Medicina, Chirurgia, Igiene, Interessi Professionali », Napoli, 1910, n. 38.

NISTICÒ, *L'eliminazione dei cloruri durante la colica saturnina.* — Estratto dalla Rivista « Il Lavoro », n. 15, 1912, Milano.

NISTICÒ, *Febbre Sifilitica.* — Estratto da « Policlinico » (Sez. Pratica) 1911.

NISTICÒ, *Costituisce sfregio permanente l'asportazione di una quarta parte del padiglione auricolare e arreca danno alla funzionalità di esso?* — Estratto da « Gazzetta Internazionale di Medicina », Napoli, 1910-8.

PEZZOLI, *Sviluppi legislativi della previdenza e della assistenza sociale nell'anno XV del-*

l'Era Fascista. — (Estratto da « Assistenza Fascista », n. 1-3, 1938, Roma.

L'A. dopo avere precisato che la Rivoluzione Fascista è una marcia verso sempre nuove affermazioni e creazioni, esamina il vasto complesso di norme legislative nel campo della previdenza e assistenza sociale, dalla riforma delle assicurazioni contro gli infortuni del lavoro all'ordinamento degli enti mutualistici.

DELL'AQUILA, *Contributo alla fisiopatologia della conducibilità elettrica della cute.* — Estratto dal « Bollettino dell'Accademia Pugliese di Scienze », giugno-luglio, 1934, Bari.

L'A. studia la conducibilità elettrica della cute in diverse condizioni sperimentali in rapporto al caldo, al freddo, alla compressione vascolare, ecc.

DELL'AQUILA e IAIA, *Conducibilità del siero di sangue per introduzione di calcio e per azione dei raggi ultravioletti.* — Estratto dall'Arch. di Farmacologia sperimentale, volume LX, 1936, Roma).

Gli AA. hanno studiato le variazioni della conducibilità elettrica del siero di sangue in rapporto alla introduzione di sali di calcio e al tempo in cui avviene l'irradiazione con raggi ultravioletti.

DELL'AQUILA, *Azione della Guanidina sul cuore di rana.* — Estratto da « Fisiologia e Medicina », anno VI, fasc. 7, Roma.

L'A. ha notato in primo tempo una maggiore frequenza delle pulsazioni con aumento dell'energia sistolica e in secondo tempo rarefazione con aumento dell'energia diastolica.

Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari

Dott. CALVI Giulio, Edolo (Brescia).
Dott. ZANOTTI Filippo, Trobaso (Novara).
Dott. NESI Romeo, Postiglione (Salerno).

Si è spento a Salerno nei giorni scorsi il padre del nostro collega Dott. CESARE FAVA. Alla famiglia giungano le condoglianze più vive dell'« Assistenza Sanitaria ».

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

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

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