

# L'ASSISTENZA

# SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO  
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



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

Anno VII  
Numero 6  
5 Dicembre  
1938 - XVII  
Edizione in abbonamento postale - Roma



Corporate Heritage  
& Historical Archive

# L' Istituto Nazionale delle Assicurazioni per la gioventù

## Le nuove e importanti caratteristiche della " POLIZZA DELLA G. I. L. "

Gli accordi che il Comando Generale della G.I.L. ha preso da tempo con l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni per la diffusione dei principj della previdenza assicurativa, hanno avuto recentemente conferma nei confronti della

### **POLIZZA DELLA G. I. L.**

che rappresenta quanto oggi vi è di più adatto per la gioventù nel campo del risparmio assicurativo.

Per dimostrare quanto questa polizza sia aderente alla vita del giovinetto, basta citare due

### **Concessioni senza precedenti**

- 1) — abbuono di una semestralità di premio qualora l'assicurato abbia ottenuto, in un esame di Stato e a primo scrutinio, una votazione non inferiore ad 8/10 per ciascuna materia. Questa agevolazione potrà essere consentita due volte sullo stesso contratto, semprechè la polizza, al momento in cui si determina il diritto all'abbuono, risulti in vigore ed abbia un'antidurata non inferiore a tre anni;
- 2) — sospensione dal pagamento dei premi per un semestre qualora l'assicurato sia costretto a ripetere l'anno scolastico per mancata classificazione in dipendenza di malattia, semprechè il contratto risulti in vigore ed abbia un'antidurata non inferiore ad un anno.

### **Facilitazioni molteplici**

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni inoltre concede per la « Polizza della G.I.L. »:

- a) — la liquidazione del valore di riscatto dopo soli due anni e purchè la polizza sia al corrente col pagamento dei premi, qualora per sopravvenuta morte del padre contraente, la famiglia dell'assicurato si trovi (per dichiarazione del Comando G.I.L. di zona) nell'impossibilità di continuare il pagamento dei premi;
- b) — la riduzione del costo di polizza da L. 5 a L. 3;
- c) — l'abbuono totale di tale costo sulle « Polizze G.I.L. » successive alla prima stipulate nella stessa famiglia.

Ma l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni va oltre ancora, segue il giovinetto fino alla completa sua maturità, fino all'inizio della sua vita sociale e cioè fino al momento in cui egli formerà una famiglia. Anzi, è per sollecitare questo momento che concede:

l'anticipo di un anno della scadenza del contratto qualora l'assicurato contragga matrimonio e

l'anticipo di un biennio della scadenza stessa, nel caso che dal matrimonio l'assicurato abbia almeno un figlio prima della scadenza del contratto.

Queste due facilitazioni sono subordinate alla condizione che il matrimonio avvenga prima del compimento del 25. anno di età.

Da quanto sopra esposto risulta evidente che la « POLIZZA DELLA G.I.L. » non soltanto offre condizioni della massima utilità previdenziale, ma costituisce il mezzo più efficace ed atto alla diretta educazione degli adolescenti e dei giovinetti ai sani principj del risparmio assicurativo.

L'Organizzazione produttiva dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni in collaborazione col Comando Generale della Gioventù Italiana del Littorio e i dipendenti Comandi Federali, è intenta, con alta comprensione del nobile fine da raggiungere, a diffondere la « Polizza della G.I.L. » come il dono più saggio che possa offrirsi alla fiorente gioventù italiana.

# 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

AVELLINO - Consultorio, presso l'Agenzia Generale, Piazza Libertà, 32.

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

CASERTA (Napoli) - Consultorio, presso l'Agenzia Generale, Corso Umberto I, 53.

IGLESIAS (Cagliari) - Consultorio, presso l'Agenzia Principale.

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

UDINE - Consultorio, presso l'Agenzia Generale, Via Cavour, 38.

#### **Ivi funzionano:**

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

#### **Di prossima istituzione:**

COMO - Consultorio, presso l'Agenzia Generale, Via Domenico Fontana, 2.

GORIZIA - Consultorio, presso l'Agenzia Generale, Via Crispi - Palazzo I. N. A.

# 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) Pubblicazioni 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 e 2° e 4° giovedì 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 Romsini, 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

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.

### Venezia Giulia

TRIESTE (Centro e Consultorio), Piazza Dalmazia, 3, tutti i giorni non festivi.

Udine (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Via Cavour, 38, 2° martedì del mese, ore 10-12 e 15-18.

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

BOLOGNA (Centro e Consultorio), Via Pignattari, tutti i giorni non festivi.

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**

*Avellino* (Consultorio) presso l'Agenzia Generale, P. Libertà, 52, 2° e 4° martedì del mese, ore 10-13.

*Benevento* (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Via Isabella Morra, 6, 1° e 3° mercoledì del mese.

*Caserta* (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Corso Umberto I, 53, 2° e 4° giovedì del mese.

*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**

*Salerno* (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Corso Garibaldi, Pal. Natella, 2° e 4° lunedì del mese.

*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.

*Iglesias* (Consultorio), presso l'Agenzia Principale, 1° lunedì del mese, ore 9,30-12,30.

*Nuoro* (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Via Garibaldi, 81, ultimo lunedì del mese, ore 9-12,30.

*Oristano* (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, BOLOGNA, BOLZANO, CAGLIARI, MESSINA, MILANO, NAPOLI, PADOVA, TORINO, TRIESTE, 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. 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  
- 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. 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.

**CAGLIARI**

**Odontoiatri**

*Cagliari:* Dr. L. FRONGIA, V. Manno, 88 - Dr. G. PINNA-STARA, Viale Diaz.

**Otorinolaringoiatri**

*Cagliari:* Dr. A. CANESSA, V. Manno, 5.

**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. Etnea, 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. TÖRLASCHI, 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. BERTOLOTTI, V. Beltrame, 4 - Dr. G. IRITZ - Dr. E. REBIZZI, P. Roma, 17 - Dr. R. ZANNINI.

*Casalmaggiore:* Dr. O. BOLES.

**Oculisti**

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

**Otorinolaringoiatri**

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

CUNEO

**Odontoiatri**

*Cuneo*: Dr. F. MANFREDI.

**Oculisti**

*Alba*: Dr. G. VARALDI.

**Otorinolaringoiatri**

*Cuneo*: Prof. Dr. G. DONADEI, V. Gallo, 5.

*Saluzzo*: Dr. U. RACCA, V. Gualtieri, 5.

ENNA

**Odontoiatri**

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

FERRARA

**Odontoiatri**

*Ferrara*: Dr. A. CAVALLARI, Largo Castello - Dr. G. FINI, Corso Giovacca, 3 - Dr. D. MORI, V. Cortevicchia, 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. 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, P. Corvetto, 1/4.

*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. 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**

*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:* 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. FUCCI, V. Carlo Poma, 15 - Dr. L. ZAPPAROLI, Corso Vittorio Emanuele, 103.

MASSA-CARRARA

**Odontoiatri**

*Carrara:* Dr. G. BATT. LO DOVICI, 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**

*Napoli:* Prof. Dr. E. DI LAURO, Riviera di Chiaia, 84 - Prof. Dr. S. JANNUZZI, V. S. Spirito di Palazzo, 31 - Dr. V. MESOLELLA, V. dei Mille, 59.

NOVARA

**Odontoiatri**

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

**Oculisti**

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

PADOVA

**Oculisti**

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

**Otorinolaringoiatri**

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

**PALERMO**

**Odontoiatri**

*Palermo:* Dr. P. AVELLONE, V. XII Gennaio, 15 - Dr. G. CIMINO, V. Villaermosa, 6 - Dr. G. DI CARLO, V. Roma - Dr. P. GARLO, Largo Santa Sofia, 1 - Dr. C. MILAZZO, P. G. Verdi, 22 - Dr. A. NICOSIA, P. Aragona, 4 - Dr. R. PEZZOLI, P. Castelnuovo, 11 - Dr. G. PIAZZA GARGANO, P. San Domenico, 23 - Dr. F. PIZZUTO, V. Villareale, 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. FERBUZZA, 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.

**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. Carrara, 5 - Dr. G. PAOLI, Borgo Stretto, 5 - Dr. S. SESSI, V. Vittorio Emanuele, 4.

**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. STRAMPELLI, Corso Italia, 33.

**Otorinolaringoiatri**

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

ROVIGO

**Odontoiatri**

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

SALERNO

**Odontoiatri**

*Salerno:* Dr. A. CONVERSO, V. Roma, 47.

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. A. TOMMASINELLI, V. Mercati, 3 - Dr. V. TOMMASINELLI, P. Vittorio Emanuele, 20.

**Oculisti**

*Torino:* Dr. C. CAFFARATTI, Corso Oporto, 47 - Dr. C. CANTÙ, V. Madama Cristina, 6 - Prof. G. CAPPELLARO, C. Vitt. Emanuele II, 51 - Prof. Dr. A. CORRADO, V. Juvara, 19 - Dr. M. GARZINO, V. Mazzini, 2 - Prof. Dr. F. GRINGNOLO, Corso Oporto, 21 - Dr. E. MORINI, V. Carlo Alberto, 18 - Prof. Dr. G. MOSSO, V. Cibrario, 1 - Dr. L. ORSI, Via XX Settembre, 17 - Dr. T. PECCHIO, Corso Vittorio Emanuele, 19 - Prof. Dr. S. PICCALUGA, Via XX Settembre, 60 - Prof. Dr. C. PISSARELLO, Corso Vinzaglio, 21 - Dr. G. PRECERUTTI-TAPPARELLI, V. Principe Amedeo, 29 - Prof. G. TIRELLI, R. Clinica Oftalmica - Dr. G. TOSO, Via S. Secondo, 15 - Prof. Dr. O. VALLI, V. Nizza, 27 - Dr. S. VAUDETTI, V. Cernaia, 18 - Prof. Dr. F. VERDERAME, Corso Oporto, 31-bis.

**Otorinolaringoiatri**

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

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. Pernecher.

*Levico:* Dr. F. Caliari.

*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. MAESTRANZI, V. Rosmini, 25 - Dr. Cav. G. MAFFEI, Via Oss. Mazzurana, 16.

TREVISO

**Oculisti**

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

TRIESTE

**Odontoiatri**

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

**Oculisti**

*Trieste:* 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

**Odontoiatri**

*Venezia:* Dr. SERENA Antonio, Cannaregio.

**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. Manciola, Via Ferruccio, 7: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore.

#### TREVISO

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

### *Case specializzate per malattie nervose:*

#### PADOVA

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

### *Case per cure chirurgiche:*

#### CAGLIARI

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

#### MODENA

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

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<sup>a</sup> e II<sup>a</sup> Classe e del 10 % per la III<sup>a</sup> classe, sia per le rette che per gli onorari; sono escluse le spese per riscaldamento e bagni.

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.

### ROMA

Istituti Fisioterapici Ospedalieri:

1) Ospedale dermosifilopatico di S. Gallicano: diaria di L. 30,50.

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

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

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

### S. PELLEGRINO TERM. (BERGAMO)

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

### TORINO

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

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

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

### TRIESTE

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

## STABILIMENTI TERMALI

che concedono facilitazioni ai nostri assicurati

(escluse le Terme dell'Istituto Nazionale Fascista Previdenza Sociale).

### ALBANO TERME (Padova)

Stabilimento *Hotel Trieste e Vittoria*.

*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*.

*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)

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

### BOGNANCO (Novara)

*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)

*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)

*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<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> classe.

Per gli assicurati in forma popolare la riduzione di cui sopra comprenderà anche i bagni di 3<sup>a</sup> classe.

### CASTROCARO (Forlì)

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

### FIUGGI (Frosinone)

*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)

*Riduzioni:* Agli assicurati con polizze ordinarie e collettive riduzione 10 % sulle tariffe in vigore.

### LIVORNO

« Acque della Salute ».

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

### MONSUMMANO (Pistoia)

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

### MONTECATINI (Pistoia)

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

### MONTEGROTTO TERME (Padova)

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

### PORRETTA (Bologna)

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

### POZZUOLI (Napoli)

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

### RECOARO (Vicenza)

*Riduzioni:* 25 % tariffe in vigore.

### SALSOMAGGIORE (Parma)

*Riduzioni:* Agli assicurati in forma ordinaria e collettiva 20 % tariffe in vigore. Gli alberghi Porro e Valentini praticano sconti ai nostri assicurati.

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

### SAN CASCIANO BAGNI (Siena)

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

### S. PELLEGRINO (Bergamo)

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

### S. CESAREA (Lecce)

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

### SARDARA (Cagliari)

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

### SCIACCA (Agrigento).

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

**SCRAJO EQUENSE (Napoli)**

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

**TERMINI IMERESE (Palermo)**

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

**TRESCORE BALNEARIO (Bergamo)**

*Riduzioni:* A tutti gli assicurati riduzione 25 % sulle tariffe in vigore. Inoltre gli assicurati pagheranno per tasse di ammissione 50 % in meno.

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

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

## Estero

### EGITTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

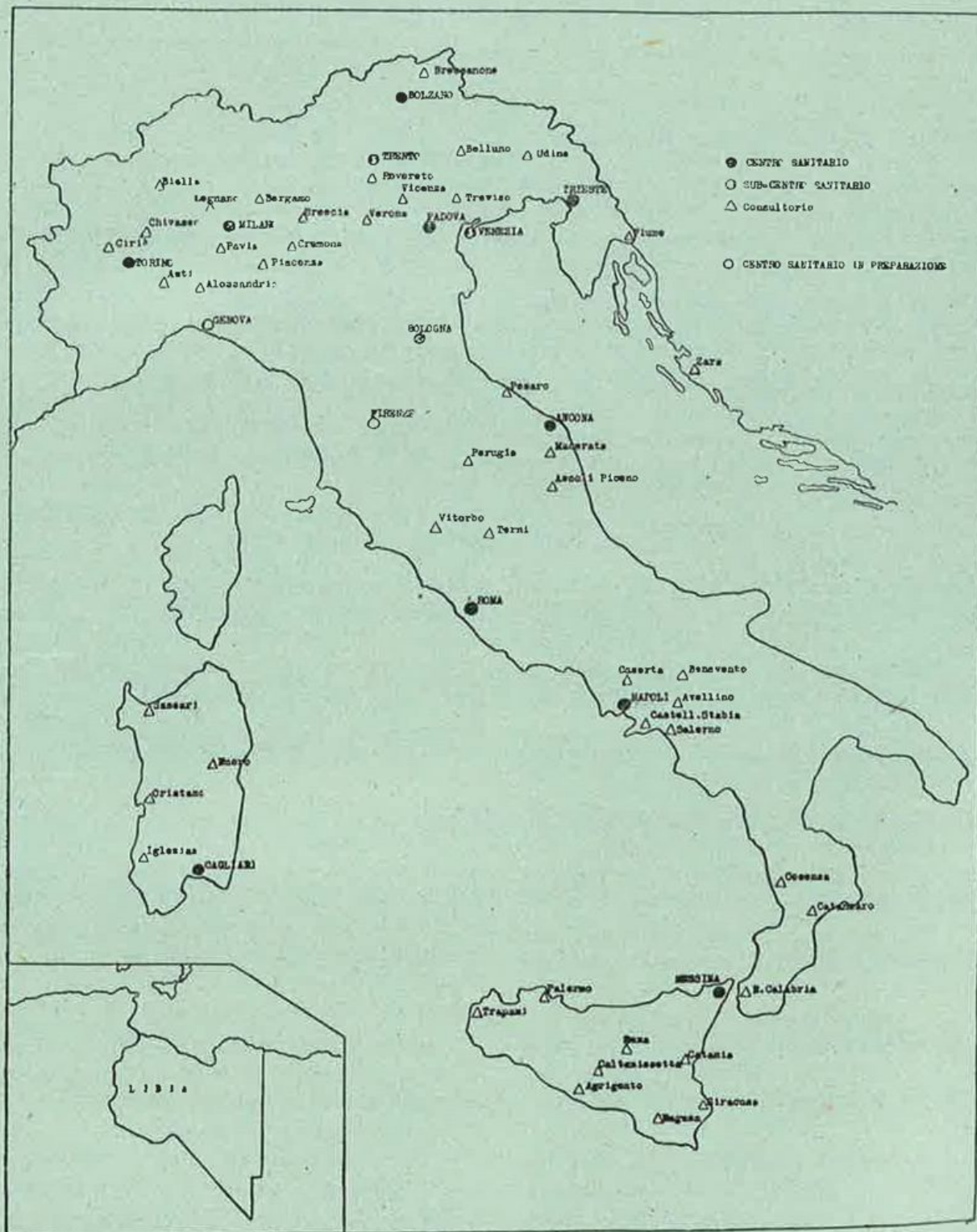
*Per essere accolti nei Centri sanatoriali, nei Convalescenziari e negli Stabilimenti termali dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, gli assicurati dovranno rivolgere domanda alla Direzione Generale dell'Istituto predetto in Roma, Corso Umberto n. 239, corredata dei seguenti documenti:*

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

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

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

## CENTRI E CONSULTORI SANITARI DELL' I. N. A. IN FUNZIONE O IN PREPARAZIONE ALLA FINE DELL'ANNO XVI E.F.



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

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

(499) 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. Do't. 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. M. CLAUSI-SCHETTINI, Vegetarismo e carnivorismo . . . 402</p> <p>b) Dott. A. STARNA, Il ronzo di orecchio . . . . . 411</p> <p>c) Rassegna di articoli d'igiene . 413</p> <p>3. Notiziario . . . . . 414</p> <p>4. Studi e ricerche di medicina delle Assicurazioni Vita:</p> <p>a) Dott. Prof. K. SECHER, Relazione di carattere medico assicurativo . . . . . 418</p> <p>b) Dott. A. STARNA, Il contagio coniugale della tubercolosi . 424</p> <p>5. Indagini di Statistica Medica:</p> <p>Dott. P. CIATTI, I sinistri per cirrosi epatica . . . . . 434</p> | <p>6. Medicina legale delle Assicurazioni Vita:</p> <p>Dott. A. STARNA, L'invalidità totale e permanente nelle malattie mentali . . . . . 455</p> <p>7. Dalle riviste che riceviamo in cambio . . . . . 466</p> <p>8. Semeiotica di Medicina delle Assicurazioni Vita:</p> <p>Prof. M. VELE, L'esame dell'occhio in Medicina delle Assicurazioni Vita. . . . . 468</p> <p>9. Varie:</p> <p>Sen. BEVIONE, Le funzioni sociali dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni . . . . . 475</p> <p>10. Dai Libri e dai Periodici . . . 477</p> <p>11. Pubblicazioni ricevute . . . . 479</p> <p>12. Vuoti nelle file dei nostri fiduciari . . . . . 480</p> |
|---|--|

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

Consigli agli assicurati

## VEGETARISMO E CARNIVORISMO

## LA CARNE SUINA

« L'omo fa a se vita dell'altrui morte »

L. DA VINCI

Nell'*humus* infangato di acque, coperto di nevi o arroventato dal sole, fradicio di morte o rigonfio di vita, il travaglio della natura non muore, e il cimitero immenso di tre regni brulica e fermenta in una tragica e pur divina vicenda di corpi che muoiono e si disfanno perchè dalle loro ceneri una nuova fiaccola si accenda, sempre viva e sempre giovane, ad eternare le meraviglie dell'universo.

Esseri invisibili lavorano alla fucina della vita e prendono l'aspetto di giganti immani del mistero nell'immaginazione del pensatore che scruta l'essenza di un pugno di terra, dalle apparenze inerti e luride, che racchiude forse una grandezza umana che è finita o la potenza creatrice delle bellezze più affascinanti e sublimi.

*Humus!* Il tuo nome modesto è la storia di millenni di gioia e di pianto e racchiude l'essenza della vita, il mistero dell'eternità, la realtà brutale e illogica sfrondata da tutti gli scenari che tu ci appresti per inebriarci e tradirci quando il sole ti riscalda e il seme ti seconda. A te sono tornati i petali dei fiori che non hanno più profumo, e le foglie morte di autunno si sono posate lievemente a coprirti per essere, nei tuoi lieviti, disfatte, perchè sanno di appartenerti, perchè sanno che le rifarai più belle, sempre nuove e sempre verdi di giovinezza. Al segnale di un Regista,

domani, il velario dolcemente si leverà e nel tepore della primavera, sulle memorie morte, rinascerà la vita. L'erba spunterà e si farà alta nei prati, i plastidi, che le radici da te riprenderanno, tingeranno di verde le foglie e ricameranno dei colori più belli le corolle dei fiori, gli uccelli canteranno la gioia di vivere e i palpiti dell'amore, le greggi e le mandrie muoveranno ai pascoli opimi nella musica dei campani cui i silenzi verdi delle valli e dei monti rispondono con l'eco che si perde lentamente nelle solitudini che non sono pace per chi ha l'anima dolente di memorie. E l'erba si farà carne e i germogli distrutti daranno vita a teneri agnelli o a fresche giovenche o a forti puledri che offriranno il loro sangue generoso per accendere il volto di una pallida fanciulla o per salvare la vita di un bambino che soffoca.

La vita vegetale, morendo, passerà in una esistenza animale, per vivere nei tremuli belati, negli acuti muggiti o nei focosi nitriti felici perchè ignari della realtà suprema dell'Essere. Forse la felicità è nelle bestie, venute al mondo dalla volontà ferrea ed inesorabile della natura per servire ad un fine che non conoscono, perchè non sanno quale sia e dove finisca la loro vita. Esse devono vivere nel mondo e debbono morire perchè la materia si deve muovere nell'Universo, in un circolo infinito che è

sempre lo stesso anche se gli attori sono diversi; esse possono e debbono trasformare in carne gli alimenti vegetali e fornire all'uomo delle sostanze di cui ha bisogno, e che non potrebbe prendere dalle erbe. L'uomo deve essere così nutrito perchè è la creatura eletta dell'Universo, il prediletto della natura che vuole essere da lui dominata come una amante ebbra di forza e di virilità, e forse anche perchè nella sua anima non si trova sempre la vita serena, semplice e maestosa dei campi ma qualche volta purtroppo vi risuona il mugolio sordo della tigre, il ruggito feroce del leone, il lamento ripugnante dello sciacallo...

Ma la fine è sempre la stessa ed egli dovrà un giorno restituire quel che ha preso dagli altri, perchè agli altri ritorni.

*Humus!* E tu riprenderai il tuo capolavoro per disfarlo e costruirne uno nuovo che, come quello, fatto di materia, su di essa si leverà e lancerà verso il cielo una luce che avrà la porpora dell'aurora, l'intensità abbagliante del mezzogiorno e la tristezza del tramonto. Così ansima l'eterna ruota del mondo: come l'eterno traffico che non si arresta per un incidente stradale. Uno svelto spazino farà sparire le tracce di sangue, il metropolitano aprirà le sue braccia, e sull'asfalto ancora macchiato una coppia d'innamorati passerà felice, come se nell'universo non esistesse altro che il loro amore e la loro gioia, in una promessa che non conosce limiti: sempre! E dietro di loro la fumana dell'umanità che ride, che piange, che ha sete di vivere, di gioia e di martirio e che non vuole pensare alle sue origini e alla sua fine, in uno scorrere infinito di grandezze e di umiltà, in un cangiare continuo di forme che non altera la realtà universale.

Ecco la vita: per conservarsi nega se stessa.

Credo che alle radici del vegetarianismo si possa trovare un motivo sentimentale, e a tal proposito non lascia dubbio l'invettiva di Leonardo da Vinci: « Delle pecore vacche e simili. A innumerabili saran tolti i loro piccoli figlioli, e quelli scannati e crudelissimamente squartati L'omo e li animali sono proprio transito e condotto di cibo, sepoltura di animali, albergo dei morti, facendo a se vita dell'altrui morte, guaina di corruzione. La vita dell'omo si fa delle cose mangiate, e in nella cosa morta riman vita disensata, la quale ricongiunta alli stomaci dei vivi ripiglia vita sensitiva e intellettiva ». Tuttavia nella nota delle sue spese troviamo la carne che non si sa se fosse mangiata dal grande genio della scienza e dell'arte o dai suoi servi.

Le basi scientifiche del vegetarianismo integrale mi appaiono molto discutibili e lasciano un po' scettico chi non è pervaso da un'idea che è diventata passione; come senza dubbio mi appare dannoso il carnivorismo portato alle estreme conseguenze. « Bistecche e buon vino » non costituiscono da soli una buona e razionale alimentazione, come tuberi e foglie da soli non possono restaurare le costruzioni del nostro organismo. Nel fervore della battaglia tra bistecche e carote l'arbitrato più decisivo e sensato credo ce lo fornisca l'artefice della cucina, che, erede di una sapienza di secoli, nata senza alcun motivo scientifico, quasi inconsciamente, forse dall'istinto creato dal bisogno, ci serve a tavola una fetta di carne contornata di patate, di foglie o di piselli. Cosicché l'empirismo, che a volte illumina la scienza pur essendo indispensabile che da questa venga guidato e corretto, ci offre un ramoscello di ulivo per sedare la polemica.

Il problema sta solo nell'equilibrio, nelle opportune limitazioni e nelle appropriate prevalenze.

Molti secoli prima che la scienza sco-

prisse dei germi, invisibili all'occhio nudo, che fertilizzano il terreno e che vivono specialmente nelle radici delle leguminose, l'esperienza ci aveva appreso che nei campi sfruttati dalla esigente vegetazione del frumento occorre piantare fave o trifoglio, e molti secoli prima della scoperta dell'acido urico e dell'ipertensione arteriosa la saggezza degli antichi, sotto il suggello delle religioni, aveva limitato l'uso della carne.

Se l'istinto porti l'uomo al vegetarianismo è discutibile, e il bambino appetisce la carne con avidità anche in età tenerissima quando ancora essa va data con molta circospezione. Non so poi quale valore possa essere attribuito alle osservazioni della Scuola di Freund secondo le quali le appetizioni oniriche si riferirebbero più frequentemente al regno vegetale.

L'uomo primitivo si nutriva di frutta e verdura, ma l'uomo fu anche cacciatore prima di essere agricoltore, e i selvaggi della Papuasias comprendevano fra le risorse alimentari del paese i cocchi, le banane, i pesci e... i nemici dell'isola vicina.

Chi può sapere di che cosa fosse fatto il nutrimento della coppia sfortunata che, pure essendo permeata di umanità, non avrebbe dovuto vivere il dramma della vita e non avrebbe dovuto cogliere il veleno inebriante ed amarissimo dell'amore che della vita è ragione, tra le lussureggianti flore dell'Eden biblico? L'esistenza che noi conosciamo è esistenza di lotta fecondata dal sangue e dalla morte e pare sia nata non nel Paradiso Terrestre ma nel pianto e nella miseria e abbia lasciato alle spine dei secoli i brandelli della sua carne che eternamente si rinnova. Dalla molecola del cianogeno forse nacque la vita, quando un atomo di azoto ed uno di carbonio si combinarono a formare il primo nucleo della sostanza vivente, che per suc-

cessive aggregazioni divenne sostanza proteica e nella successione dei secoli divenne cosa viva: il germe che solo il miracolo avrebbe potuto lanciare da basse attività crepuscolari verso la forma ultima e perfetta, ad immagine di Dio.

« Chi dice carne dice proteine: le maghe della vita ». E se i nostri lontani antenati non conoscevano la carne essa da immemorabili tempi si conosce e le necessità bio-ereditarie sono così concrete e radicate che, a mio avviso, sarebbe un danno volere fanaticamente e brutalmente spezzare questa consuetudine biologica atavica che risponde ormai ad un bisogno organico.

Ebbi occasione di osservare un giovane intellettuale che, preso dal fanatismo vegetariano, scrupolosamente e fanaticamente vi si attenne; ma ad un certo momento cominciò ad attenuarsi l'esuberanza della sua giovinezza, le forze minacciarono di abbandonarlo e la vita accennò ad intristire, quando la tiroide ingrossata cominciò a manifestare la sua deficienza.

I fruttariani si nutrono solo di prodotti vegetali con esclusione assoluta di ogni alimento di origine animale, mentre i latte-vegetariani aggiungono latte, uova, burro ed escludono solamente la carne.

In una sentenza di un illustre fisiologo io compendio l'errore di questa esclusione: « la carne fa male a chi fa male » e aggiungo che occorre soltanto saperla mangiare.

La conformazione anatomica dell'intestino e le abitudini originarie fanno dell'uomo un animale onnivoro, e il consumo della carne dà energia, vivacità, aumento di resistenza al lavoro, migliore sviluppo somatico, reattività psico-emotiva esuberante. Se è vero che un uomo a dieta esclusivamente vegetale può mantenere il suo equilibrio organico è pur vero che da un regime misto si può

trarre un vantaggio maggiore. D'altra parte non mancano esempi che starebbero a favore del vegetarianesimo, e particolarmente del latto-vegetarianesimo che è un regime più completo più logico e meno assolutista di quello fruttariano. Il Cespari descrive un giovane di 21 anno forte e muscoloso che si nutriva da molti anni di verdura e latte e che percorse senza alcuna sosta 202 chilometri in 27 ore.

Potrei citarvi molti altri esempi ma vi annoierei e mi limito a ricordare la forza fisica del contadino russo, oggi più che mai flagellato da un nuovo e più feroce knut, che ha negli occhi la quiete immensa delle immense pianure e che si alimenta di verdure, legumi, pane ed agli; il soldato giapponese che con un piatto di riso cui si aggiunge un po' di pesce e scarsa carne, sgomina eserciti che sembrano valanghe umane; la poesia di Lamartine che attribuiva alla dieta rigorosamente vegetariana il mite temperamento, la sensitività delicata e il buon umore.

Se tra i latto-vegetariani si trova il maggior numero di longevi non mancano gli « assi » della longevità fra i consumatori di carne; ma mentre questi tendono dippiù ad allontanarsi dalla vita semplice della natura e ad abbandonarsi agli eccessi di ogni genere, quelli hanno più sviluppato il senso della misura, sentono di più la necessità di una vita igienica e rispettano le leggi e i bisogni del loro organismo. Solo in questo e non nell'essersi privati della carne per tutta la vita consiste il loro vantaggio.

E' stato osservato che le reclute dell'Italia meridionale, dove l'alimentazione è prevalentemente latto-vegetariana, nei primi mesi della vita militare presentano un miglioramento dello sviluppo somatico e ciò è stato attribuito dal Bottazzi alla aggiunta nella dieta di proteine animali. Lo stesso scienziato ha visto un

profondo cambiamento in meglio dello sviluppo di topolini alla cui dieta erano stati aggiunti burro e triptofano, il quale ultimo è un aminoacido contenuto nelle proteine animali. Del resto il consumo della carne è stato preso come indice della civiltà di un popolo, e ciò ha certamente un fondamento scientifico.

Vi dirò subito che se in un eccesso si dovesse cadere sarebbe sempre da preferire l'eccesso latteo-vegetariano a quello carneo. Il carnivorismo esagerato consigliato da qualche scienziato d'oltr'Alpe non è utile ma dannoso. La fornitura più estesa delle sostanze proteiche necessarie alla vita deve venire dal mondo vegetale e quella di provenienza animale, particolarmente quella proveniente dalla carne, deve soltanto costituire una frazione di miglioramento e di completamento. Con questo concetto fondamentale io mi sono alquanto soffermato a mostrarvi i vantaggi del latteo-vegetarianismo e a fare l'elogio della alimentazione carnea.

Aggiungo che la carne, nei limiti della normalità, in linea generale, è l'alimento che non deve mancare nella seconda infanzia, nell'adolescenza e nella giovinezza in aggiunta alle sostanze latteo-vegetariane, mentre deve figurare scarsamente nell'alimentazione oltre i 40 anni e deve tendere a sparire del tutto dai pasti della vecchiaia.

Nella seconda infanzia, nell'età della scuola, nell'adolescenza e nella giovinezza è un fermento sublime di lieviti di crescita e di costruzione e la vita passa dalle ombre senza forma della bassa animalità alle luci iridescenti delle sensitività più squisite, dei complessi più armonici, delle bellezze fisiche e spirituali più smaglianti. La tiroide è sveglia, e la sua fiamma crea le forme e accende le passioni, il suo soffio spazza via le brume, e l'anima si schiude come una rosa di maggio baciata dal sole. La carne

è uno stimolo per la tiroide, e in queste età è uno stimolo per la vita. Quel pezzetto di cuore di bue che, minutamente tagliuzzato, voi date all'usignolo che avete chiuso nella gabbia, sveglia nel suo piccolo essere, tutto vita e passione, strane vibrazioni, e mentre gli altri uccelli nella quiete notturna dormiranno voi ascolterete la sua canzone mobilissima e trillante dedicata alla notte di luna che col fascino morbido della sua carezza lo esalta e lo commuove. Forse un poeta vedrebbe in quella carne nobile, morta e ancora viva, tutti i lieviti dell'anima e dell'ebbrezza.

Nell'ipertiroidismo, che ha la sua più alta espressione nel morbo di Flaiani-Basedow, la carne va molto ridotta e la prevalenza va data alle verdure e ai carboidrati in genere. Così nella neura-stenia a tipo apatico la carne dovrebbe essere largamente concessa, mentre nella forma a tipo eretistico-irritativo occorrerebbe una dieta opposta: povera di carne e ricca di carboidrati.

Si leva oggi qualche voce contro l'uso della carne nella tubercolosi, fondata più su presupposti teorici che su risultati pratici. Essa invece deve figurare nell'alimentazione del tubercolotico senza gli eccessi che vengono dall'ansia di guarire e dalla speranza che mangiando molta, molta carne altra si faccia, più sana, più forte nella stessa misura.

Se il tubercolotico ha bisogno di una alimentazione sostanziosa ed abbondante non si deve dimenticare che lo stomaco ha un limite di potenzialità e che tutto l'intero organismo ha bisogno di materiale di riparazione (e anche di costruzione nei primi tempi della vita) e non di materiale da magazzino che del resto rifiuterebbe senz'altro attraverso gli emuntori e attraverso le proteste dell'apparato digerente, con la conseguenza di uno sforzo ed una intossicazione non certo favorevoli al miglioramento

della salute. Gli alimenti, di qualunque natura essi siano, avvelenano, nel corso degli anni, con i prodotti del loro ricambio l'organismo, come la miscela infiammata usura a poco a poco i cilindri dell'auto e come il carbone usura a poco a poco la locomotiva. Occorre dunque che l'alimento sia assunto secondo le strette necessità.

Il fegato poco cotto è molto utile al tubercolotico perchè spesso nel tipo costituzionale della tubercolosi si trova fegato piccolo e deficiente.

Ho parlato finora di carne e di fegato. Ma che cosa è la carne? Con questo termine si intendono i tessuti muscolari di alcuni mammiferi e di alcuni uccelli, e col termine di interiora s'intendono il fegato, il rene, il timo, la milza, il cuore, i polmoni, il cervello ecc. Sono alimenti, come ho detto, ricchi di sostanze proteiche e qualche volta anche di grassi. Attaccati e scomposti dall'organismo sia per mezzo della digestione e sia per mezzo delle ossidazioni organiche essi si riducono principalmente in urea, acido urico, creatina, creatinina, ecc. Come prodotti putrefattivi si formano nell'intestino indolo, fenolo, scatolo, ecc.

La reazione umorale che l'alimentazione carnea determina è orientata verso l'acidosi, mentre l'alimentazione latteo-vegetariana orienta la reazione verso l'alcalosi.

La carne, e specialmente le interiora, sono dunque le principali sorgenti dell'acido urico che a sua volta è il responsabile della gotta e delle manifestazioni uricemiche in genere, le quali fanno parte di quel quadro multiforme e di quel concetto vaporoso e indefinito che si riassumono nel termine di artrite. Gli uricemici perciò faranno bene ad astenersi dalle interiora e credo che ciò non debba costare troppo sacrificio. Ma se un giorno si trovassero, nell'allegria della mensa, davanti ad un fritto

di cervello o ad un fegatino alla veneziana si accomodino pure, sacrificino pure a Bacco, chè non cascherà il mondo per questo e la loro salute non sfiorirà. In seguito però ripareranno con la buona condotta e il conto sarà pareggiato. Gli abusi quotidiani abituali o frequenti sono quelli che devono essere assolutamente vietati perchè l'abuso della carne nel senso più lato della parola, uccide... e le ceneri presto ricopriranno di un grigio mantello una maturità che avrebbe potuto essere serena, forte e virile. Di interiora non si dovrà fare abuso anche quando la salute è buona e la giovinezza è gagliarda, a prescindere dall'uricismo, nè soltanto perchè si è giovani si mangerà la carne al pasto di mezzogiorno e a quello della sera e così tutti i giorni.

*Est Modus in rebus!* Si mangi carne una sola volta al giorno, sempre in linea di massima, e si rinunci ad essa almeno due volte alla settimana e cinque volte almeno dovranno rinunziarvi gli uricemici. Ho detto « in linea di massima » perchè non farebbe opera di vero medico chi livellasse le prescrizioni dietetiche o medicamentose in tutti gli individui. Vi sono tipi che per il loro particolare orientamento neuro-endocrino possono, e ne sentono la necessità, consumare un quantitativo maggiore di carne come ve ne sono altri che spontaneamente rifiutano una alimentazione carnea troppo abbondante. Ricordate però che la linea di massima è la regola e le variazioni individuali troppo marcate sono le eccezioni. Tanto vale sia per i sani che per gli uricemici.

Dove il rigore deve essere rispettato è nelle insufficienze dei reni e del fegato. Qui, fatte le eccezioni che spetta al medico curante stabilire, la riduzione delle carni o l'assoluta astinenza sono questione di vita o di morte. Anche in condizioni di perfetta salute non biso-

gna abitualmente abusare della carne perchè il carnivorismo esagerato logora i reni, il fegato, il cuore, le arterie.

Il rigore va anche rispettato nelle malattie cardiache, e, passando dal cuore ai vasi, come ci regoleremo nella ipertensione arteriosa?

Secondo le ricerche di Bircher il regime frutto-vegetariano farebbe tornare alla norma una pressione arteriosa esagerata, e dalle osservazioni del Saile condotte su Ordini religiosi che si attengono a regime prevalentemente carneo o prevalentemente vegetariano risulta che la pressione arteriosa nei primi è più elevata che nei secondi, tenuto anche conto dell'età. Una alimentazione a tipo acidosico fa salire la pressione arteriosa mentre una alimentazione a tipo alcalosico la abbassa. Sono concetti fondamentali questi sui quali non credo si possa discutere, se si prescinde da singoli casi che costituiscono o sembra che costituiscano delle eccezioni, e devono essere accolti con tutta fiducia, specie quando il ricambio è rallentato a causa dell'età o di deficienze endocrine o della vita sedentaria.

L'iperteso o chi tende alla ipertensione, sia per cause acquisite che ereditarie, deve pertanto ridurre a quote minime la sua razione di carne e far prevalere nella sua alimentazione le sostanze vegetali. Non deve trattarsi di rinunzia ma di misura, e il sorriso scettico o canzonatorio che accoglie i divieti imposti dalla Religione, che sono poi divieti imposti anche dalla scienza, torna a danno della propria salute, mentre accogliendoli come consigli igienici — e credo che tanta grazia si possa concedere — si farebbe opera di proflassi oltre che di cura contro l'ipertensione, contro l'uricismo e, in una parola, contro le intossicazioni che abbreviano l'esistenza e rendono più penosa la vecchiaia. In tal modo, per lo meno, eviteremo una

delle cause dell'ipertensione. Forme cardio-renali, apoplezie, calcolosi, malattie del ricambio in genere sono spesso appannaggio dei forti mangiatori e dei carnivori squilibrati. A tal proposito non è male aggiungere che anche quando la carne è permessa ciò non significa che se ne debba mangiare mezzo chilogrammo a pasto! Le razioni ordinarie di carne vanno intorno ai 150-250 grammi al massimo.

E le carni rosse? E le carni bianche? Si è molto abusato e si abusa ancora di questa distinzione e a torto si vietano le rosse mentre si largheggia con le bianche. Il contenuto in sostanze estrattive e uricogene è tanto poco diverso nelle due specie di carne che non può essere preso come elemento per una netta distinzione, e le limitazioni vanno estese sia alle rosse che alle bianche. Anzi vi è una tendenza addirittura opposta a quanto per molto tempo ha costituito la regola delle prescrizioni dietetiche, secondo la quale agli uricemici vengono concesse parcamente le carni rosse e proibite le bianche e giovani perchè ricche di sostanze uricogene.

La differenza sta piuttosto nel modo di cottura. Se la carne si cuoce ai ferri tanto la bianca che la rossa avranno su per giù lo stesso contenuto in sostanze estrattive ed uricogene. Lo stesso avviene nella cottura in padella quando si utilizza anche il sugo, senza contare che la carne in padella si satura di grasso e diviene per tal ragione meno digeribile. Solo la carne bollita perde buona parte del suo contenuto in sostanze tossiche e specialmente quando essa è bianca. Se ne arricchisce in tal modo il brodo che non prende invece gran che delle sostanze nutritive. Ecco perchè il brodo molto ristretto è dannoso in ogni evenienza e per ogni individuo sano o malato che sia. Esso è solo un'ottima bevanda eccitante, pochissimo nutriente,

che va presa non troppo concentrata, di cui non si deve abusare nell'età avanzata, nelle malattie epatiche, renali e cardiovascolari — quando non è addirittura necessario un atto di rinuncia — e che deve essere consumata molto limitatamente dagli uricemici. In tali casi il brodo vegetale ne farà molto bene le veci.

La carne bollita dunque non è affatto sfruttata ed è un errore, quando non è un inutile « snob », farla finire nei rifiuti, perchè essa ha perduto molto della sua tossicità pur conservando le sue qualità nutritive e può essere concessa più largamente, specie quando è bianca.

Nelle ipercloridrie la carne bollita è molto indicata perchè neutralizza l'eccesso di acido e non è stimolante della secrezione gastrica come lo è invece la carne arrostita o in padella. Nelle dispesie atoniche con scarsa secrezione la carne non è indicata, specie quella in padella e si dovrà dare la preferenza ai farinacei. La carne dovrà essere evitata nelle putrefazioni intestinali esagerate dove pure troveranno indicazione precisa gli idrati di carbonio.

\* \* \*

Ora che il freddo si fa sentire e le capacità digestive non sono più depresse dal caldo, ma sono invece esaltate dall'azione tonica ed eccitante della tramontana; ora che l'organismo per le perdite caloriche che subisce ad onta delle lane e delle pellicce di cui viene circondato ha bisogno di molte calorie per il pareggio del suo bilancio termico, una specie di carne, gustosa e ricercata, entra a far parte della nostra alimentazione, e dagli uncini delle macellerie pendono filari di prosciutti e collane di saliccie.

Povero maiale! L'ingratitude umana ti disprezza e ti deride facendo di te

il simbolo delle brutture fisiche e morali, e solo quando sei morto assapora e celebra le tue squisite qualità.

La carne del suino, fresca o conservata, possiede tracce di un grasso acido volatile che la rende profumata, squisita, ricercata. E' ricca di grasso ed è però poco digeribile. Vi abbondano le sostanze puriniche dalle quali deriva lo acido urico. Il Corano la proibisce e la ragione profonda del divieto sta certamente nel fatto che nelle regioni calde produce facilmente disturbi gastro-intestinali. Da noi per altro è una carne di stagione e il suo consumo si adatta soltanto ai mesi freddi dell'anno, sia perchè si digerisce meglio e sia perchè, essendo ricca di grasso, sviluppa, nelle combustioni organiche, molto calore. Va mangiata con parsimonia e se ne debbono privare o ne debbono mangiare poco gli uricemici. Ai sofferenti di reni non è consigliabile come non è consigliabile ai sofferenti di fegato, di cuore e agli ipertesi. I dispeptici dovranno evitarla o tutt'al più potranno provare un po' di prosciutto magro che è più facilmente digeribile e di cui si avvantaggeranno gli anemici e i linfatici. Usata con misura e fatte le opportune esclusioni essa è molto nutriente e adatta al clima invernale. Non si dovrà trascurare una buona cottura perchè la trichinasi e il verme solitario provengono da carne suina infetta.

Il verme solitario trasmesso dalla carne di maiale è detto *Taenia Solium* e l'uomo si infesta per ingestione di carni « panicate » contenenti cioè le forme larvali o cisticerchi di questo verme. La presenza del cisticerco nella carne di maiale vi determina una alterazione conosciuta sotto il nome di « grandine della carne suina » o « panicature ».

I cisticerchi si presentano come picco-

le visciche biancastre contenenti un liquido chiaro. La testa o « scolice » visibile attraverso la parete, ha la grandezza di una testa di spillo. I muscoli, la lingua, il cuore sono le sedi più frequentemente infestate. Nell'intestino dell'uomo il cisticerco si trasforma in tenia adulta.

La trichinasi è una grave malattia per fortuna molto rara in Italia. Nell'uomo è determinata dalla ingestione di carne di maiale contenente le forme larvali della *trichina spiralis*.

I prodotti di pizzicheria sono per lo più fatti di carne di maiale: prosciutto crudo o cotto, salame, cotechino, zampone ecc. Per quanto tutti appetitosi e nutrienti vanno consumati con la stessa parsimonia, specie da coloro i quali vivono una vita sedentaria.

Se la vita non è fatta per mangiare ma gli alimenti son fatti per la vita credo che non occorra troppo sacrificio per seguire più o meno fedelmente dei consigli che in fondo non hanno il rigore della pedanteria e dell'esclusivismo noioso e petulante.

Gli uomini molte volte con le proprie mani rovinano la propria salute ed avvelenano la propria esistenza. E' famoso il caso di Luigi Cornaro il quale, arrivato a quaranta anni debole e malaticcio per gli abusi commessi, tanto che ne sembrava non lontana la fine, avendo rinunciato al disordine e agli eccessi e seguendo le norme di una vita sobria e serena, raggiunse la rispettabile età di cento anni trascorrendo, vegeto e sano, il lungo resto della sua vita.

Nella crapula la vita intristisce e si consuma, le ceneri troppo presto appariranno, e su di esse brace senza faville, il ghigno di Mefisto e un coro ormai lontano di fanciulle...

**Dott. M. CLAUSI SCHEFFINI**

## IL RONZIO DI ORECCHIO

C'è una breve sinfonia per orchestra molto nota dovuta a Rimsky-Korsakoff e che si intitola: il volo del calabrone. La ricordate?

D'improvviso con delle note legate i flauti, dapprima pianissimo, poi gradatamente più forte fino al fortissimo ci fanno sentire la preoccupazione di quella sciocca vespa che, cacciata in una camera chiusa, è presa dall'ansia della libertà perduta. Vi par proprio di vederlo questo calabrone prigioniero, il cui volo s'è fatto rumoroso e febbrile, avvicinarsi con un battere incomposto d'ali alla invetriata ed urtarvi vanamente il capo. Poche note affidate al corno costituiscono il breve tema che interrompe, per un attimo, quel sordo frullare che riempie di sé il grave silenzio del salotto.

L'insistente calabrone torna daccapo, saetta di qua e di là per la stanza tra i sopramobili negli angoli più riposti. Ora il « legato » è passato ai clarini che dal debole, attraverso un crescendo, si va sempre più forte fino ad invadere tutta l'orchestra; il calabrone si sente prigioniero e sfarfallando dappertutto torna ancora una volta verso la luce ma si impania nel merletto della tenda senza trovare la tanto cercata via d'uscita.

Se, per vostra disavventura, vi trovate in compagnia di un tale insetto, forse non rifletterete tanto alla bizzarra sinfonia di Rimsky-Korsakoff e troverete molto più semplice dar la libertà per la finestra a questo ospite tanto noioso.

Certamente quel ronzio non fa piacere. Che cosa direste se, come un aculeo vi entrasse in testa non lasciandovi alle vostre occupazioni durante il giorno

e neanche la notte nel silenzio della vostra stanza? Veramente questo fenomeno che alcuni avvertono non è poi tanto raro e la sua importanza merita di esser tenuta presente anche da chi ha avuto la fortuna di possedere sempre un ottimo udito senza soffrire disturbi di sorta.

I ronzii di orecchie, detti dagli otologi **acufeni**, possono essere distinti in due gruppi a seconda che vengano provocati da diffusione di rumori a carico degli organi situati vicino all'apparato acustico oppure da stimoli irritativi dell'apparato sensoriale specifico dell'udito propriamente detto.

La prima categoria degli **acufeni periodici** comprende perciò i ronzii provocati da un grosso vaso arterioso, la carotide, che traversa l'osso temporale e trasmette il rumore all'orecchio interno quando viene colpita da notevoli alterazioni *arteriosclerotiche*. Lo stesso fenomeno può esser provocato dagli *aneurismi* artero-venosi del collo che trasmettono il rumore provocato dall'incontro delle correnti attraverso la vena giugulare. Altra causa non rara di tali acufeni è l'*aortite cronica* cioè la malattia di origine soprattutto degenerativa della massima arteria che distribuisce il sangue ossigenato a tutti i vasi del tronco e degli arti. Anche un'otite catarrale acuta, se si accompagna a versamento di liquido, può trasmettere l'anormale pulsazione carotidea che invece non viene avvertita affatto quando l'orecchio medio è libero.

Il secondo gruppo degli **acufeni detti entotici** è il più importante poichè lo stimolo giunge per altra via al labirinto

ciò all'organo propriamente percettivo dell'udito. Talora questi rumori sono continui come un ronzio di un insetto oppure dànno la sensazione di una cascata d'acqua, tal'altra chi ne viene colpito avverte il gorgoglio di un liquido in ebollizione oppure il rumore di una macchina, altre volte infine sono intermittenti dando quasi l'impressione del fischiare di una locomotiva, del cinguettio degli uccelli o di un improvviso tintinnare di un campanello.

Senza entrare in dettagli sul meccanismo che produce un tale fenomeno basterà che a voi ricordi la loro importanza per la vostra salute. Infatti spesso questi rumori sono in rapporto a disturbi dell'irrorazione sanguigna dell'apparecchio del Corti che è l'organo specifico neuromembranoso dell'udito. In tali casi è soprattutto l'arteriosclerosi ed una ipertensione dei vasellini del labirinto che provocano una sindrome detta di « claudicazione intermittente labirintica ».

Molto più frequente causa del ronzio può essere il semplice *tampone di cerume* del condotto uditivo esterno che, comprimendo il timpano attraverso la catena degli ossicini, determina l'aumento di pressione del liquido endolabirintico. Può anche accadere che questo aumento di tensione del liquido sia dovuto ad una vera malattia medica quale la nefrite, l'arteriosclerosi, l'ipertensione ecc. le quali possono provocare il così detto « glaucoma labirintico ».

Esiste poi una malattia dell'orecchio ben nota agli specialisti e che all'inizio si accompagna con questo disturbo; essa è l'*otosclerosi* od *otospongiosi* per cui a carico della chiocciola si stabilisce un processo involutivo. Purtroppo questi ronzii si accompagnano alla distruzione parcellare della via nervosa acustica e quando con gli anni essi scompaiono, il malato, se viene sollevato da un tale tor-

mento, si accorge che l'udito è talmente affievolito da risultare quasi perduto.

Pur non essendo ben note le cause di questa affezione molti elementi lasciano ritenere che essa spesso sia di origine trofoneurotica cioè dovuta ad alterazioni del ricambio di origine nervosa; probabilmente ciò si verifica in seguito ad intossicazioni di varia natura o ad infezioni. Così sembra, secondo l'opinione del Citelli, frequente nell'artritismo, nel linfatismo, in diverse insufficienze endocrine e nella sifilide. Senza dilungarmi in dettagli che non interessano il pubblico profano mi limiterò a dire che questa grave e complessa malattia viene provocata da un processo di riassorbimento a carico dell'osso labirintico e da una anchilosi, cioè saldatura patologica, della normale catena degli ossicini che nel giuoco delle articolazioni trasmette le vibrazioni acustiche esterne al liquido endolinfatico della chiocciola.

Nè qui si chiude l'elenco degli acufeni di origine labirintica. Vi è ad esempio una varietà che tutti avrete qualche volta avvertito. Voglio dire cioè il ronzio di origine *tossica medicamentosa* provocata dal chinino o dal salicilato. Naturalmente essa scomparirà in poche ore insieme all'azione di queste sostanze. Esistono infine ronzii provocati non già da alterazioni dell'organo uditivo ma a semplici stati nervosi quali l'*isterismo* e la *nevrastenìa*.

Un po' troppe vi sembrano, non è vero, le cause morbose che provocano il ronzio a cui molti non dànno peso? Ma forse la preoccupazione maggiore di coloro che ne sono colpiti è limitata al disturbo subbiiettivo del ronzio; mentre come avete visto, è espressione di una malattia dell'orecchio o di tutto l'organismo che in tal modo comincia a dare i primi segni della propria nefasta influenza.

Riassumendo possiamo dire che il ron-

zio può avere la sua causa in una malattia locale dell'orecchio specie a carico dell'orecchio medio e dell'orecchio interno. Qualora lo specialista non trovi nessun elemento patologico a carico di questi organi il medico internista dovrà pensare a ricercare una malattia vasale quale è l'arteriosclerosi e l'ipertensione od anche renale sopra a tutto la *nefrite cronica* con ritenzione uremica. In caso

diverso si dovrà pensare ad una diatesi neuroartritica del soggetto con predisposizione a *manifestazioni gottose o diabetiche*.

Il tanto deprecato ronziò è, come vedete, un avvertimento dato dalla provvida natura, veramente in... un orecchio, dirò meglio a tutti e due. Peggio accadrà a chi non vorrà sentire.

Dott. A. STARNA

## RASSEGNA DI ARTICOLI D' IGIENE

Viva Cien Anos, sett. 1938, n. 12, Buenos Aires.

Dott. M. ALZUA, *Il demonio della gelosia*.

Viene ricordato come il sentimento della gelosia con facilità trascende dai limiti normali per divenire una vera ossessione che può incrinare l'amore, talvolta distruggerlo ed in casi patologici giungere fino all'omicidio di un innocente.

Prof. B. PALANTI, *Salviamo il genio umano*.

In questo articolo, dovuto ad un Italiano, viene rievocata la figura del nostro Marconi che con la radio ha tracciato i progressi scientifici del nostro secolo. Come questo altri geni italiani hanno logorato anzi tempo la loro vita preziosa in un affaticamento dannoso alla loro salute a beneficio della umanità.

Dott. C. VALLEJOS, *Lavoratori del cervello*.

L'A. esamina i segni della stanchezza intellettuale dal dolor di testa alla diminuzione della capacità di attenzione, l'epoca più propizia per le ferie e gli inconvenienti del lavoro monotono e uniforme. La stanchezza porta diminuzione della resa lavorativa, facilità di errore o di disgrazia nei lavori manuali, perdita dei benefici dell'allenamento e pertanto occorre concedere un adeguato riposo alla mente stanca.

Dott. C. DE LIO, *Intossicati nelle ossa*.

Varie sostanze possono provocare questa grave alterazione frequente una volta presso i lavoratori industriali. Sopra a tutto vanno incolpati il mercurio il fosforo e l'arsenico; meno noto è il pericolo che presenta la madreperla. Nella seconda parte sono esposte le intossicazioni ossee di origine interna quale l'osteoartrite ipertrofica e le dita a bacchetta di tamburo.

Dott. KNOLL. W., *Lo sport è una cosa contraria alla longevità?*

Purtroppo si va diffondendo l'opinione che alcuni sports tendano ad accorciare la vita e ciò specialmente per l'esercizio dei reni. Questa opinione è assolutamente errata e le statistiche dimostrano che i rematori presentano una sopravvivenza superiore alla media degli uomini.

Dott. ETCHEVARNE, *Le cisti della pelle*.

Quelle che più preoccupano sono le cisti del volto le quali possono essere dermoidi ed in tal caso preesistono non sviluppate fin dalla nascita; al cuoio capelluto prevalgono le sebacee altre infine possono essere conseguenza di traumi e di ferite. Il trattamento è sempre uno solo: l'estirpazione.

Dott. R. RAMALLON, *L'equilibrio sessuale*.

Ha una grande importanza nello sviluppo dell'uomo e per la sua capacità lavorativa; esso costituisce un fattore imprescindibile della salute fisica e mentale; secondo l'opinione dell'olandese dott. Soesman la ginnastica e gli sports costituiscono una magnifica fonte per il mantenimento di questo equilibrio in quanto aumentando la forza muscolare affida all'individuo stesso la capacità per affrontare ogni lavoro nella vita.

Gesundheit und langes Leben, ottobre 1938, Dresda.

*Vivere sano è un dovere verso se stesso e verso la comunità.* — Così è poichè l'individuo rappresenta un anello nella catena della vita della famiglia, dell'industria e del commercio: un suo guasto si riflette quindi nella comunità.

*Malattia delle donne.* — La donna deve avere cura e manutenzione dei suoi organi sessuali. Lavare quotidianamente i genitali esterni con acqua fresca, (calda d'inverno) e non praticare, senza prescrizione medica, irrigazioni vaginali.

Astenersi da esercizi faticosi durante le regole; evitare, mediante indumenti adatti, il raffreddamento; affidarsi subito alla cura del medico in caso di aborto, di perdite anormali di sangue, di secrezioni; ecc.

Curare la funzione normale dell'intestino poichè la stitichezza esercita una compressione nociva sull'utero.

MARTIN, *La nutrizione della gestante.*

Vengono suggeriti vari alimenti adatti a fornire gli elementi nutritivi essenziali al bambino e a combattere nella donna la stitichezza e il meteorismo che hanno influenza nociva sul bambino.

DRELER, *La menopausa della donna.*

Il periodo della menopausa è variabile secondo la razza, la costituzione, i climi. I vari disturbi dipendono da un mancato compenso delle secrezioni interne da parte del sistema neurovegetativo e debbono essere curati da medici specialisti in materia.

Gesundheitsdienst, novembre 1938, Lipsia.

KUHR, *Lo spirito dell'igiene.*

L'igiene è una scienza indispensabile poichè insegna la maniera di vivere sani e di prevenire le malattie.

DORNEEDEN, *Igiene della vita domestica.*

La casa deve essere tenuta ben pulita, spolverata con mezzi che impediscono sollevamento della polvere. Le camere devono essere spesso aereate e al riparo dagli insetti. Nei lavori di casa si devono evitare atteggiamenti viziosi, come nel lavare tenere il nustello sorretto da sgabello per evitare la posizione curva. I vari lavori di cucina possono essere eseguiti seduti.

HOSTE, *Dal museo alla casa.*

Possibilmente preferire una abitazione nei dintorni della città, poichè l'aria è più salubre e la quiete sicura.

La casa non sia privata dalla luce abbondante dalla vicinanza immediata di alberi, così pure non impedire la penetrazione della luce nelle camere con vasi di fiori e piante alte sui davanzali delle finestre. E' bene riservare le stanze igienicamente migliori per camera da letto e di soggiorno.

MARLOTH, *Pericoli alla salute nell'autunno.*

Per il variare del clima sono frequenti le affezioni dell'albero respiratorio. Occorre quindi premunirsi contro simili malattie con opportuni esercizi fisici eseguiti opportunamente.

PRINZING, *Animali in casa.*

Chi per squisita sensibilità d'animo vuol tenere in casa animali domestici, uccelli, gatti, cani, deve anche cercare di tenerli puliti e sani.

Hijo mio, ottobre 1938, n. 7, Buenos Aires.

Dott. R. KEHL, *A chi somiglia?*

Si fa rilevare che un'assomiglianza perfetta fra genitori e figli è difficile a riscontrarsi. Si osserva in genere che da padre e madre alti nascono figli che tendono ad avere una statura un po' più bassa e viceversa, mentre i genitori di statura media darebbero figli di media statura. In sostanza esiste in natura la tendenza a conservare il tipo medio della specie.

I fenomeni dell'eredità riposano tutti su cromosomi che hanno la funzione di trasmettere da genitore a figlio i diversi caratteri; ed in modo particolare possiedono tali funzioni i genidi che a seconda della loro diversa combinazione ed a seconda della loro provenienza paterna o materna determinano il presentarsi o meno di determinati caratteri dei progenitori.

Prof. L. LANGE-LEY, *Gambe diritte, piedi sani.*

Si espone la necessità che fin dall'età infantile mediante la ginnastica, si cerchi d'influire favorevolmente soprattutto i difetti di origine astenica ed in modo particolare sulle deformazioni delle gambe, che s'iniziano prevalentemente in età infantile e che si ripercuotono pure sulla forma del piede dando luogo ai piedi piatti, valghi ecc.

Dott. A. M. ALZUAR, *La meningite.*

Si espongono succintamente i sintomi cardinali della meningite, quali la febbre alta, il vomito, i dolori di testa, la rigidità della nuca il segno di Kerning. Quando la febbre è molto alta si può avere senso di freddo. Talora si presentano convulsioni. La meningite è dovuta più spesso al meningococco o dal bacillo di Koch, la forma data dal primo germe è la meningite cerebro spinale, l'altra la tubercolare.

A proposito della meningite cerebro spinale si fa presente il pericolo dei portatori di meningococchi e si accenna ad alcuni interventi terapeutici del caso.

## Notiziario

### Da Budapest.

Budapest, 6 novembre 1938.

*Miei cari Amici,*

*In questo momento, quando la nostra armata attraversa la frontiera, il nostro cuore si rivolge a Voi con gratitudine. Noi ungheresi non dimenticheremo mai, mai! la nostra virtù nazionale: la gratitudine e la fedeltà.*

*Con il cuore pieno di gioia supplichiamo sempre il nome del DUCE, il quale ci fece arrivare questo giorno storico.*

*Mando a Voi con il più caldo e dolce affetto i più stretti ringraziamenti dai Vostri amici ungheresi della famiglia medica.*

Dr. STEFAN HALMI.

Budapest V - Nador 16

Roma, 15 novembre 1938-XVII.

*Caro collega Halmi,*

*Oggi che l'alta Ungheria è finalmente riunita alla Patria Magiara, rispondo alla Vostra gradita lettera.*

*La storia del Secolo XX è dominata dalla gigantesca figura di Benito Mussolini, l'uomo di genio, nato per la giustizia e per la difesa della civiltà che, prima nel mondo, Roma diffuse.*

*Con gli auguri più fervidi per l'amica Ungheria, insieme a Voi elevo il mio pensiero al Duce artefice della pace con giustizia.*

*Con i più cordiali saluti*

Prof. dott. I. ROMANELLI.

### **S. A. R. il Principe di Piemonte all'inaugurazione del Centro di Assistenza Sanitaria dell' I. N. A. a Napoli.**

Nel pomeriggio del 12 novembre u. s. in Napoli S. E. il Sen. Bevione, presidente dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

ha inaugurato nel nuovo palazzo dell'I. N. A. il Centro di Assistenza Sanitaria colà recentemente istituito.

La cerimonia, che si è svolta unitamente a quella dell'inaugurazione dei nuovi locali degli Ispettori e dell'Agenzia Generale, è stata resa particolarmente solenne per l'augusto intervento di S. A. R. il Principe di Piemonte, oltre che per la presenza di S. E. il Cardinale Ascalesi e di tutte le maggiori autorità cittadine.

L'augusto Principe, ricevuto da S. E. Bevione, si è vivamente interessato agli scopi ed alle attività della nuova istituzione, fermandosi a lungo nella visita delle varie sale e dei gabinetti scientifici ed esprimendo infine il Suo alto compiacimento per il nobile compito sociale da svolgere nel settore della salute e della difesa della razza.

Dopo il discorso di S. E. il Cardinale Ascalesi sull'alta funzione di previdenza adempiuta dall'I. N. A., si è levato a parlare S. E. Bevione. Il presidente dell'I. N. A. dopo aver ringraziato S. A. R. il principe di Piemonte, S. E. il Cardinale Arcivescovo e le altre autorità, ha tracciato in una sintetica rassegna l'opera dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni. (V. a pag. 473 il discorso del Senatore Bevione).

Dopo l'applaudita orazione seguì la distribuzione di una monografia illustrante i nuovi locali della rappresentanza napoletana dell'I.N.A. e di una medaglia commemorativa dell'avvenimento.

### **L'inaugurazione del Centro Sanitario di Bolzano.**

Giovedì 24 novembre u. s., è stato solennemente inaugurato il Centro di Bolzano con l'intervento di S. A. R. il Duca di Pistoia.

Per l'occasione si era recato a Bolzano S. E. il Senatore Bevione accompagnato dal Direttore Generale delle Assicurazioni d'Italia Gr. Uff. Arcidiacono e dal Vice Direttore Generale Ing. Comm. Cipriani.

Nella mattina S. E. il Presidente si è recato a deporre una corona di alloro al Sacario dei Caduti Fascisti, al Monumento della Vittoria ed alla Colonna Romana dedicata ai caduti dell'Impero.

L'inaugurazione ha avuto luogo nel pomeriggio. Alla cerimonia, tenuta al Palazzo Mercantile, intervennero S. E. il Prefetto Mastromattei, il Segretario Federale, il Generale Comandante il Corpo d'Armata, il Podestà e numerose altre personalità.

Si è levato a parlare per primo S. E. il Prefetto che ha porto agli ospiti il saluto della città soffermandosi a tratteggiare le benemerienze dell'I.N.A. per l'incremento dell'industria e l'agricoltura in tutta Italia e in special modo nell'alto Adige. Quindi il Presidente dell'Istituto S. E. il Sen. Bevione ha esposto le funzioni sociali cui è chiamato il grande Ente di Stato soffermandosi a parlare della campagna sanitaria intrapresa per lo sviluppo della medicina preventiva.

Successivamente tutte le Autorità si sono recate al Palazzo dell'I.N.A. alla cui inaugurazione è intervenuto S. A. R. il Duca di Pistoia. Il Presidente Senatore Bevione ha guidato nella visita S. A. R. che si è compiaciuto per la bella realizzazione ed ha quindi lasciato il Palazzo fatto segno a rinnovate manifestazioni di plauso dalla folla che gremiva i locali del Centro.

### **Scuola di perfezionamento in medicina legale e delle assicurazioni.**

Si è inaugurata in Roma con l'anno accademico tale scuola presso l'Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni diretta dal Prof. Moriani. Ad essa possono accedere tanto i laureati in Medicina che quelli in Giurisprudenza ed è stata creata per dare ai giovani, che si apprestano ad esplicitare le loro attività nel campo della Medicina Legale, in quello della Magistratura ed in quello delle Assicurazioni, una cultura adeguata ai compiti delicatissimi che dovranno essere loro affidati.

La scuola ha la durata di un biennio, il programma d'insegnamento è in parte comune ai laureati in Giurisprudenza ed a

quelli in Medicina, in parte con materie speciali per le due discipline.

Il diploma di « Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni », conseguito dopo aver frequentato questa Scuola, superati gli esami di insegnamenti e sostenuto quello di diploma, è considerato come titolo di preferenza nei concorsi, per Medici e Dirigenti banditi dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, dall'Istituto Nazionale Fascista per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, dalle Casse di Malattia, dal Patronato Nazionale per l'Assistenza Sociale e dall'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale. Oltre a ciò è considerato titolo di preferenza nei concorsi per la Magistratura, banditi dal Ministero di Grazia e Giustizia. Tale Diploma di specialista dà altresì la preferenza per la nomina a perito Medico-Legale.

### **La costituzione di un Istituto per le relazioni culturali con l'estero e le scienze mediche.**

L'I. R. C. E. che, per volere del Capo del Governo, è stato recentemente costituito si propone di intensificare gli scambi con l'estero in tutti i capi della cultura media.

La Commissione direttiva dell'Istituto è presieduta dal Prof. Giuseppe Bastianelli ed è costituita da illustri personalità del campo medico e della biologia.

La questione che ha specialmente preoccupato la Commissione è la troppa scarsa conoscenza che si ha all'estero dell'attività scientifica italiana.

Si è perciò riconosciuta l'utilità di consigliare che le migliori riviste nazionali pubblichino riassunti sufficientemente estesi nelle quattro lingue principali sufficienti a dare un'ampia comprensione del lavoro al lettore straniero. Il Servizio per la Medicina, la Biologia e l'Igiene dell'I. R. C. E. sta procedendo ad una inchiesta sulla circolazione estera delle pubblicazioni periodiche italiane. Le cifre sono molto modeste: cionondimeno risulta che alcune riviste sono costantemente domandate perchè, da anni, sono riuscite a mantenere un livello elevato di produzione scientifica on-

de nessun Istituto che si occupa della loro materia, in qualunque parte del mondo, può fare a meno di averle nella sua biblioteca.

La Commissione ha discusso anche la creazione di una « Rivista di Medicina Biologia e Igiene ». Questa però non pubblicherà che articoli di autori che sono stati personalmente, volta per volta, invitati a collaborare dal Comitato di Direzione. Inoltre, concepita specialmente per la circolazione estera, non è destinata a pubblicare cose nuove, ma piuttosto lavori sintetici su un dato argomento, redatti da quegli specialisti che più hanno contribuito a far progredire la loro disciplina. E' evidente che questa formula è la migliore per diffondere all'estero la conoscenza di ciò che si fa nei nostri Istituti.

La Commissione ha poi proposto di pubblicare una *Guida* per i medici stranieri che si recano, anche per semplici scopi turistici, in Italia. La *Guida* dovrebbe appunto indicare ed illustrare gli Istituti e le realizzazioni più significative del Regime nel campo della Medicina, della Biologia e dell'Igiene.

### Settimana internazionale per la lotta contro i tumori.

La Lega italiana per la lotta contro i tumori ha organizzato dal 23 al 30 novembre u. s. una settimana internazionale per la lotta contro i tumori allo scopo di celebrare il 40° anniversario della scoperta del Radium per opera di Pietro e Maria Curie, come pure la scoperta dei raggi X per opera di Roentgen, illustrare gli scopi della Lega italiana per la lotta contro i tumori, promuovere l'iscrizione dei soci fondatori, benefattori ed ordinari alla Lega italiana per la lotta contro i tumori, tanto per i privati quanto fra gli Enti di ogni genere.

La manifestazione ha raccolto entusiasmo e consenso nel pubblico che comprende l'importanza della lotta contro questa grave malattia sociale.

### La riunione del comitato medico consultivo.

Il giorno 5 corrente si è riunito presso la Sede dell'Unione Italiana di Riassicura-

zione in Roma ed ha discusso il seguente ordine del giorno:

La valutazione ai fini dell'assicurazione vita delle malattie della sfera genitale femminile - (Relatore Dr. PERCACINI).

Valutazione ai fini dell'assicurazione vita delle intossicazioni croniche da tabagismo e da medicamenti - (Relatore Prof. Dr. BARINETTI).

La valutazione della tubercolosi polmonare nell'anamnesi genitoriale dell'assicurando - (Relatore Dr. COMIRATO).

La valutazione ai fini dell'assicurazione vita delle varici - (Relatore Dr. CHIAIS).

Del modulo speciale usato dal C.I.R.T. per gli assicurandi affetti da malattie dell'apparato cardio-vascolare - (Relatore Prof. ROMANELLI).

Nel prossimo numero riporteremo le conclusioni degli autori sugli interessanti argomenti trattati.

### Spigolature mediche

#### MORTALITÀ PER TUBERCOLOSI NEI COMPARTIMENTI DEL REGNO NEL 1937.

In confronto al 1931 la riduzione della mortalità per tbc. raggiunge i massimi nelle Marche e nelle Calabrie e i minimi nella Venezia Tridentina, Venezia Giulia, Zara e Campania. La mortalità media nel Regno nel 1937 per il complesso delle forme tubercolari è superata da tutti i Compartimenti dall'Italia Settentrionale, dalla Toscana e dalla Sardegna.

#### L'ANDAMENTO DELLA MORTALITÀ PER T.B.C. IN ITALIA.

Dal *Notiziario Demografico* pubblicato in data 10 novembre 1938-XVII, si rileva, dal confronto della mortalità per t.b.c. nei trienni 1900-1903 e 1935-1937, che la mortalità per tale forma morbosa si è ridotta, in Italia, in un periodo di 35 anni, del 45 % per i maschi e del 52 % per le femmine. Dalle cifre già pubblicate dall'Istituto Centrale di Statistica risulta che la più sensibile diminuzione si è verificata dal 1920 al 1922.

Nei riguardi dell'età la massima riduzione di mortalità, sia nei maschi che nelle femmine, si è avuta nel primo anno di vita mentre la minima si è avuta, per i maschi, nel gruppo di età fra 45-49 anni e per le femmine nel gruppo di età fra 65-69 anni e 70-74 anni.

RISULTATI DELLA VISITA MEDICA CLINICO-RADIOLOGICA ESEGUITA AD UN GRUPPO DI STUDENTI UNIVERSITARI.

Sopra 387 soggetti, apparentemente sani, dell'Università di Cagliari, esaminati da Dominici e Businco (da « Difesa Sociale ») è stata riscontrata una larga percentuale di alterazioni patologiche (splenomegalia, epatosplenomegalia, cardiopatia, processi pleuro polmonari, ecc.). Notevole la frequenza di processi patologici di natura tubercolare, e soprattutto è stata dimostrata in questi giovani la realtà di forme aperte di tbc. che rappresentano un pericolo per i camerati, per la famiglia e per la società, pericolo tanto più grave in quanto le lesioni decorrono inavvertite.

I risultati dimostrano la grande utilità degli accertamenti preventivi clinico-radiologici presso i singoli individui e presso le collettività, e dimostrano altresì quanto sia utile l'opera vasta e complessa che da anni l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni svolge nel campo della medicina preventiva, concedendo ai suoi assicurati del tutto gratuitamente presso i suoi Centri e Consulenti Sanitari visite periodiche di collaudo della salute corroborate da ricerche di laboratorio e da esami radiologici.

LA TBC. NEI MANICOMI SVEDESI.

Da uno studio statistico dei decessi avvenuti nel manicomio di Stoccolma dal 1924 al 1936 è risultato che su 122 schizofrenici morti, 110 morirono per tbc. Questa malattia non ha invece contato molto come causa di morte nei casi di mania depressiva o psicosi senile.

MORTI NEL REGNO PER INFORTUNI CAUSATI DA MEZZI MECCANICI DI TRASPORTO.

Dai dati provvisori dell'Istituto Centrale di Statistica risulta un totale di morti nel 1937 di 3634 di cui 606 femmine.

L'automobile occupa il primo posto come causa di infortuni, seguita dalla motocicletta e dalla bicicletta, mentre l'autocarro è al 4° posto, la ferrovia al 5° e la tranvia al 6°. Seguono il velivolo, l'ascensore, la teleferica, il motoscafo e la funicolare.

INSEGNAMENTI AGGIUNTI ALLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA.

Per la laurea in Medicina e Chirurgia sono stati aggiunti agli insegnamenti complementari quelli di biologia delle razze umane, scienza dell'ortogenesi, puericoltura, medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica, antropologia criminale.

PER L'ISTITUTO DI BONIFICA UMANA E DI ORTOGENESI DELLA RAZZA.

Il Duce ha ricevuto l'on. prof. Nicola Pende, che accompagnato dal Presidente del Pio Istituto di Santo Spirito gli ha presentato il progetto per la costruzione dell'Istituto di bonifica umana ed ortogenesi della razza. Il Duce ha approvato l'idea ispiratrice del progetto e le quattro finalità dell'Istituto: difesa del fanciullo, della donna, del lavoratore e della razza. Ha quindi dato disposizioni per il pronto inizio dei lavori.

RICONOSCIMENTI ESTERI PER GLI SCIENZIATI ITALIANI.

Il prof. Aldo Castellani conte di Chisimaio tenne lo scorso anno per invito della *Royal Society of Arts* una conferenza sull'organizzazione del nostro esercito durante la guerra etiopica. In riconoscimento degli alti meriti scientifici la stessa società nella seduta inaugurale del nuovo anno ha conferito all'illustre tropicalista italiano la medaglia di benemerita. Ciò conferma non soltanto l'alta e meritata stima della quale gode il prof. Castellani presso il pubblico inglese, ma anche come sia stata altamente apprezzata l'organizzazione sanitaria del nostro Esercito in una delle più ardue guerre coloniali.

Il premio Nobel di fisica per il 1938 è stato assegnato all'accademico d'Italia prof. Enrico Fermi, per le sue ricerche sulla radioattività nei nuclei atomici, delle quali si prevedono applicazioni anche nel campo medico.

(Da *Minerva Medica*).

## 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 infiera rivista che vi riguardi, vi son subito spediti e voi saprete in breve ciò che diversamente non conoscereste mai.

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

## Studi e ricerche di Medicina nelle Assicurazioni Vita

### Relazione di carattere medico assicurativo

Dott. Prof. KNUD SECHER

*Specialista delle malattie polmonari e di cuore  
Direttore dell'Ospedale di Bispebjerg (Copenaghen)*

#### VIII - GHIANDOLE ENDOCRINE.

##### A) *Malattie della ghiandola tiroide.*

Lo studio delle malattie della ghiandola tiroide presenta un grande interesse in assicurazione vita, perchè esse sono spesso causa di invalidità e possono portare a morte in breve spazio di tempo.

Il carattere di queste affezioni dipende dal funzionamento della ghiandola e perciò ripartiremo le affezioni stesse in tre gruppi: 1) casi basati su di un aumento di attività della ghiandola una volta chiamato « ipertiroidismo » mentre ora si adopera più frequentemente l'espressione di « tireotossicosi », e ciò per il fatto che la ghiandola secerne un incretò anormale; 2) casi che si basano su di una diminuzione del funzionamento della ghiandola (Mixedema); 3) il gozzo endemico (ingrossamento della ghiandola tiroide).

Vi sono altre alterazioni della tiroide che non hanno la stessa importanza delle precedenti. Per esempio si può presentare il caso di una tumefazione leggera e per lo più transitoria in connessione con la mestruazione e con la gravidanza, che deve essere considerata come il risultato di un aumento della funzione fisiologica della ghiandola. Altre forme di gozzo (struma) costituiscono alterazioni locali senza alcuna influenza sull'intero organismo. Nei casi di maggiore gravità queste tumefazioni possono comprimere la trachea e richie-

dere l'intervento chirurgico. Altre volte sono le ragioni estetiche che spingono il paziente a rivolgersi al medico.

Le nostre cognizioni sulle malattie in discussione risalgono a molti anni, tuttavia è cosa difficile esprimere un giudizio su queste affezioni in relazione alla assicurazione vita per la ragione che gli studi recenti hanno modificato le nostre idee al riguardo, cosicchè non è possibile appoggiarsi sui passati esperimenti particolarmente per ciò che riguarda la prognosi, e ciò si deve intendere in modo particolare per il primo gruppo.

##### B) *Tireotossicosi.*

Per tireotossicosi si intendono i casi di struma associato ad aumento del ricambio e a tachicardia, segni questi importantissimi. Questa malattia si può manifestare in una ghiandola precedentemente sana ed allora corrisponde alla antica denominazione di morbo di Basedow oppure essa si può sviluppare su di una ghiandola precedentemente alterata, come nei casi di struma semplice circoscritto o diffuso, e allora si parla di Basedow secondario. Agli effetti assicurativi le due forme possono essere trattate insieme.

Noi non conosciamo ancora la causa del Basedow e forse ci troviamo di fronte ad un complesso di sintomi dovuto a cause varie. Vogliamo accennare al fatto che agitazioni psichiche, la gravi-

danza, le infezioni ecc. hanno importanza nello sviluppo del M. B. Le ricerche di questi ultimi tempi hanno condotto gli studiosi a vedere nella tiroide un anello di una intera catena di ghiandole cooperanti sotto il controllo degli ormoni ipofisari, tra i quali se ne è trovato uno ad azione regolatrice sulla tiroide che in esperimenti condotti negli animali ha potuto determinare un quadro morboso con aumento del ricambio come avviene appunto nel Basedow.

La predisposizione deve avere una certa importanza perchè nel 18,5 % dei casi si trova la malattia nella famiglia contro il 9,5 % nel materiale di controllo (Jacobsen), e ciò potrebbe avere una grande importanza in A. V. per quanto questi rapporti non siano ancora ben chiariti. In seguito all'aumento del ricambio si determina una affezione cardiaca il cui decorso è decisivo per la prognosi della malattia. La forma cardiaca non ha una fisionomia caratteristica per il morbo di Basedow ma può presentare aspetti vari.

Riporteremo a tal proposito alcune citazioni sparse nella letteratura.

Anzitutto troviamo in una serie di casi sia una dilatazione che una ipertrofia del cuore. La frequenza varia a seconda degli autori. Willins e Pemberton riportano una frequenza del 75% fra i morti della Clinica di Mayo; Mc Eachen e Rache riportano l'ipertrofia nei due terzi dei casi. Insieme con le ipertrofie si possono trovare delle alterazioni miocardiche come fibrosi e infiltrazioni di cellule rotonde. Basteni ci fa notare che queste alterazioni non sono caratteristiche del morbo di Basedow e Baust richiama l'attenzione sul contrasto esistente tra le lievi alterazioni anatomiche e le gravi manifestazioni cliniche.

I dati che la clinica fornisce non cor-

rispondono esattamente ai risultati delle ricerche sperimentali. Da Smith e Kay, dall'autore e da Vesterdal-Jorgensen è stato notato in seguito a somministrazione di tiroidina nei ratti un aumento del peso relativo del cuore dal 4 all'8,3 per mille. Notevoli alterazioni del miocardio sono state pure trovate, consistenti in una distruzione delle fibrille muscolari, in piena rispondenza con quanto avevano trovato Boyksen e Menne.

Il sintomo più importante della cardiopatia da morbo di Basedow è certamente la tachicardia la quale è costante e può raggiungere 125 e più pulsazioni al minuto. Essa non si trova nelle altre forme di struma e perciò ha un'importanza tanto diagnostica che prognostica.

Inoltre si possono incontrare nel corso della malattia delle forme mutevoli di aritmia, anomalie dell'elettrocardiogramma e principalmente delle manifestazioni che stanno a indicare una profonda e progressiva alterazione del cuore senza rappresentare nulla di assolutamente caratteristico per questa affezione cardiaca, e su ciò sono d'accordo tutti gli autori. Quale esempio di alterazione del cuore voglio citare un caso di Loss nel quale alla autopsia si notarono estese lesioni miocardiche parenchimatose molto affini a quelle dovute a difterite. Cassex, Schteingast e Battro fanno notare questi fatti e riportano alcune alterazioni come l'irregolarità dell'onda B.; nell'11 % dei pazienti si notò l'allungamento del complesso ventricolare. Coelho ha notato in 48 pazienti 39 casi di tachicardia sinusale e in 6 casi fibrillazione auricolare. Nel materiale della clinica di Mayo si trova fibrillazione auricolare nel 25 % dei casi. Brenner ha notato fibrillazione nel 21 % dei casi. Goodal ha notato

nel 30 % dei casi blocco parziale (tratto PR allungato).

Lev ed Hamburger ritengono in molti casi di poter considerare l'ipertiroidismo quale causa di sviluppo della angina pectoris. Davis e Smith citano dei casi di blocco completo in M. B. quale espressione della diminuita capacità di resistenza del miocardio. Questi esempi dimostrano che nel M. B. le alterazioni cardiache sono progressive e Gossens ha dimostrato che le alterazioni dell'elettrocardiogramma sono parallele allo sviluppo dei sintomi clinici.

Le alterazioni suesposte hanno una importanza decisiva per il giudizio in assicurazione vita e per le richieste che si devono formulare al candidato all'atto del controllo.

La prognosi del Basedow dipende anzitutto dalla cura e dal momento in cui questa viene iniziata cioè dalla esistenza o meno all'inizio della cura di lesioni cardiache non regolabili.

Per la formulazione di un giudizio prognostico occorre tener conto con senso critico di tutte le cognizioni che abbiamo a disposizione sulla malattia.

I risultati della cura medica non sono molto favorevoli. Jacobsen riporta il 30% di guarigioni; nel 40 % la malattia persiste e rende invalidi gli ammalati; nel rimanente 30 % dei casi la malattia determina la morte. Withe, avendo osservato gli ammalati dell'ospedale di Guy riporta i seguenti dati: l'11 % dei pazienti morirono all'ospedale e dei rimanenti guarì più o meno bene la metà; un quarto restò invariato mentre il rimanente 16 % morì più tardi. Nella clinica privata di Whites si ebbero risultati migliori: il 64 % migliorò mentre il 13 % morì. Secondo la statistica di Campbel su 127 pazienti 8 morirono all'ospedale, 80 furono curati e di questi 7 guarirono completamente, 26 guarirono quasi completamente, in

modo da riprendere le normali occupazioni, 29 migliorarono, 11 migliorarono soltanto leggermente. Su 50 pazienti studiati da Hyman e Kessel, i quali furono curati soltanto col riposo, l'83 % ebbe un miglioramento così notevole da consentire un lavoro quasi continuo.

Fraser (1926) ha segnalato su 27 pazienti il 22 % di morti e per il resto gli stessi risultati suesposti. Selling (1928) quale risultato di cure mediche cita il 40,1 % di guarigioni, il 16,9 % di miglioramenti, il 20,2 % senza alcun effetto, il 22,7 % di morti.

Come risulta da quanto sopra il Basedow presenta un quadro molto grave con una prognosi straordinariamente cattiva, ed un paziente affetto da Basedow non è raccomandabile per l'assicurazione. Da quanto sopra emerge però che alcuni casi possono essere accolti e si presenta allora la necessità di stabilire i criteri e il momento per l'accettazione del rischio.

Dobbiamo a questo punto ricordare che in questi ultimi tempi la prognosi della malattia è stata notevolmente modificata dall'applicazione terapeutica dei Raggi X e in particolare dai risultati dell'intervento operatorio la cui applicazione è oggi predominante.

E' difficile esprimere un giudizio circa i risultati con la cura dei Raggi X; sembra però che essa in mano di bravi specialisti possa dare dei buoni risultati: i dati circa le guarigioni oscillano dal 25 al 90 %. Da una parte si possono spiegare questi risultati oscillanti col fatto che la cura con i Raggi fu applicata in un momento in cui la diagnosi Basedow non era sufficientemente certa. Inoltre è necessario ricordare che questa cura è difficile e richiede una tecnica perfetta. Che si possano raggiungere risultati molto buoni è dimostrato da Eiken, il quale ha pubblicato i risultati della cura secondo i quali gli am-

malati guarirono in prevalenza. In una ragazza per la quale la cura fu applicata quale ultima prova il peso aumentò da 57,5 a 81,5 Kg. e le pulsazioni diminuirono da 150 a 90.

Se l'atto operatorio ha acquistato oggi una importanza grandissima ciò si deve all'applicazione della cura col iodio prima dell'operazione, secondo il suggerimento di Plummel, in tal modo si evita lo choc operatorio che prima rappresentava un grave pericolo. Il paziente viene curato col iodio fino al momento in cui il ricambio basale è stato notevolmente abbassato, e allora si procede all'operazione. Con questo metodo si è riusciti a ridurre notevolmente la mortalità causata dall'atto operatorio. Mentre una volta la mortalità era del 20 % circa ora essa è scesa all'1-2 %, anzi vi sono delle serie continue di operazioni senza un caso letale, sebbene tutti i pazienti siano accettati per l'operazione. Come sia sollecito il miglioramento del ricambio è dimostrato dai risultati esposti da Troells: nel 1924, prima dell'applicazione della cura del iodio, la mortalità registrata era del 9,6 per cento, e nel 1925, dopo l'applicazione della cura, discese al 3,3 %. Nei paesi nordici furono fautori di questa cura particolarmente Holst e Lied nella Norvegia e Fabricius-Moller nella Danimarca.

Condizione essenziale è lo stato del cuore al momento dell'operazione perchè, se il cuore era malato da diverso tempo e presentava alterazioni miocardiche, tali alterazioni non sono più regredibili.

Nella clinica di Mayo dove la mortalità operatoria è inferiore all'1 % viene rilevato che se si è formata una dilatazione del cuore non ci si può attendere la scomparsa dell'affezione cardiaca. Ad onta di ciò vi sono degli autori

i quali affermano che l'operazione influisce favorevolmente sul cuore.

Romanos, il quale eseguì 500 operazioni con una percentuale di morte del 2 %, considera l'operazione come la via più sollecita e più sicura per la guarigione. Egli calcola il periodo di convalescenza a 6 mesi, dopo i quali si può trovare una tachicardia di 80-90, mentre la dilatazione del cuore regredisce rapidamente. Il sintomo che resta per uno spazio di tempo molto lungo è l'esoftalmo.

Circa il volume del cuore vi sono delle osservazioni di diversi autori i quali affermano che il cuore dopo l'operazione si normalizza nuovamente. Ciò venne affermato da Kraus fin dal 1906 e più tardi anche da altri autori. Steiner dopo un anno dall'operazione notò 11 casi di cuore ridotto su 16 casi esaminati.

Contrariamente a quanto sopra è esposto Meyer e Sulger hanno notato che la dilatazione cardiaca rimane tale per due o tre anni ancora dopo l'operazione e lo stesso fatto è confermato da Bastels. Manard e Hurcstal ricordano che per i casi non complicati si possono prevedere solo lievi modificazioni.

Particolarmente Parade e Raben hanno fatto rilevare il punto importantissimo che la normalizzazione delle condizioni del cuore dipende dal momento dell'operazione. Specialmente i cuori fortemente ingrossati diminuiscono in grossezza col diminuire del ricambio. Ciò viene anche confermato da Vesterdal-Jorgensen con le prove da loro fatte. Come dicevamo con l'uso della tiroidina si è riusciti ad ottenere un aumento del volume del cuore dal 4 all'8,3 %. Si è allora notato che il peso del cuore diminuiva nuovamente col cessare dell'uso della tiroidina e il cuore in tal caso tornava al normale. Esami-

nando questi casi si è notato però che in questi cuori di volume normale, si notavano delle alterazioni notevoli del miocardio con lesioni delle fibre muscolari.

Dicevamo precedentemente che la tachicardia scompare dopo l'operazione nei casi favorevoli e lo stesso può dirsi anche dell'aritmia anche quando essa si prolunghi. Thomas junior ricorda per esempio che una fibrillazione atriale sparì soltanto dopo un anno e mezzo. Kommer e Obermaier i quali hanno descritto particolarmente il comportamento dell'onda T, mostrano che le variazioni della sua forma si presentano all'incirca 14 giorni dopo l'operazione.

In base a quanto sopra esposto si comprenderà che l'ipertiroidismo ha una importanza notevole per la capacità di vita e anche per il giudizio prognostico in assicurazione vita.

Comunemente la questione viene ripartita in due parti: 1) il giudizio per i pazienti affetti da ipertiroidismo. Questi pazienti non sono raccomandabili per l'assicurazione. In questo caso ci troviamo innanzi ad una malattia progressiva la quale può influire particolarmente sul cuore. Soltanto in casi di lieve alterazione potremo accettare in assicurazione tali pazienti e precisamente con l'applicazione di un premio calcolato per un periodo breve di vita; 2) l'assicurato si presenta quale soggetto a suo tempo affetto da ipertiroidismo e guarito in seguito a cura medica, con i Raggi, od in seguito ad intervento chirurgico. In questo caso anche se l'esame clinico non rivela nulla di anormale noi dovremo richiedere la determinazione del metabolismo basale, l'esame radiologico del cuore e l'elettrocardiogramma. Anche se queste indagini non rivelano nulla di anormale pure dovremo giudicare il rischio, per i primi cinque anni dalla guarigione del-

la malattia, tarato secondo la tabella relativa alle malattie del cuore e in seguito eventualmente si potrà richiedere la revisione per l'applicazione del premio normale.

Soltanto se il candidato risulti guarito da molti anni potremo rinunciare a tali ricerche, limitandoci a ripetuti controlli del polso.

### C) *Mixedema.*

Per mixedema si intende una malattia per difetto, la quale si basa sul fatto che manca la secrezione necessaria della glandola oppure questa avviene in quantità troppo modeste.

Con la somministrazione della materia mancante si può eliminare completamente lo stato morboso del soggetto e l'individuo può, sino a tanto che si provvede a tale rifornimento, essere completamente sano ed abile al lavoro ed allora si vede come questi uomini durante la loro vita continuino a lavorare senza risentire l'influenza dello stato morboso.

In casi leggeri di mixedema, per questa ragione, si può accettare il relativo soggetto a premio normale senza alcuna restrizione oppure eventualmente con la condizione del termine fisso. Però vi sono degli stati più gravi di mixedema nei quali la cura supplementare non è sufficiente a dare al soggetto la pienezza della capacità lavorativa, la vitalità risulta diminuita e non si riesce ad eliminare completamente l'astenia caratteristica dei mixedematosi, la quale trova la sua espressione più tipica nella stanchezza e nella mancanza di energia fisica e psichica. Questi pazienti non possono essere accettati in assicurazione. Praticamente ciò ha poca importanza dato che tali soggetti con ogni probabilità chiedono assai raramente di entrare in assicurazione.

Mentre, come dicevamo, da molti anni si hanno delle conoscenze di alterazioni cardiache nel corso di ipertiroidismo, solo da pochi anni abbiamo imparato che anche nel mixedema si possono trovare delle alterazioni del cuore, fatto questo di grande importanza in assicurazione vita. Zondek per primo rilevò che associata al mixedema si può trovare una dilatazione del cuore e questo fatto è stato confermato da diversi altri autori, i quali riportano una frequenza che oscilla dal 20 all'83 %.

Brenner ha trovato nell'elettrocardiogramma la diminuzione di tutte le onde. Le punte T sono basse e qualche volta invertite. In seguito a trattamento tiroideo la P e il complesso ventricolare QRS possono aumentare e le punte T diventare normali.

Warburg ha citato un esempio dal quale si vede che fu sufficiente una cura tiroidea di tre settimane per convertire l'elettrocardiogramma in un tipo normale.

Ohler e Abramson, i quali hanno esaminato 35 casi di mixedema notarono in 30 casi le alterazioni, di cui sopra, dell'elettrocardiogramma. Higgins ha notato una miofibrosi in occasione dell'autopsia praticata in alcuni affetti da mixedema. Tutto ciò dimostra che nel giudicare gli affetti da mixedema non si deve tener conto, all'esame, soltanto del ricambio basale ma anche delle condizioni del cuore (esame radiologico, elettrocardiogramma).

#### D) *Cretinismo.*

Anche nei casi di cretinismo dobbiamo ammettere una diminuzione della funzione tiroidea, sebbene in questi ca-

si si verifichi un ingrossamento, talora molto pronunziato, della glandola.

I pazienti affetti da cretinismo non sono soggetti raccomandabili per l'assicurazione vita, dato che in questa malattia si deve considerare che ci si trova di fronte a casi in cui non solo la glandola tiroide secerne un quantitativo di ormone inferiore al normale, ma esistono alterazioni della funzione di altre glandole a secrezione interna. In questi pazienti notiamo diminuzioni dell'intelligenza, anormale sviluppo fisico (molti sono nani) alterazioni degenerative delle glandole genitali. Nel 29 % dei casi vi è sordomutismo, nel 32 % i pazienti hanno diminuzione di udito. Nei bambini si notano dei vizi delle valvole cardiache nel 23 % dei casi, negli adulti nel 49 %.

Come è noto si trovano casi di cretinismo endemico particolarmente nelle regioni di montagna dell'Europa: nel Tirolo nella Svizzera e nei Pirenei e dell'America nelle Ande, a Rogkymountains nella valle del Missisipi. Questa malattia è conosciuta anche in Asia e in Australia. Nell'Europa del Nord essa non ha nessuna importanza ed è conosciuta pure in alcune regioni della Svezia e della Norvegia.

La vera causa del cretinismo non è ancora molto chiara. Si ritiene di poter mettere in relazione questa malattia con la deficienza di iodio nell'organismo. Con la somministrazione di iodio in aggiunta al sale di cucina si è potuta limitare nelle regioni colpite la diffusione del cretinismo.

Eventualmente, nei casi sospetti di cretinismo, si deve ricorrere particolarmente a visite scrupolose da parte di medici specialisti.

# Il contagio coniugale della tubercolosi

in Assicurazione Vita

Dr. ALBERTO STARNA

Le opinioni mediche circa la possibilità e l'entità del contagio tubercolare hanno seguito nei secoli la storia delle malattie infettive tra le quali primeggia questo triste flagello che ha dato luogo a lunghe discussioni e conclusioni molto spesso discordanti o contrarie. Quanto al contagio coniugale in ispecie, il problema si presenta ancora più complesso poichè i dati statistici sono relativamente pochi e molti fattori che esamineremo tendono a modificare il rischio del contagio stesso.

L'esperienza aveva fatto dire ad Ippocrate: il tisico nasce dal tisico; sintetizzando in tre parole la teoria della ereditarietà che dopo 2300 anni trova ancora molti elementi a proprio favore. Però, quasi contemporaneamente, Isocrate, nell'Egenetico, aveva osservato che coloro i quali assistevano i tisici andavano incontro alla stessa malattia iniziando in tal modo la teoria del contagio; la quale veniva ammessa dallo stesso Aristotele quando accusava come mezzo di trasmissione l'aria inquinata che si respira accanto ai tubercolosi.

Successivamente, nell'alto Medio Evo si propendeva, come dimostra l'osservazione quotidiana, per la teoria dell'ereditarietà. Solo verso la metà del secolo scorso Peter proponeva una nuova formula: non esiste l'eredità alla tbc. ma alla predisposizione; formula che oggi mantiene integro il suo valore.

E' soltanto dopo le memorabili esperienze di Villemain sulla riproduzione del tubercolo nel 1862 e la scoperta di Koch del 1882 che la teoria della contagiosità

torna a prevalere, in modo incontrastata, e ha fatto concentrare tutta la profilassi antitubercolare nella lotta contro il bacillo.

Per determinare l'importanza epidemiologica del contagio per l'attecchimento della tbc. polmonare gli elementi statistici hanno moltissima importanza; si deve però osservare subito che i soggetti da esaminare a tale scopo si limitano fundamentalmente a due gruppi; a coloro che prestano assistenza ai malati di petto negli ospedali e nei sanatori e a coloro che convivono familiarmente in casa con i tubercolosi.

Il primo, costituito da infermieri, suore e medici, presenta la possibilità di contagio in modo massivo per la comunanza di vita durante tutto il giorno con molti malati tossicologici e portatori di forma avanzata. Ma tale ambiente infetto non corrisponde alle condizioni della più gran parte della popolazione civile; d'altra parte bisogna tener presente che, presso tali soggetti, non si verifica la promiscuità dell'uso di oggetti casalinghi nè la costante coabitazione.

Invece per il secondo gruppo, costituito da coloro che vivono in ambiente familiare con un tubercoloso, più che il numero dei bacilli ispirati in speciali momenti, il pericolo maggiore è dato dalla continuità delle piccole inalazioni, dall'uso comune di stoviglie, di biancheria, dall'ambiente malsano, dalla trascuratezza di buone norme d'igiene e spesso dalla comunanza di letto del sano col malato.

Il problema del contagio, come quello

dell'ereditarietà, interessa non solo il medico igienista ma anche il medico di assicurazione che ha occasione di vedere quanto sia notevole il contributo dato dalla tbc. ai sinistri per premorienza. In Italia l'importanza dell'argomento venne riconosciuta circa 20 anni fa, per primo dal Romanelli che impostò la questione nella Guida del medico di assicurazione e ne trattò in altri lavori dei quali dopo faremo cenno.

Si comprende subito che l'indagine statistica, svolta nell'ambiente familiare per dimostrare l'esistenza del contagio, dovrà lasciar fuori tutti i casi di malattia che si verificano nei figli di malati nei quali molto contribuisce il fattore ereditario. Quindi l'indagine del contagio e la sua dimostrazione non dovrà esser cercata nè tra i consanguinei dei tubercolosi nè fra il personale dei sanatori che offrono condizioni non ordinarie di vita; bensì dal contagio coniugale il quale dovrebbe darci la conferma o la smentita del potere infettivo della malattia, perchè in questa cellula della società umana costituita dalle famiglie vivono insieme due soggetti coetanei e nello stesso ambiente di vita.

Ciò che colpisce, allorchè si scorre la letteratura sull'argomento, è la grande diversità dei risultati ottenuti. Lumière, criticando la disparità del modo di costruire queste statistiche, riferisce che, mentre Fischberg denuncia il contagio soltanto nel 3 % dei coniugi di tbc., Mining e Brekmer salgono al 12 %, Kirchner al 17 %, Elsaesser a 39 % e Ward in Inghilterra raggiunge addirittura il 58 %. E' evidente che il preconcetto del pericolo del contagio deve aver condotto a deduzioni statistiche di volta in volta tanto diverse.

Questa concezione ha prevalso fino al dopoguerra immediato tanto che leggiamo in un lavoro del Romanelli che tratta della tbc. in rapporto all'assicurazione

vita come Ward nel 1919 riteneva il contagio coniugale estremamente comune. Il Romanelli stesso era, in tali casi, favorevole al rinvio della accettazione in assicurazione ad un anno da che era cessata la coabitazione del malato con l'assicurando.

A questo proposito è da tener presente come la malattia sia molto diffusa e presenti moltissime varietà cliniche tanto da decorrere in modo insidioso e possa far ritenere indenni individui portatori di forme latenti ed anche contagiose. Se all'indagine dell'anamnesi personale del presunto infetto secondariamente, può sfuggire, perchè asintomatica, una tbc. polmonare obsoleta; più facilmente potranno venire omesse bronchiti sofferte molti anni prima alle quali non s'era data importanza o pleuriti sofferte nell'adolescenza. In tali casi il coniuge ammalatosi successivamente potrà essere ritenuto contagiato dall'altro mentre era egli stesso portatore di una forma cicatriziale o latente.

Nè deve essere omessa una indagine accurata nel gentilizio del coniuge presunto contagiato il quale potrà invece possedere una predisposizione ereditaria alla malattia. Questa indagine è spesso incompleta perchè la ricerca radiografica, che è la più sicura, solo raramente può essere praticata in modo sistematico negli ascendenti e nei collaterali di almeno due generazioni del contagiato. Come si vede, una indagine che sembra tanto semplice in teoria, riesce molto difficile in pratica anche perchè non sarà raro trovare che entrambi i coniugi presentavano delle note di eredità alla tbc.

Si deve perciò tener presente che esiste la possibilità, per la diffusione notevolissima della malattia, che i due coniugi siano, per la legge delle probabilità destinati a morire della stessa malattia. Lumière, avversario convinto del-

la teoria del contagio, usando in pratica il metodo della estrazione delle boglie bianche e nere distribuite secondo la percentuale statistica di morire per tbc. o per altra malattia ha ottenuto che le coppie di biglie estratte si presentavano così distribuite: 64 erano entrambi bianche, in 32 una era nera ed in 4 entrambi nere.

Poichè le biglie nere corrispondono a casi di morte di tbc. se riportiamo a 100 i risultati delle due ultime estrazioni troviamo che ogni 100 coppie in cui almeno un componente è stato colpito da tbc., esiste la probabilità matematica che 11 volte anche l'altro è condannato alla stessa malattia. Da ciò, l'illustre Accademico di Francia, deduce che la possibilità del contagio potrebbe essere ammessa solo quando la malattia si riscontrasse in entrambi i coniugi in una quota superiore all' 11 % suddetto.

Tale ipotesi sarebbe esatta se i dati statistici usati per ricavare il rapporto tra le mortalità generale e quella per tbc., che dal Lumière è stata trovata come 5 e 1, fosse applicabile a tutte le popolazioni civili d'Europa. Ma sono stati presi in esame soltanto i morti per la città di Lione, limitatamente al periodo 1901-1925, il che dimostra come l'indagine riguardi una popolazione esclusivamente urbana ed in essa molto si rifletta la perturbazione della guerra europea con i relativi disagi insieme alla pandemia influenzale del 1918-19 che molto contribuì allo sviluppo di forme di tbc. in tal periodo.

Tali risultati se difficilmente potrebbero essere espressione di una intera nazione, tanto meno rispecchiano la mortalità verificatasi nel periodo normale nelle altre regioni d'Europa, urbane ed agricole insieme.

Ad es. in Italia la mortalità per tbc. polmonare e per tbc. in genere presenta un quoziente molto più basso come può

osservarsi nel presente prospetto che abbiamo costruito in base alle cifre riferite nella statistica delle cause di morte del Regno. Come si vede nella Tab. 1, prendendo in esame quasi 50 anni, troviamo cifre di mortalità per tbc. sempre molto inferiori ed in media oscillano tra il 6 ed il 7% nel periodo stesso con tendenza a stabilizzarsi entro tali limiti. Quindi la possibilità di morire per tbc. in Italia deve essere ridotta all'incirca soltanto ad 1/3 di quella trovata a Lione; cioè appena in 4 coppie su 100, nelle quali un coniuge è ammalato, può verificarsi la possibilità che anche l'altro debba fatalmente ammalarsi.

**Andamento della mortalità per tbc in genere e tbc polmonare in Italia**

(ambisessi per tutte le età)

(Tab. 1)

ANNO	% della tbc in genere in rapporto alla mortalità generale	% della tbc polmonare in rapporto alla mortalità generale
1890	5,91	3,94
1900	6,25	4,81
1910	6,60	5,28
1920	8,25	5,87
1930	7,81	5,83
1934	7,10	5,21
1935	6,40	4,71
1936	6,45	4,72
<b>MEDIA del periodo in esame</b>	<b>6,88</b>	<b>5,04</b>

Anche se volessimo seguire il metodo d'indagine di Lumière, con l'esclusione dei casi di morte verificatesi al di sotto dei 20 anni, in quanto si tratta di soggetti non coniugati, la percentuale di morte non supera in modo apprezzabile quella sopraddetta. Così in Italia, nel 1936 si ebbero 30.000 casi di tbc. in genere nei soggetti di età superiore a 19 anni e 419.000 morti per tutte le cause nello stesso gruppo di età; il rapporto è

perciò del 7,18 %. Esso, che è il più alto del cinquantennio, conferma la correzione circa la probabilità di morire per tbc. in entrambi i coniugi secondo il rapporto da noi trovato.

Perciò solo qualora si dimostrasse una cifra percentuale maggiore del 4 % di tali casi il sospetto del contagio maritale dovrebbe risultare fondato. La questione, come si comprende *a priori*, offre una importanza non soltanto teorica ma anche sociale per la lotta contro la diffusione della tbc. Nel campo assicurativo i medici si sono preoccupati del rischio maggiore che può verificarsi dalla coabitazione in genere con un malato di petto tanto che nei moduli di visita esiste una domanda specifica a tale fine. Naturalmente il coniuge del malato è colui che, per la maggiore intimità con il malato, presenta la possibilità maggiore di contagiarsi.

\* \* \*

Le indagini statistiche degli AA. dei vari paesi registrano, come abbiamo sopra accennato, variazioni notevoli. De La Camp dopo avere esaminato 600 donne mogli di tubercolotici ne avrebbe trovate malate il 35 %; Cornet, in un vecchio studio faceva ascendere il contagio al 23 %; cifra assai prossima al 25 % riscontrata da Pironneau. In uno studio di Sopp, eseguito recentemente nel 1936, il contagio risulterebbe molto frequente; tale A. esaminando anche radiologicamente 140 soggetti coniugati con tubercolosi avrebbe trovato nel 66 % dei soggetti complessi primitivi o secondari e nel 13 % forme terziarie spente od in attività.

Tali risultati però non trovano conferma nella maggior parte dei lavori più recenti i quali di solito denunciano cifre che non superano il 12-14 %. Più precisamente avrebbero riscontrato note di tbc. in ambo i coniugi nel 12 % dei casi,

a quanto riferisce Sanguigne, Haupt da una analisi di 260 coppie e Brehmer in altre 150 studiate all'Istituto PIPPS di Filadelfia.

Christiaens e Guillom, in un lavoro che riguardava tutti i membri di 340 famiglie di operai tessili e metallurgici nei quali uno dei genitori era malato e la coabitazione risaliva da 18 a 12 anni, hanno riscontrato la malattia in entrambi i coniugi nel 13,52 %. Marino l'anno scorso in una statistica personale di 200 casi ha riscontrato 24 forme biconiugali; il che fa salire il rapporto al 14 %. Arnaud in base allo studio di 50 coppie fa invece discendere tale probabilità al 10 %; alle stesse conclusioni è giunto Lestocquoy nel 1936 dopo aver esaminato le possibilità di contagio in soggetti adulti la cui anamnesi era negativa.

In base all'esame clinico radiologico di 1052 consorti di malati esaminati al Centro Diagnostico dell'I.N.F.P.S. di Napoli, Sanguigno recentemente avrebbe trovato che tale possibilità si verifica nell' 8,27 %. Questa percentuale scenderebbe, secondo Sanguigno, al 5,7 % se si considerano soltanto le forme con manifestazioni evidenti.

Scorparti e Mannino in base ad un esame clinico, sierologico e radiologico eseguito nel 1937 nei coniugi di 100 ricoverati all'Istituto Forlanini avrebbero riscontrato segni della malattia polmonare nell' 8 %; cifra assai prossima a quella trovata da Jacob e Pannwitz oltre 30 anni fa.

Sfogliando la letteratura troviamo cifre ancora inferiori; così in uno studio statistico di Berthier, praticato nel 1935 sopra 1365 coniugi, la malattia risultava nei due coniugi in 90 casi, cioè nel 6,6 %; ma se si toglievano le forme in cui la tbc. era preesistente in modo certo (12), o probabile in entrambi (4), la percentuale di contagio scendeva al 5,5 %.

Ma non raramente la tbc. biconiugale risulta ancora molto inferiore; così Mongour riscontrò soltanto il 4 %, Jacob e Pannwitz il 3 % e tra gli AA. citati da Sanguigno troviamo Biermann (1926) con 4,3 %, Vignoli Palombelli (1931) con il 4 % in base all'esame di 550 coppie, Fishberg (1917) col 2,9 % e Rowland (1925) con appena il 2,7 %.

Infine Secher, che riconosce come la infezione coniugale sia relativamente rara, nelle relazioni di medicina assicurativa riferisce risultati di De Besche e Jorgensen che riscontrarono la tbc. nei due coniugi soltanto nell' 1,5 % e quelli di Isoger con il 2,2 %.

In complesso, da quanto siamo venuti brevemente esponendo, si deve concludere che gli studi più recenti, nei quali si è proceduto a controlli radiologici non disgiunti da un accurato esame clinico offrono una percentuale che va dal 14 al 4 % di tbc. clinica o radiologica in entrambi i coniugi.

Ma, da ciò, non possiamo concludere che questa cifra rappresenti sempre casi di contagio avvenuto, poichè ricordiamo che le indagini sierologiche e radiologiche eseguite nei coniugi di tbc. con le quali si sono accertati focolai latenti molto modesti, non rivestono sempre un grande valore nel destino di questi soggetti. Basta che ricordiamo i classici risultati della cutireazione praticata da Hamburger (a 14 anni sarebbe positiva nel 99 %); recentemente in Italia la positività di questa indagine, eseguita da Rotta di Torino, è risultata negli avanguardisti di 14-18 anni leggermente inferiore con l' 84 % e nelle giovani italiane di uguale età nell' 80 %.

Con tutta probabilità se ci si limitasse a dichiarare infetti i coniugi trovati portatori di lesioni sempre clinicamente o radiologicamente ben accertati, i valori più alti scenderebbero notevolmente. Poichè dal punto di vista sociale il va-

lore della cutireazione è ben lungi da quello dei restanti esami, sebbene non si possa disconoscere che stia ad indicare biologicamente, secondo gli studi della scuola del Micheli, la esistenza di focolai attivi anche se clinicamente muti.

\* \* \*

Accettando, comunque, i limiti suddetti dovremo sempre detrarre, secondo le leggi di probabilità soprariportate, i casi in cui la tbc. si è sviluppata dopo il matrimonio indipendentemente dal contagio e che dovrebbe verificarsi all'incirca nel 4 % delle coppie in esame. Dalla mortalità del 4-14 % per tbc. presunta coniugale risulta quindi una possibilità di contagio che va dal 0 al 10 %.

Precisamente sopra questa cifra, i cui limiti riescono straordinariamente ampi, dobbiamo richiamare la nostra attenzione, perchè essa dimostra come il contagio, talvolta inesistente, possa tal'altra essere considerevole. Non trovo utile per la chiarezza dei risultati procedere alla determinazione di un unico coefficiente sommando i risultati dei vari autori che hanno lavorato con criteri ed in ambienti il più spesso molto diversi. Così la cifra del 12,8 %, che Sanguigno deduce da 7293 coppie, non ci sembra giusto indice del fenomeno essendo grande la disparità dei metodi d'indagine e delle popolazioni esaminate. Un fattore importante è costituito dalle norme d'igiene applicate dai coniugi; esse sono dovute, oltre all'educazione dei soggetti, anche alle possibilità economiche di poter gestire una casa ampia, arieggiata, senza agglomeramento familiare ancora frequente nel ceto povero.

Non ci dovremo meravigliare perciò se tra gli AA. da noi citati, ad esempio, Christiens e Guillom trovano tra gli operai tessili e metallurgici il 13,52 % di malattia biconiugale e Berthier, in am-

bienti borghesi, riscontra invece soltanto il 5,5 %. La denuncia di cifre molto alte corrisponde quasi costantemente ad indagini eseguite in sanatori di consorzi o mutue operai ed agricoli il cui regime di vita e di igiene è molto modesto.

La conferma dell'importanza dell'ambiente sociale in cui avvengono tali ricerche è dimostrata dai miglioramenti che sono seguiti ai progressi dell'igiene urbana. Ricordiamo pure come Semizzi, trattando dell'eugenica e della politica demografica, riferisce i risultati di una indagine eseguita a Milano a proposito della mortalità per tbc. in rapporto alle abitazioni nel decennio 1903-1912. Da essa è risultato che quando l'appartamento presentava un indice di affollamento di 0,85 persone per stanza la mortalità per tbc. era dell'1,96 %; allorché invece l'affollamento era di 1,13 e contemporaneamente esistevano condizioni antigieniche la percentuale di mortalità in rapporto alla popolazione saliva al 3,12 %.

Ma v'è un'altra causa sulla quale non è stata richiamata abbastanza l'attenzione. Molti AA., da Berthier a Sopp a Tecon e altri hanno notato che il coniuge contagiato molto più spesso è la donna. Sisto attribuisce il fatto alla abitudine della vita casalinga della donna la quale, per le sue mansioni può essere a contatto con il materiale infetto; Sanguigno fa presente lo stato di debilitazione che accompagna la gravidanza ed il puerperio.

A tali elementi credo se ne potrebbero aggiungere altri; nella famiglia povera la donna si sottopone non raramente, per un istintivo senso di sacrificio, ad una ipoalimentazione a beneficio dei figli del marito lavoratore; così pure è molto frequente che nei primi mesi della malattia tubercolare la moglie assista il marito degente. V'è poi da notare che

la donna è quasi sempre più giovane del marito, di solito di 5-15 anni. Questo ultimo dato è forse il più importante, perchè le condizioni allergiche costituzionali di un soggetto di 25 anni non sono identiche a quelle di un individuo di 35-40 anni.

A riprova di ciò vediamo che Sopp ha riscontrato come le donne, minori di 24 anni e coniugi di tubercolosi, siano indenni dalla malattia clinicamente e radiologicamente solo nel 6 %; cifra che conferma quale grande importanza abbia l'età a determinare lo stato allergico-immunitario e la relativa possibilità di contagio.

Dopo ciò non ci meraviglieremo se Vajda abbia riscontrato accanto ad un marito tbc. note della malattia nella moglie in una percentuale del 18,8 % mentre accanto alla moglie tbc. il marito si ammalerebbe nel 12,5%. Nello studio sopracitato di Christiaens e Guillon, che si riferisce ad un ambiente operaio di cui 47 coppie erano divenute tbc., solo per una quarta parte il contagio era partito dalla moglie (13 casi) mentre negli altri casi si era iniziato dal marito. L'indagine del Sanguigno in ambiente operaio e minimo borghese del napoletano ci dice come nel 50 % dei casi il contagio era dovuto al marito, nell'11 % alla moglie, rimaneva incerto nel 39 %.

Un altro elemento che non deve essere dimenticato è il potere contagiante del malato a seconda della forma da cui egli è colpito. Bonanni nel 1936, studiando l'entità del contagio familiare in genere trovò che, mentre si possono riscontrare lesioni tbc. fino al 25 % nei congiunti di malati con forme molto ricche di espettorato bacillifero, al contrario nei parenti dei malati poco contagianti le lesioni scendono al 2,10 %. Una prova delle diverse reazioni umorali all'attecchimento è stata dimostrata nel 1935 da Dressler che, sopra 455 congiunti di tbc.,

rinvenne il 4,2 % di forma attiva ed il 24,1% di forme cicatriziali.

Queste cifre naturalmente comprendono anche casi in cui esisteva predisposizione familiare tanto che Bonanno riconosce come il contagio maggiore si sviluppi tra i fratelli; tuttavia conferma che tra i non consanguinei (coniugi) il contagio è proporzionale al potere infettante dell'ambiente. Anche in una statistica del L'Eltore sopra 1518 tbc. tale A. ha trovato che il contagio poteva essersi verificato nel 14,82%; invece la malattia era riscontrabile tra i consanguinei nel 38,27%.

Molto giustamente perciò nel modulo di visita degli assicurandi dell'I.N.A. viene domandato sia dell'esistenza di casi t.b.c. in famiglia sia di eventuale coabitazione con persone malate. Noi sappiamo, indipendentemente dalla questione patogenetica dell'infezione secondo il concetto di Raedeker (reinfezione esogena); che tanto il fattore erododisposizione come la convivenza con malati aggravano il rischio di contagiarsi di tubercolosi.

L'assolutismo nel campo della tisiologia non esiste; a scopo polemico i contagionisti svalutano il fattore ereditario, come i costituzionalisti vogliono escludere il pericolo del contagio; la realtà delle cifre, che studia la tubercolosi più che il tubercolotico, ci dice come entrambi queste teorie presentino una parte di vero ma solo insieme si completino e rendano ragione dell'osservazione pratica.

Certamente la dimostrazione del contagio è molto più difficile dell'ammissione in senso lato dell'eredo-disposizione in quanto, data la diffusione della malattia non è difficile rinvenire nel gentilizio di molti sani una forma tubercolare (adente cronica, pleurite, ecc.) che depone per il fattore ereditario, superando questo le stesse probabilità matematiche del contagio.

Astraendo dal contagio coniugale si può anche indagare sul rischio del contagio che si verifica nel personale assistenziale dei sanatori.

Kirchner, secondo riferisce Lumière, avrebbe riscontrato una tubercolizzazione del 2,42 % nelle cliniche universitarie in confronto al 0,77 % dei medici ed all'1,44 % del personale infermiere dei Sanatori. Questo fenomeno paradossale, che costituisce una conferma alla teoria di Sanarelli sulle possibilità immunizzanti dei ceppi familiari, avrebbe trovato conferma nelle ricerche sperimentali di Kraus e Stuart-Willis.

Ma tali proporzioni si discostano troppo da quelle riferite dalla maggior parte degli osservatori, che denunciano una mortalità per t.b.c. nel personale sanatoriale molto maggiore, perchè possano essere utilizzate nella controversa indagine sul contagio. Anche accettando le altre cifre riferite dallo stesso Lumière, nonostante l'apparenza, il contagio non può essere escluso. Così potrebbe dirsi del 4,39% dei casi di tbc. tra il personale medico e assistenziale del Sanatori di Brompton Hospital verificatosi durante 37 anni di esercizio.

In un altro recente lavoro di Guilerling comparso nel 1936 troviamo che in un Sanatorio durante il periodo 1910-35 si ebbero 40 casi di tbc. sopra 1265 suore in servizio, vale a dire il 3,1%, mentre fra i 495 uomini addetti al personale di servizio si verificarono soltanto 5 casi cioè l'1 %.

Orbene queste stesse cifre bassissime ci dicono come le suore, a differenza di quanto accade nella popolazione civile, abbiano presentato una mortalità più che doppia rispetto a quella trovata tra gli uomini; ciò non può essere determinato che dal contagio fra gli adulti poichè sappiamo che il sesso femminile è notevolmente più colpito, come

abbiamo già visto a proposito della t.b.c. coniugale.

Senza dilungarsi con altre cifre riportate da Rist, da Heinbeck e Jacobson sulle possibilità di contagio nell'adulto, possiamo concludere che, sebbene spesso il contagio si accompagni ad una eredo-disposizione, esso può indiscutibilmente agire senza questo ultimo elemento. Comunque il contagio presenta notevoli variazioni in rapporto alle condizioni che abbiamo sopraesposto e che possiamo riassumere in tre categorie a seconda riguardino: il soggetto infetto solo secondariamente, il coniuge già ammalato, l'ambiente di vita.

1) Le *condizioni di resistenza del coniuge sano* hanno grande importanza; si può affermare che il sesso femminile, l'età molto giovane, la deficienza di norme igieniche e alimentari contribuiscono all'attecchimento della malattia la quale però trova molto spesso una eredo-predisposizione.

2) *Fattori inerenti al coniuge già malato* sono: la durata della convivenza, la gravità della malattia e la intensità dell'espettorazione bacillifera poichè non sono rare forme cliniche che si accompagnano a espettorato scarso e povero di bacilli.

3) *L'ambiente* per la scarsezza di aereazione, per l'addensamento di convivenza, per la deficiente igiene degli indumenti e delle stoviglie, rappresenta, come abbiamo visto anche in base a statistiche, un coefficiente notevole atto a facilitare la trasmissione della malattia.

Tali criteri, se valgano per la tubercolosi coniugale, coesistono quasi senza modifiche per la coabitazione di più soggetti non consanguinei; perchè spesso le deficienze economiche costringono più adulti a vivere in unica stanza e perfino nello stesso letto.

Le possibilità soprariferite in complesso giustificano la grande diversità del rischio del contagio che, mentre talvolta risulta notevole, talaltra scende fino a non essere dimostrabile con le ricerche statistiche.

\* \* \*

Le schede degli assicurati dell'I.N.A. (C.V.M. sinistrati negli anni 1926-35, solo Uomini) da noi esaminate non conferma l'esistenza del contagio coniugale. Varie sono le ragioni che giustificano questo comportamento.

Anzitutto, la popolazione esaminata è di classe medio borghese che conosce e sa applicare le norme d'igiene, inoltre la maggior parte di essa è costituita da uomini che hanno superato di solito i 35 anni e pertanto offrono una resistenza immunitaria molto notevole.

Bisogna pure riconoscere che le denunce di tubercolosi nel coniuge o nei familiari in genere, lasciate alla spontanea volontà dell'assicurando sono molto spesso taciute. Ricordo che, già al IV Congresso Nazionale per la lotta contro la t.b.c., Sagona denunciava con tutta franchezza come, la bassa quota di mortalità per t.b.c. nelle statistiche che si riferiscono alla Sicilia, siano dovute alle sollecitazioni dei familiari presso il medico perchè non denunci la vera causa di morte.

In uno studio eseguito dal Romanelli nel 1919 sulla mortalità per t.b.c. tra gli assicurati dell'I.N.A., studio che si riferiva al sessennio 1913-1918, tale autore aveva trovato che sopra 660 casi di sinistri per tbc. risultavano denunciati 27 casi della stessa malattia nel genitizio e 3 nei coniugi dell'assicurato. La malattia tubercolare risultava quindi nel 4,09 % tra i consanguinei e giungeva appena al 0,45 % tra i coniugi. Questi risultati depongono per l'importanza del-

l'eredodisposizione nella tbc. e per lo scarso valore del contagio coniugale; ciò concorda con la nostra più recente indagine che qui riassumiamo.

Scorrendo 1151 schede di assicurati morti per tbc. polmonare nel decennio 1926-35 mentre troviamo denunciati 23 casi di t.b.c. nei consanguinei, solo due volte si è riscontrato t.b.c. nella moglie.

Esaminando invece i sinistrati per tutte le altre cause troviamo deceduti per t.b.c. nei collaterali, durante lo stesso periodo 144 consanguinei e solo 14 coniugi; il totale di questi assicurati era di 14076.

In altre parole, nella popolazione dei nostri assicurati la tbc. non risulta quasi mai denunciata tra i coniugi; invece il fattore di eredopredisposizione può essere individuato. Infatti nelle cifre suddette troviamo che i sinistrati per t.b.c. avevano denunciato all'ingresso la stessa malattia fra consanguinei nel rapporto del 2 %; in coloro che erano morti per altre cause la t.b.c. nel gentilizio risulta invece soltanto nell'1,02 %. Quanto alla t.b.c. coniugale essa presenta rapporti così modesti da non offrire alcun valore per la dimostrazione del contagio.

Ci siamo infine domandati di che cosa fossero morti gli assicurati la cui moglie risultava morta per t.b.c., facendo astrazione dai due casi in cui il decesso era dovuto per entrambi i coniugi alla tbc. Orbene, nella modesta cifra di 14 casi troviamo che soltanto uno era morto di una forma broncopolmonare acuta, due erano deceduti per influenza, due per lesioni renali, due per cardiopatie, due per epatopatie, uno per tumori maligni e altri quattro per cause varie.

Qual'è la causa della mancata conferma del contagio coniugale, mentre esistono, sebbene in grado lieve, dati a favore dell'eredo-predisposizione? Siamo convinti che ciò sia dovuto alla classe sociale piuttosto elevata dei nostri assi-

curati (Polizze Ordinarie C.V.M.), alla prevalenza assoluta di assicurati uomini ed all'età dei soggetti stessi che entrano in assicurazione quasi sempre dopo i 35 anni.

Alla V<sup>a</sup> Riunione dell'assemblea francese di Medicina generale nel 1933, nella quale venne trattata la questione della t.b.c. coniugale, fu riconosciuto che i casi di contagio sono rari non superando mai il 10% e nelle classi abbienti può essere inferiore al 2 %. Poichè i nostri assicurati appartengono quasi esclusivamente a quest'ultima classe si comprende la scarsità del contagio che è stato ulteriormente diminuito dal riserbo male inteso dei nostri assicurandi.

Nonostante tali risultati nel campo assicurativo noi dobbiamo ritenere che, secondo quanto abbiamo potuto desumere dalle statistiche della popolazione generale, il contagio può, in condizioni favorevoli, raggiungere il 10%, cifra che concorda con i dati della V<sup>a</sup> Assemblea francese di medicina generale; però molto spesso il contagio è di gran lunga inferiore.

I casi di convivenza degli assicurandi con coniuge t.b.c. in Italia non sono stati dai medici di assicurazione giudicati come molto gravi; ciò appunto in base alla convinzione clinica che il contagio sia, in pratica, evenienza molto rara. La nostra ricerca statistica conferma questo orientamento.

All'estero però i giudizi sono talvolta diversi; ricordo così che recentemente in una tabella di sopramortalità costruita da Deutsch e Stern, tali AA. hanno equiparato il rischio del contagio del marito alla moglie a quelli che intercorrono tra consanguinei dalla madre al figlio e da sorella a fratello proponendo sopramortalità che giungono fino al 75% in presenza di sottopeso; il sopra-premio sarebbe inferiore se la convivenza è cessata da oltre sei mesi.

Queste preoccupazioni sono realmente eccessive; in grado minore e tra consanguinei il rischio è stato giustamente riconosciuto da Malan nella relazione presentata al Comitato Medico Consultivo della Federazione Nazionale Fascista Imprese Assicuratrici in Italia. In essa l'A. ha anche prospettato una sopramortalità generica del 20 % per i casi di convivenza oltre i 3 mesi con persone tbc.

Certamente l'ottimismo di Lumière sull'impossibilità del contagio fra adulti non ci sembra giustificato nè dalla statistica nè dalla pratica medica quotidiana ed un piccolo soprapremio potrebbe essere giustamente applicato.

Nel campo assicurativo non consiglieremo di togliere dai moduli di visita le domande circa la t.b.c. familiare od in coloro che convissero con l'assicurato. Ciò perchè un maggior rischio esiste indiscutibilmente, specialmente tra i soggetti giovani, ed in questi casi dovranno essere prese adeguate cautele da parte degli enti assicuratori. Infine dobbiamo sperare che, colla nuova coscienza sociale nelle nuove generazioni che sorgono, si giunga gradualmente alle complete e leali denunce di tutti i casi di malattia t.b.c.; e ciò non solo a garanzia della validità del contratto, ma anche a vantaggio delle indagini medico-statistiche.

#### AUTORIASSUNTO.

L'A., dopo aver preso in esame i risultati statistici della letteratura sulla t.b.c. coniugale, cerca di individuare le cause della disparità dei risultati ottenuti dai vari ricercatori. Ritene che il contagio sia indiscutibile e possa in disadatte condizioni di vita raggiungere il 10% dei casi in cui un coniuge era già malato; però in ambienti sociali elevati il contagio, specie tra gli uomini maturi, non è più dimostrabile.

Le statistiche dell'I.N.A. sopra oltre 15200 sinistri confermano la mancanza di prove per il contagio coniugale mentre depongono per l'esistenza di una ereditaria disposizione.

#### BIBLIOGRAFIA

- BERTHIER, *Arch. med. chir. de l'app. respir.* Vol. X, n. 6, 1936.
- BONANNI, *Tubercolosi*, n. 5, 1936.
- CHRISTIANS e GUILLOM, *Eco méd. du nord.* Vol. IV, n. 49, 1935.
- DRESSLER-SCHWEIZ, *Mediz Wochen.* T. LXV, n. 22, 1935.
- GUELLERING, *Nord Med. Tidskr. Zeit. f. Tub.* Vol. 76, n. 2-3, 1936.
- L'ELTORE, *Rivista Medico-Sociale della tbc.*, n. 4, 1933.
- LESTOCQOY, *La médecine*, n. 7, 1936.
- LUMIÈRE, *Tuberculose - Contagio hérédité*, Lion, 1930.
- MALAN, *Relaz. sulla valutazione dal punto di vista assicurativo dei tbc. guariti clin. alla Fed. Naz. Fascista Imprese Assicuratrici in «Atti del Com. Med. Consultivo», 1937, Vol. I.*
- MARINO, *Revista de fisiologia pratica*, T. III, n. 1, 1° marzo, 1937.
- ROMANELLI, *Tubercolosi*. Vol. XI, Fasc 7, 1919.
- ROMANELLI, *Policlinico. Sez. Pratica*, 1920.
- SANGUIGNO, *Riforma medica*, 1938, n. 7.
- SCORPATI e MANNINO, *Relaz. alla seduta del 27 maggio 1937 della Fed. It. Fasc. contro la tbc.* Roma.
- SECHER, *Relazione di carattere medico assicurativo: Tbc. polmonare*, «Assistenza Sanitaria», n. 3, 1938.
- SEMIZZI, *Eugenica e politica demografica in «Trattato di Medicina sociale»*. Vol. I, 1938.
- SOPP, *Zeitschrift fur Tuberk.* T. 76, n. 6, 1936.
- STERN e DEUTSCH, *Lebensversicherungs - medizinisch.* Vienna, 1938.

Indagini di Statistica Medica**I SINISTRI PER CIRROSI EPATICA ATROFICA**

VERIFICATISI NELL' I. N. A. (1926-1936)

*Considerazioni etiopatogenetiche e statistiche*Dott. CIATTI PIETRO  
Medico di Direzione dell' I. N. A.

Molte sono le difficoltà che presenta una esatta classificazione delle cirrosi epatiche sia che si scelga come base il criterio etiologico sia che si scelga il criterio anatomopatologico in quanto che lo studioso si trova nel primo caso innanzi al fatto che eguali agenti etiologici possono produrre quadri anatomopatologici completamente diversi, mentre nel secondo caso si trova di fronte a quadri anatomopatologici eguali ma determinati da fattori etiologici diversi. A tutto ciò può pure aggiungersi la difficoltà che durante il non breve decorso della malattia il quadro anatomopatologico possa essere soggetto a trasformazioni.

Si è tentato per questo di prenderne, per base di una classificazione, i sintomi clinici fondamentali quali lo stato del fegato, della milza, l'ascite, ecc..., però tali sintomi, oltre a non servire per la sistemazione delle così dette forme intermedie, non danno sempre, se non vi si aggiunge la qualifica etiologica, una idea completa e complessiva del quadro morboso.

Le cirrosi epatiche, definite da Albot « epatiti croniche scerose che si accompagnano a rimaneggiamento strutturale del fegato », hanno nel loro stesso nome implicito il concetto di lesione cronica diffusa, progressiva, non regredibile del-

l'organo. Rimaneggiamento strutturale, come dice Albot, inquantochè, data la scerosi interstiziale, la tendenza all'obliterazione del sistema vascolare, la concomitante atrofia del parenchima, ne risulta una reazione di quest'ultimo con sforzi rigenerativi da cui ne consegue un perversamento strutturale degli acini iniziandosi intorno ai vasi perilobulari.

Come ho detto, condizioni etiologiche diverse, purchè agiscano nello stesso modo, possono portare allo stesso tipo istologico di cirrosi; però se invece agiscono diversamente le une dalle altre, vale a dire in modo più diffuso o più circoscritto, più intenso o meno intenso, o per un tempo più o meno lungo possono dar luogo a quadri anatomopatologici e clinici completamente diversi anche se la causa etiologica e patogenetica è unica. Dobbiamo però riconoscere che qualunque sia la natura dell'agente provocante l'epatite o l'epatosi, a cui successivamente succede il processo cirrotico, sia attraverso un lungo periodo di latenza, sia dopo fasi protratte di blande manifestazioni cliniche, qualunque sia la forma di epatite iniziale, negli stadi inoltrati di atrofia cirrotica la sintomatologia tende ad uniformarsi per cui solo il decorso della malattia dai suoi primi inizi e l'eventuale reperto di un agente patogeno potrebbero renderci possibile

di conoscerne la natura ciò che per lo più invece non c'è concesso per il fatto che la malattia si insedia e si evolve silenziosamente svelandosi solo quando gli esiti ultimi del processo ne hanno uniformato la sintomatologia.

E' però molto verosimile che nel determinare i diversi quadri patologici abbia un ruolo di non comune importanza il fattore costituzionale che determinerebbe il grado di resistenza e di reazione dei diversi tessuti della ghiandola di fronte all'agente nocivo che l'attacca.

Dobbiamo riconoscere che fra i quadri clinici ed anatomici più disparati la forma più comune e meglio individuata, sia sotto l'aspetto clinico ed anatomopatologico, è la cirrosi di Morgagni Laennec considerata il prototipo delle cirrosi epatiche e di cui intendo occuparmi in questo lavoro.

Accanto a questa che, come ho detto, fra le cirrosi, è la forma meglio conosciuta vengono messe la cirrosi individuata da Hanot e Gilbert, la cirrosi del morbo di Banti, la cirrosi splenomegalica con ittero di Eppinger, le cirrosi associate ad affezioni del sistema nervoso centrale (morbo di Wilson, pseudo-sclerosi di Westfal-Strumpel, spasmo di torsione), la cirrosi di Cruveillier-Baungarten, la cirrosi pigmentaria di Hanot e Chauffard ed altre che non sto a riportare non interessando in modo diretto.

Allo stato attuale delle conoscenze bisogna però confessare che una classificazione clinica delle cirrosi, basantesi sull'anatomia patologica o sulla genesi etiologica, non è possibile, per cui si vengono così a trovare raccolti, in questo capitolo della patologia del fegato, i più diversi quadri clinici ed anatomici.

Benchè parecchi fattori siano stati incolpati quali agenti cirrogeni non ancora è stato possibile individuare la vera causa della malattia. Anche la questione

di una disposizione individuale costituzionale alla cirrosi è ancora ben lungi dall'essere definita. E' oramai assodato che per spiegarne l'insorgere in determinati individui debba invocarsi un fattore organico che ne prepari o ne favorisca l'avvento.

E' merito della scuola del De Giovanni ed in modo particolare dei di Lui allievi Viola, Castellino, Messedaglia ecc., l'aver messo in rilievo l'importanza di tale fattore. Tale costituzione, chiamata dal De Giovanni ipermegalia congenita epatica, ci spiega come mai (ammettendo per esempio l'alcool uno dei principali tossici cirrogeni) una percentuale modesta di alcoolisti risulti affetta da cirrosi mentre una percentuale altissima di cirrotici sia data dagli alcoolisti, essendo verosimilmente il fegato, in questi ultimi soggetti, congenitamente compromesso. Il De Giovanni ammette una congenita tendenza alle sclerosi viscerali mentre Viola così si esprime a proposito delle condizioni predisponenti alla cirrosi: « Il cirrotico è dotato nella gran maggioranza di casi di un organismo facilmente proclive a manifestazioni di indole scrofolosa o tubercolare; tutti sappiamo con quale frequenza a questo morbo si associano la pleurite cronica, la tubercolosi polmonare, la tubercolosi miliare finale.

Non ugualmente si ha l'abitudine di rilevare che spesso questi infermi soffersero in gioventù di catarri insistenti delle mucose respiratorie, di otiti, di malattie cutanee, di congiuntivi ecc. E simili manifestazioni linfatiche e scrofolose e anche nettamente tubercolari spesseggiano nelle loro famiglie.

Se si avvicina tutto ciò, vien fatto ripensare che tra manifestazioni linfatiche e cirrosi epatiche esista nell'intima natura loro una certa parentela. Sarebbe in tali individui una generale morbilità del tessuto connettivo in tutte le

sue varie strutture, le ghiandole linfatiche, il sistema vasale, il connettivo intestiziale ecc. ».

Lo Chwostek attribuisce una importanza fondamentale al fattore costituzionale della genesi della cirrosi. Secondo questo Autore il terreno artritico linfatico, insieme con l'atrofia tiroidea costituzionale che si osserva in tali soggetti, limitante probabilmente il terreno rigenerativo del parenchima ghiandolare (Eppinger), avrebbe un'azione predisponente. Pure Hanot, De Giovanni, Viola e Messedaglia, riscontrarono una costituzione artrica nei cirrotici della quale sarebbe parziale manifestazione una particolare labilità del tessuto connettivo con tendenza spiccata all'iperplasia e conseguente trasformazione fibrosa e retrazione.

Nelle cirrosi Di Laennec, Kolff, Goldziher, Biach, Chwostek, J. Bauer osservarono note di infantilismo, di stato timico linfatico, di ipotricosi del tronco e del pube con ingrossamento dell'epifisi, impicciolimento dell'ipofisi e della tiroide. Goldziher pensa che l'ipotrofia della tiroide e delle ghiandole genitali, secondo lui congenita, indichi uno stato dell'organismo per cui le attività rigeneratrici dei tessuti sono scarse; spiega così l'incapacità rigenerativa del parenchima epatico e l'abbondante sostituzione connettivale.

Generalmente non è raro, nelle epatiti croniche, il rinvenire stati di infantilismo e di ipoevolutismo epatico. Degna di interesse a tal proposito è la constatazione di Muller che la razza malese, in cui la cirrosi si verifica con molta frequenza (40-50 % delle autopsie), presenta costituzionalmente tiroide piccola, aorta-angusta e tipo giovanile e femminile dei peli del pube con mancanza nei maschi di peli sul tronco.

Laignel-Lavastine, Troisier e Bouquien e Jacobbe, in base alle loro os-

servazioni ed in seguito alla constatazione che nei cirrotici le ascelle si fanno glabre, ritengono possibile una relazione della malattia con una insufficienza ovarica, tiroidea o tireo-ovarica mentre la ginecomastia, l'atrofia genitale (Barthelemy, Wickselbaum, Kirlei, Silvestrini, Riccitelli, Tattoni, Calò, Fittipaldi, Cupaglione, Berardinelli, Da Costa Cruz, Sardà, Bergonzi, ecc.) e l'iposurrenalismo, non rari nei cirrotici, vengono pure a provare l'esistenza delle relazioni funzionali epato testicolari ed epato surrenali già ammesse da Pende e da Castellino.

Secondo Chwostek nel 50 % dei casi di cirrosi epatica si troverebbe una cirrosi atrofica del pancreas che pure altri AA. trovarono frequentemente nei cirrotici (Klippel, Lefas, D'Amato ecc.) e che spiegherebbe così le alterazioni del ricambio dei carboidrati non rare in questi soggetti.

Questi fatti furono confermati da Barrelet di Ginevra e da Fittipaldi con esami istologici dei diversi organi specie per quanto concerne i testicoli, la tiroide, la surrenale ed il pancreas appoggiando così, anatomopatologicamente, l'importanza della costituzione nella genesi della malattia.

Oliver Pasqual e F. P. Weber sono fra coloro che più recentemente si sono occupati del fattore costituzionale nella genesi della cirrosi, l'importanza del quale viene in modo particolare dimostrata dai casi di cirrosi infantile e giovanile in cui di solito, oltre a mancare i comuni agenti eziologici, è possibile riscontrare una familiarità ed una ereditarietà della malattia come per es. nei casi descritti dal De Candia, Finlaysan, Szanto, Bridgemann e Robertson, Hopitz, Schere, Bogaert, Chapman e Barber.

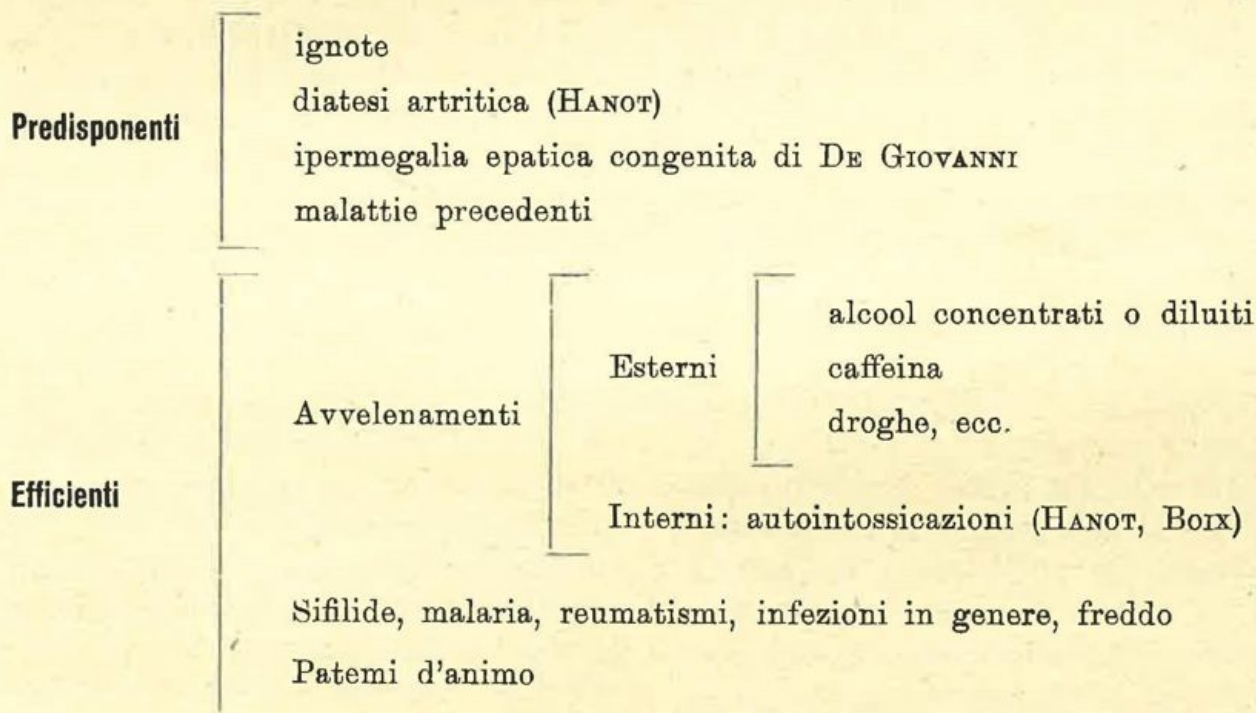
Dobbiamo riconoscere che la maggioranza degli AA. danno la dovuta impor-

tanza al fattore costituzionale. Anche d'Amato, al congresso di medicina interna del 1932, tornò a confermare tale punto di vista asserendo come da tale fattore non si possa prescindere, almeno in un buon numero di casi di cirrosi del fegato; la difficoltà consiste però nel rendersi conto e nello spiegare in che cosa più precisamente esso consista e come esso agisca nel predisporre gli infermi ad ammalare. Alcuni A.A. invece ne negano recisamente l'importanza ed il Rössle, che fra questi è il maggiore esponente, pensa che la diatesi connettivale possa ammettersi per lo più nell'emocromatosi di Askanazy e che il non essersi potuta verificare la

cirrosi del fegato in più generazioni parlerebbe pure contro il concetto costituzionale.

De Candia ammette, nei cirrotici, una meiopragia costituzionale dei parenchimi (in particolare del fegato) per cui questi risentirebbero più spiccatamente l'azione degli agenti deleteri esogeni ed endogeni mentre il connettivo stromale, già in eccesso in tali soggetti, avrebbe tendenza a proliferare abbondantemente sclerotizzandosi.

Le cause predisponenti ed efficienti che, secondo G. Rossi, sono in giuoco nell'eziologia della cirrosi possono comprendersi nel seguente specchio:



(Dal CASAGRANDE: «Trattato Italiano d'Igiene» - Fasc. III)

Non molti anni fa la parola cirrosi atrofica era sinonimo di alcool. Allo stato attuale delle conoscenze è assodato però che, benchè l'alcool abbia importanza non comune ed occupi un posto preminente nella gerarchia delle cause della cirrosi, non ne ha però importanza assoluta ed esclusiva. Oltre che nella patogenesi della cirrosi volgare all'alcool è stato attribuito valore pure nella pa-

togenesi della cirrosi ipertrofica di Budd, nella degenerazione grassa del fegato e da alcuni anche nel determinismo delle forme suppurative di questa ghiandola (accesso epatico).

Le casistiche relative alle cirrosi sono tali da giustificare, in certo qual modo, l'importanza che è stata data all'alcool quale fattore etiologico di esse.

Fin dal 1827 Brigt aveva attribuito

a questo tossico la causa principale delle cirrosi e benchè anche attualmente non sia ancora chiaro il meccanismo di azione di esso alcuni AA. citano, a riprova della sua importanza, le statistiche americane dopo introdotta la legge sulla proibizione attuata il 1° luglio del 1919. Miller a tal proposito riporta dati statistici attestanti la forte diminuzione dei cirrotici ricoverati negli ospedali di Chicago che da una media annuale di 150 scesero a 89 nel 1918, 48 nel 1919 ed a 19 nel 1920. Bisogna però far rilevare che la prima ed impressionante caduta si riferisce all'anno precedente alla promulgazione della legge.

Gottstein ad Amburgo ha rilevato che la cirrosi dalla percentuale di 26 nel 1913 scendeva a 2 nel 1918 forse per la scarsità di alcool verificatasi durante la guerra.

Anche in Danimarca (Fiorani Gallotta), in seguito a numerose leggi costrittive promulgate nel 1838, 1843, 1908, 1919, ne sarebbe derivata una diminuita mortalità nei riguardi della cirrosi epatica che, da statistiche rilevate dagli ospedali, risulterebbe diminuita dal 13,19 % nel 1912 al 3,8 % nel 1921. Sabatini nei suoi malati di cirrosi trovò che l'alcoolismo figurava in circa il 60% dei casi mentre Chwostek ammetterebbe l'alcoolismo cronico nei precedenti solo nel 50% dei cirrotici. Sears e Lord, su 98 casi di cirrosi, trovarono che l'alcool figurava 69 volte mentre altre supposte cause patogenetiche quali la malaria, la sifilide, la colelitiasi e cause ignote figuravano rispettivamente 10,9, 8,2 volte. G. Deusch riferisce che in Germania la frequenza della cirrosi varia notevolmente da regione a regione. Negli ultimi anni egli ha constatato un sorprendente aumento della malattia in Friburg, ed in Mainz vale a dire nei territori produttori di vino per eccellenza. La professione di questi cirrotici era

per lo più in rapporto con l'industria degli alcool ed in prevalenza trattatavasi di maschi. Questo A. fa osservare pure che alla diminuzione verificatasi negli ultimi anni della guerra e nell'immediato dopo guerra seguiva, subito dopo, un aumento della malattia che secondo lui stava in rapporto al contemporaneo aumento dell'uso dell'alcool. Viola trovò molto più diffusa la cirrosi in Venezia che in Padova. Nel quinquennio 1890-1895 in Padova la cirrosi si presentò nella proporzione del 0,48 % della morbidità generale mentre in Venezia raggiunse l'1,16 %; però mentre in Venezia tale cifra rimase stazionaria in Padova il numero delle cirrosi aumentò progressivamente tanto che il Pellegrini nel 1915 trovò la percentuale di Padova maggiore di quella di Venezia.

Altri AA. attribuiscono all'alcool vuoi un'azione diretta sul fegato, vuoi un'azione indiretta attraverso il turbamento della funzionalità intestinale dal quale ne deriverebbe una produzione di sostanze di natura proteica che, attraverso la circolazione portale, arriverebbero alla ghiandola ledendone le cellule. Di tale opinione sono Messadaglia, Laffitte, Viola ecc. mentre De Roadt ritiene che la parte dell'alcool si limiti a produrre disturbi gastrointestinali con aumentata putrefazione dell'albumina e successiva formazione di N ammoniacale che le esperienze hanno dimostrato essere un tossico per il fegato.

Ammettendo però l'alcool una fra le cause determinanti della cirrosi non è da escludere, per l'azione deleteria che questo tossico ha sulle pareti del canale dirigente, che esso faciliti l'ingresso di tossine derivanti dalla putrefazione intestinale e che, ugualmente nocive, verrebbero ad aggravarne l'azione (ac. lattico, butirrico, valerianico, propionico, carbammico, carbonato di ammoniacale. Budde, Hanot e Boix).

Boix, Ramon e Seregé ammettono che la cellula epatica, primitivamente lesa dall'alcool, divenga incapace di adempiere la funzione antitossica a lei deputata di fronte alle sostanze nocive di natura proteica provenienti dall'intestino.

Anche vedute più recenti tenderebbero ad attribuire a tossine di origine enterogena la causa della malattia ed a proposito G. Salvioli e Mannucci riportano alcuni casi di cirrosi dispeptiche in bambini nella cui anamnesi era da escludere nel modo più assoluto qualsiasi forma d'intossicazione alcoolica.

Dobbiamo dire così che non è pacifico se l'alcool sia la sostanza a cui, ammeso un nesso fra cirrosi e bevande alcooliche, si debba attribuire l'azione cirrogena.

A sostegno di tale opinione si riportano come esempio le differenti caratteristiche delle manifestazioni epatiche nei bevitori ed in genere la diversa patologia del vinismo nelle diverse regioni. Tale rilievo fu fatto già dal Viola e da Lanceraux che incolparono di tutto ciò il bisolfato di potassio che si aggiunge ai vini per la gessatura.

Campanacci riporta di aver osservato, nelle cliniche di Firenze e di Parma, una patologia del vinismo diversa per le regioni di cui queste città sono capoluogo e per questo ammette che entrino in giuoco, oltre l'alcool, anche altre sostanze contenute nei diversi tipi di vino e facendo osservare, a proposito della diversa composizione dei vini, che i casi di cirrosi sono più frequenti in Toscana dove i vini raggiungono un grado alcoolico di 12°-14°, mentre sono più rari nell'Emilia, dove i vini in genere raggiungono i 10°, fa rilevare fra l'altro che l'emorragia cerebrale nei bevitori è forse molto meno frequente nella Toscana che nell'Emilia, dove i vini, relativamente poco alcoolici, permettono di

ingerirne parecchi litri nelle 24 ore con conseguente sovraccarico del circolo. Marotta ritiene l'alcool un agente predisponente e preparante il terreno alla cirrosi ciò che potrebbe essere convalidato dall'osservazione dell'alta percentuale in cui fra i cirrotici si trova l'intossicazione alcoolica mentre solo una piccola minoranza degli alcoolisti è rappresentata dai cirrotici. Si potrebbe pensare che questo tossico, oltre che a preparare il terreno ad eventuali fattori cirrogeni od essendone esso stesso il principale, possa agire come determinante della malattia col concorso di altri agenti coadiuvati e predisponenti.

Come ha già riferito precedentemente, accanto all'alcool o per lo meno in seguito e per causa delle lesioni da esso prodotte, altre sostanze vengono additate come agenti eziologici della cirrosi quali, fra l'altro, l'acido butirrico, valerianico, gli eteri, il manganese, la senecifolina ed il rame, del quale si sono interessati parecchi autori fra cui Askazy che ne trovò nella cirrosi un altro tasso e H. V. Mayenburg e P. Robert che contrariamente non confermarono tale reperto.

Si è parlato pure da taluni di una cirrosi saturnina di cui però Castaigne, Chirrai, N. Fiessinger ed altri infirmano l'esistenza e ritengono che, nei casi in cui è incolpato il saturnismo, possa essere messa in causa un'intossicazione alcoolica.

Lickint dà importanza all'uso del tabacco e consiglia, in sospetto di cirrosi, di proibirne l'uso.

Fino ad ora non abbiamo però dati conclusivi per i rapporti di causa ad effetto fra questi tossici e la malattia. Si è pensato fra l'altro che tali veleni producano la loro azione primitiva sul sangue che agirebbe poi sul fegato mediante sostanze originate dalla combinazione dei suoi componenti con essi (il rame

per esempio formerebbe il cuproemolo). Prima di lasciare l'argomento delle tossicosi è necessario dire qualche cosa di quelle fra esse originate dall'alterato ricambio. Da alcuni AA. sarebbero ritenuti causa delle cirrosi così dette gottose e diabetiche veleni endogeni; si tende però a credere attualmente che tali forme non siano altro che forme ben determinate prodotte dai disturbi del ricambio per cui non dovrebbero qualificarsi come cirrosi; in caso contrario dovrebbero riportarsi a vere cirrosi casualmente sovrapposte in tali soggetti (sia l'alterato ricambio sia la cirrosi potrebbero esser anche prodotti dello stesso agente eziologico).

E' stato pure avanzato qualche dubbio sulla così detta cirrosi dispeptica in quanto che molto spesso i disturbi digestivi non sono altro che sintomi iniziali della malattia e non ancora tali da permettere una diagnosi clinica.

Maffucci ammette un'eziologia meccanico infiammatoria che, agendo sulla circolazione portale, provocherebbe processi che vanno dall'iperemia con emigrazione di leucociti fino all'organizzazione dell'essudato.

Fra le cause infettive tutte le malattie acute sono state ritenute capaci di condurre all'insorgenza di una cirrosi epatica ma almeno per ora non è stato possibile darne una dimostrazione.

Fra le malattie croniche sono state studiate invece in modo particolare, quali agenti cirrogeni, la tubercolosi, la lue e la malaria.

Già dal 1879 il Brieger, seguito da Sabourin e da Hutinel, si occupò dei rapporti tra cirrosi e tubercolosi e specialmente della cirrosi ipertrofica grassa legata essenzialmente al processo tubercolare e che alcuni AA. mettono in stretta affinità con la forma di Morgagni-Laennec in quanto il processo tubercolare determinerebbe particolari

condizioni organiche che farebbero evolvere la lesione cirrotica, dovuta esclusivamente all'intossicazione alcolica, nel senso della forma ipertrofica.

In seguito a studi e ricerche cliniche furono avanzate ipotesi circa la genesi della classica forma Laennecchiana tendendo un nucleo di osservatori a riconoscerne nella tubercolosi il movente etiologico della cirrosi, ritenendo invece un altro gruppo i casi addebitati alla infezione tubercolare non altro che il risultato o di una pura associazione fortuita fra le due malattie o della predisposizione dei cirrotici a divenir tubercolosi.

Liebermeister ammette che quanto più una cirrosi epatica interessa soggetti giovani tanto più è da incolparne un'eziologia tubercolare.

Si occuparono della questione Fränkel, Moraux, Weigert, Brissaud, Toupet, Lauth di cui il primo sostenne l'esistenza di un'epatite interstiziale tubercolare capace di evolvere, in secondo tempo, verso la cirrosi atrofica. Noti pure sono gli studi in proposito di Baumler, Stadelmann, Deguy, Milian, Gilbert e Castaigne. Koch nel 1901 prospetta una forma di cirrosi quale esito di guarigione di una tbc. miliare diffusa del parenchima, fatto questo pure prospettato da Gamma che con lo String ritiene opportuno denominare questo quadro come cirrosi tbc. perchè allontanandosi dalla forma di Morgagni Yaenne mentre Rössle dal canto suo crede che la cicatrizzazione multipla di una tbc. miliarica possa condurre all'immagine istologica della cirrosi.

Jousset e Triboulet stimano che le comuni cirrosi alcoliche siano di natura specifica in quanto che l'alcool non farebbe altro che preparare il terreno al bacillo di Koch. Sabatini, al XXXI Congresso di medicina interna, rileva che i casi a cui potrebbe applicarsi l'e-

spressione cirrosi tbc. sono da interpretarsi sia come sviluppo di alterazioni specifiche in un fegato cirrotico od in un soggetto cirrotico sia come l'insediamento della cirrosi in un soggetto tbc. L'Omodei Zorini ritiene le cirrosi grasse cirrosi di Morgagni Laennec nei primissimi stadi con steatosi del parenchima dovuta ad intossicazione alcoolica accentuatasi per il sovrapporsi del processo infettivo tubercolare acuto o subacuto; non ritiene essere ancora dimostrata a sufficienza una cirrosi atrofica ad eziologia bacillare. Tedeschi pensa che le forme tubercolari finirebbero col produrre un quadro di epatite interstiziale cronica che potrebbe essere riguardato come una vera e propria cirrosi epatica e, mentre Eppinger rigetta un nesso etiologico tra tubercolosi e cirrosi, Rössler, De Yosselin, Di Jong ritengono la questione ancora insoluta. Culotta, su 1000 autopsie, trovò nel 24,3 % la tubercolosi mentre riscontrò la cirrosi nell'1 %; si pronuncia per questo contro un'influenza favorevole della infezione tubercolare nella genesi della cirrosi di Morgagni Laennec.

Parlano contro questa relazione anche le statistiche riportate al Congresso di Patologia Geografica nelle quali la cirrosi tubercolare viene segnalata nella proporzione del 9 % a Berna nel 1930 mentre non è stata riscontrata a Berlino, a Parigi, a Lione, ecc.

In conclusione è da ritenere che resti solo il dato di fatto della coesistenza fortuita di cirrosi e tbc. e della frequenza dello sviluppo della tbc. nei cirrotici forse per l'azione favorevole che l'anergia epatica ha all'insediarsi in questi soggetti dei bacilli di Koch; non esiste inversamente alcuna prova per ammettere l'esistenza di una cirrosi epatica tubercolare.

Già nel 1869 Frerichs e Lanceraux usarono il termine di cirrosi sifilitica

distinguendola così dalle forme di cirrosi alcoolica, mentre Gerhardt nel 1898 affermò che ogni cirrosi, manifestatesi in un luetico senza che qualche altra causa venga ulteriormente a illuminarne la eziologia, deve senz'altro essere

In questi ultimi anni si è insistito re ritenuta di natura sifilitica.

molto sul fatto che il terreno luetico è un terreno particolarmente disposto alla evoluzione di lesioni sclerotiche ed a sostegno di tale opinione mentre Sergeant fa notare la facilità con cui nei vecchi luetici la tubercolosi evolve in fibrosi, Hutinel segnala la frequenza con cui le banali broncopolmoniti e le nefriti acute evolvono, nei bambini erodoluetici, rispettivamente verso la sclerosi polmonare e verso la cronicità. Eppinger valuta la lue come fattore eziologico della cirrosi nell'8 % degli uomini e nel 16% delle donne. Tali dati corrispondono a quelli di Naunynn.

E' probabile che la lue, in seguito a lesioni epatiche varie (alcoolismo, tubercolosi ecc.), che sarebbero state latenti e benigne senza la sua concomitanza, favorisca l'evoluzione in sclerosi. Scorrendo la letteratura si constata che negli ultimi 20 anni sono stati frequenti i lavori dimostranti che molte cirrosi sono luetiche e non alcooliche. Letulle e Bergeron nel 1912, su 18 ammalati di epatite cronica, trovarono 7 volte la reazione Wassermann positiva (nel 40 % dei casi), mentre in seguito lo stesso Letulle la riscontrò tale nel 50 % e Villaret e Blum nel 73 %. Lenoir fa osservare che su ammalati, presi a caso in un servizio ospedaliero, la proporzione di luetici fu del 20,25 % e tale proporzione superata di gran lunga dai cirrotici.

Però in complesso le ricerche non permettono di poter sempre ritenere la lue come sola causa della cirrosi in quanto che i cirrotici luetici sono quasi

sempre degli alcoolizzati per cui bisogna piuttosto invocare un'associazione di alcool e lue. Villaret e Blum, unitamente a Bernard, giungono a ritenere e ad affermare che la diminuzione della cirrosi è dovuta al fatto che la sifilide viene meglio curata. Ermeins, Parvu, Curtois, Suffit e Giroux, avendo notato che molti cirrotici guariscono in seguito a trattamento mercuriale, ritengono che ciò confermi la natura luetica delle cirrosi.

Dobbiamo però ritenere che tali fatti siano da interpretarsi come una associazione cirrotico-luetica in cui il mercurio, agendo come diuretico, può migliorare l'ascite mentre non ha alcuna azione sulla malattia. Letulle a favore della natura luetica della cirrosi cita la frequente coesistenza di essa con lesioni peritoneali di cui si sforza di dimostrare la natura specifica. Brulet e Barbat trovarono che in 35 cirrotici la lue era presente in 6 casi di cui 4 erano vecchi luetici mentre l'alcoolismo era evidente nell'86 %; i 10 luetici erano grandi alcoolisti. In questa casistica è evidente che la percentuale dei luetici non è superiore alla proporzione che è possibile trovare abitualmente nei servizi ospedalieri mentre la maggiore frequenza dell'alcoolismo fa piuttosto pensare ad un'eziologia tossica. E' da notare nei cirrotici luetici il notevole tumore di milza nella cui alterata attività alcuni vorrebbero vedere l'origine di sostanze cirrogene (Rummo).

Per l'esistenza di una cirrosi malarica si è portato come prova il fatto dell'assoluta mancanza di altri dati anamnestici all'infuori dell'infezione palustre. Le statistiche sull'argomento sono quanto mai infide e dimostranti volta per volta risultati opposti.

Le statistiche di Businco e di Foltz e le esperienze anatomopatologiche della scuola romana ed in particolare di

Marchiafava, Dionisi e Guarnieri dimostrano, in modo evidente, che la malaria in sè stessa determina solo lesioni atrofiche con iperplasia del tessuto interstiziale mentre la vera cirrosi nei soggetti malarici è dovuta alla concomitanza della autointossicazione alcoolica e di altri fattori. Mentre Ascoli ritiene che siano addirittura crollate le basi anatomiche tendenti a dimostrare che la cirrosi derivi dalla malaria, Laffitte e Carié riferiscono che è indubitato che in Francia, malgrado il gran numero di malarici infettatisi durante la guerra d'Oriente è eccezionale che venga pronunciata la diagnosi di cirrosi malarica. Contro l'esistenza di una cirrosi malarica parla pure la mancanza di segni clinici differenziali e di criteri terapeutici specifici. Bisogna ricordare che esistono quadri dati dalla malaria per peritonite, epatite palustre, pilentrobosi cachessia che simulano la cirrosi genuina; però è ormai ben conosciuto che spesso i malarici sono degli alcoolisti e spesso la malaria può coesistere indipendentemente dalla cirrosi.

Non sto a dilungarmi sulle cirrosi cosiddette meccaniche per arrivo al fegato di particelle di carbone, ferro, silice, pigmento malarico, sulle cirrosi cosiddette cardiache o da stasi, sulla cirrosi pigmentaria di Picke, sulla cirrosi di Curshmann, sulle cirrosi consecutive a stasi biliare ostruttiva, sulle cosiddette cirrosi da flogosi peritoneale o periepatitiche in quanto che tutte queste forme vengono oggi isolate dalle cirrosi vere e proprie e considerate secondo la loro vera natura.

Non ritengo opportuno parlare neppure delle alterazioni epatiche che passano sotto la denominazione di cirrosi e che sono reperibili nella pseudosclerosi di Westphal-Strumpel, nello spasmo di torsione, nella atetosi diffusa, nel parkinsonismo postcefalitico in quan-

tochè sia il quadro anatomico sia il quadro clinico non è quello della cirrosi volgare comune e manca di ogni segno a carico del sistema venoso portale per cui possiamo ritenere non essere ancora provato che le malattie del sistema nervoso possano dare una cirrosi genuina.

Dal lato sperimentale le numerose prove eseguite sugli animali non sono ancora riuscite a dare un quadro rispondente a quello della cirrosi epatica e l'alcool etilico non si dimostrò in esse fra i tossici più attivi. Sperimentarono con esso Grand Maison, Afanassiew, Kahlden, Joffroi e Serveax, mentre Dujardin e Beaumez e Audigée sperimentarono con vari alcool. Gentili, come conseguenza dell'intossicazione alcoolica materna, avrebbe avuto lesioni del parenchima epatico.

Fu usato pure sperimentalmente l'acido lattico, butirrico (Boix), acetico, il cloroformio, il fosforo, il tetracloroetano, lo scatolo, il fenolo ecc. Ignatowski e Chaladow fecero ricerche sottoponendo gli animali ad alimentazioni inadatte (per esempio somministrazione di giallo d'uovo e di colesterina). Ricerche dirette nello stesso senso furono intraprese da D'Amato. Lanceraux afferma di avere sperimentalmente riprodotto la cirrosi mediante somministrazione di sali di potassio ricavati dai vini (Viola). Laffitte riprodusse nei conigli lesioni cirrotiche mediante intossicazioni da carbonato di piombo. Brieger e Liebert ottennero il quadro della cirrosi inoculando in cavie materiale tubercolare mentre Koch, con inoculazioni di tubercolina, provocò solo degenerazioni cellulari. Di esiti favorevoli nel campo sperimentale parlarono pure Widal e Besançon, Ockel, Kretz, Joannovis, Bartel e Neumann, Ravenna.

Leitman, in un lavoro pubblicato negli annali di Virchow, asserisce di aver prodotto nei conigli una cirrosi epatica

uguale alla cirrosi umana mediante pennellate con una miscela di una parte di asfalto di petrolio e due di toluolo mentre F. Guccione, che ha voluto controllare queste ultime esperienze, non è riuscito a confermarle.

La cirrosi epatica colpisce in prevalenza il sesso maschile e si presenta più frequentemente fra i 30-40 anni ed i 60-70 anni. Non sono rari però i casi in cui essa si osserva in età molto precoce ed è appunto per essi che hanno luogo le discussioni sulle etiologie di questa forma morbosa. Saitz raccoglie nel trattato di Pfaundler e Schlosmann 320 casi di cirrosi epatica in età infantile; di questi, 31 erano poppanti, 7 piccoli fanciulli gli altri 217 in età scolastica. Benchè Seitz stesso nella sua statistica personale di cirrosi infantile ritenga come causa nel 16 % dei casi l'abuso cronico di alcool, nel 15% la lue, la statistica di Pfaundler e Schlosmann dimostra come accanto all'alcoolismo ci siano altre cause della cirrosi. Nell'età infantile vengono pure incolpate quali fattori eziologici della malattia le infezioni acute che Seitz ritiene partecipare alla produzione della cirrosi nel 33 % dei casi e fra esse sono da ricordare in prevalenza la scarlattina, il morbillo, la difterite, la malaria, il vaiolo, il tifo e le infezioni streptococciche. Moon riferisce di cirrosi in giovani dopo scarlattina mentre Oberhoff riporta un caso di cirrosi in un bambino di 4 anni che aveva nell'anamnesi il solo morbillo sofferto un anno avanti. F. Fresenius riporta casi di cirrosi giovanili in cui compare quale fattore eziologico ora la lue, ora l'alcoolismo, ora le malattie acute da infezione.

E' da ritenere però, nei casi cirrosi giovanili ad eziologia oscura, di dover prendere in considerazione le osservazioni di De Candia sulla cirrosi giovanile affinché sia valutato pure, nel de-

terminismo della malattia il fattore costituzionale a cui attualmente si tende ad attribuire un ruolo importante.

Riporto, per quanto riguarda l'età in cui la cirrosi si presenta, i dati raccolti da Viola e da Pellegrini ed una casistica di Crook:

*Dati di VIOLA:*

Anni	Casi
Da 0 a 9 . . . . .	0
» 10 » 19 . . . . .	3
» 20 » 29 . . . . .	9
» 30 » 39 . . . . .	28
» 40 » 49 . . . . .	38
» 50 » 59 . . . . .	42
» 60 » 69 . . . . .	29
» 70 » 79 . . . . .	7

*Dati di PELLEGRINI:*

Anni	Casi di Padova	Casi di Venezia
Da 0 a 10 . . . . .	16	12
» 10 » 20 . . . . .	21	6
» 20 » 30 . . . . .	37	50
» 30 » 40 . . . . .	222	101
» 40 » 50 . . . . .	210	235
» 50 » 60 . . . . .	256	319
» 60 » 70 . . . . .	134	165
» 70 » 80 . . . . .	100	44
» 80 ed oltre . . . . .	—	—

*Casistica di CROOK (da PELLEGRINI):*

Anni	Casi
Sotto 1 anno . . . . .	1,9
da 1 a 5 . . . . .	2,3
» 5 » 10 . . . . .	2,3
» 10 » 15 . . . . .	19
» 15 » 25 . . . . .	144
» 25 » 35 . . . . .	223
» 35 » 45 . . . . .	252
» 45 » 55 . . . . .	202
» 55 » 65 . . . . .	117
» 65 » 75 . . . . .	30
» 75 a 85 . . . . .	3

Ho voluto raccogliere tutti i sinistri per cirrosi epatica verificatisi fra gli assicurati dell' I. N. A. durante gli anni 1926-1936 riferentisi a contratti stipulati da individui di sesso maschile ed accettati in assicurazione solo in seguito a visita medica. Benchè gli assicurati rappresentino una categoria selezionata di

individui ho voluto, ciò nonostante, fare questa ricerca statistica per avere un'idea, attraverso il comportamento di questi sinistri, del danno riportato dall'Istituto per questa causa di morte, per studiare, attraverso il materiale a mia disposizione, il comportamento di questi casi di morte di fronte ad una classificazione a base eziologica, il comportamento della mortalità per cirrosi degli assicurati dell'I.N.A. attraverso il tempo, la distribuzione professionale di tali assicurati, la loro distribuzione per età, la loro costituzione, ecc.; ho preso pure in considerazione alcuni dati ricavati dalle statistiche generali delle cause di morte nel Regno.

TAB. 1.

*Decessi per cirrosi epatica verificatisi nel Regno (1926-36) raffrontati a tutte le cause di morte.*

Anno	Morti per tutte le cause	Morti per cirrosi	%
1926 . . . . .	348.548	3.885	1,11
1927 . . . . .	326.451	3.646	1,12
1928 . . . . .	330.926	3.585	1,08
1929 . . . . .	342.037	3.583	1,05
1930 . . . . .	296.983	3.404	1,15
1931 . . . . .	312.457	3.567	1,14
1932 . . . . .	314.206	3.707	1,18
1933 . . . . .	294.694	3.656	1,24
1934 . . . . .	289.576	3.633	1,25
1935 . . . . .	304.640	3.513	1,15
1936 . . . . .	303.721	3.705	1,22
Totale	3.464.239	39.884	1,15

La tabella 1, riferentisi alle morti per cirrosi verificatesi nel Regno nel periodo di tempo decorrente dal 1926 al 1936, dimostra che benchè piccole siano le oscillazioni da anno ad anno il maggior numero di morti relativo a tutte le



cause si è avuto dal 1932 al 1936 con un massimo dell'1,25 % nel 1934; riportandosi alle cifre assolute invece la massima mortalità si è verificata nel 1926 con 3885 casi, seguita subito dall'anno 1932 con 3707 casi.

TAB. 2

*Sinistri I.N.A. per cirrosi e per tutte le cause.*

Anno	Cirrosi	Tutte le cause	%
1926 . . . . .	27	990	2,73
1927 . . . . .	22	1.197	1,84
1928 . . . . .	30	1.234	2,43
1929 . . . . .	23	1.490	1,54
1930 . . . . .	32	1.317	2,43
1931 . . . . .	40	1.514	2,64
1932 . . . . .	41	1.307	2,55
1933 . . . . .	31	1.584	1,96
1934 . . . . .	32	1.528	2,09
1935 . . . . .	34	1.613	2,11
1936 . . . . .	32	1.646	1,94
Totale n.	344	15.720	2,19

La tabella 2, illustrante la distribuzione nello stesso periodo di tempo dei sinistri per cirrosi del fegato verificatesi nel portafoglio diretto dell'I.N.A., fa rilevare, relativamente a tutte le cause, un massimo di morte per tale malattia nell'anno 1926 con il 2,73 %, seguito subito dal 1931 con il 2,64 %, dal 1932 con il 2,55 % e dal 1928-30 con il 2,43 %.

Nessun parallelismo è possibile rilevare tra queste ultime cifre e quelle ricavate dai dati ricavati dalle statistiche delle cause di morte del Regno e ciò è perfettamente comprensibile in quanto che, per gli assicurati dell'I.N.A., trattasi di una categoria di soggetti selezionati attraverso una rigorosa visita medica e non appartenenti indifferentemente a

tutte le classi sociali come si verifica per le Statistiche generali.

TAB. 3

*Distribuzione regionale dei sinistri per cirrosi e per tutte le altre cause, tra gli assicurati dell' I. N. A.*

REGIONI	Cirrosi		Altre cause di morte		% delle cirrosi rispetto a tutte le altre cause
	Cifre assolute	%	Cifre assolute	%	
Piemonte . . . . .	41	12,13	1269	8,37	3,13
Liguria . . . . .	14	4,14	633	4,18	2,16
Lombardia . . . . .	75	22,19	2277	15,03	3,19
Tre Venezie . . . . .	38	11,24	1619	10,68	2,29
Emilia . . . . .	38	11,24	1301	8,59	2,84
Toscana . . . . .	24	7,10	1098	7,25	2,14
Marche . . . . .	7	2,07	401	2,65	1,72
Lazio . . . . .	3	0,89	1276	8,42	0,23
Umbria . . . . .	25	7,40	175	1,15	12,50
Abruzzi . . . . .	9	2,66	365	2,41	2,41
Campania . . . . .	18	5,33	1479	9,76	1,20
Puglie . . . . .	7	2,07	781	5,15	0,89
Lucania . . . . .	4	1,18	243	1,60	1,62
Calabria . . . . .	9	2,66	525	3,46	1,69
Sicilia . . . . .	20	5,92	1452	9,58	1,36
Sardegna . . . . .	6	1,78	260	1,72	2,26
Colonie ed Estero . . . . .	6		222		
Totale n.	344	100	15376	100	2,19

Considerando la distribuzione regionale dei sinistri dell'I.N.A. per cirrosi epatica vediamo dalla tabella 3 che la Lombardia, in paragone a tutte le altre regioni d'Italia, dà il maggior contributo di morti per cirrosi mentre il minor contributo è dato dal Lazio. Relativamente però a tutte le cause di morte è l'Umbria la regione che ha presentato la massima mortalità per cirrosi con il 12,50 % in confronto al Lazio che, pure

in cifre relative, sta all'ultimo posto con una mortalità di 0,23 %.

Interessante è rilevare, dalla sottostante tavola 4, che in genere in tutte le regioni d'Italia la cirrosi, confrontata in cifre percentuali a tutte le altre cause di morte, va aumentando; fanno eccezione solo le Marche e l'Umbria in cui

la mortalità per tale malattia, nel periodo considerato, è diminuita e la Toscana in cui si nota in media una stazionarietà. Globalmente per tutto il Regno, riferendosi al per cento di tutte le cause, la cirrosi dimostra un aumento in questi 11 anni del 0,12 %.

TAB. 4

*Decessi per cirrosi epatica verificatisi nelle singole regioni del Regno in rapporto percentuale a tutte le cause di morte*  
(anni 1926-1936)

REGIONI	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	Valore medio
Piemonte . . . . .	1,26	1,20	1,28	1,27	1,32	1,34	1,40	1,44	1,39	1,32	1,31	1,32
Liguria . . . . .	1,19	1,38	1,36	1 —	1,49	1,25	1,38	1,33	1,33	1,31	1,24	1,30
Lombardia . . . . .	0,86	0,94	0,87	0,94	0,94	0,95	1,04	1,08	1,10	1 —	1,10	0,98
Venezia Tridentina . . . . .	0,64	0,70	0,80	0,71	0,90	1,10	0,99	1,08	0,93	0,94	1,19	0,91
Veneto . . . . .	0,70	0,79	0,66	0,63	0,72	0,71	0,77	0,74	0,87	0,71	0,81	0,74
Venezia Giulia . . . . .	0,51	0,65	0,55	0,59	0,60	0,58	0,63	0,68	0,76	0,69	0,74	0,63
Emilia . . . . .	0,87	0,80	0,79	0,74	0,85	0,83	0,91	0,95	1,02	0,83	0,95	0,87
Toscana . . . . .	0,89	0,81	0,80	0,71	0,86	0,89	0,75	0,79	0,83	0,79	0,89	0,82
Marche . . . . .	0,94	0,82	0,78	0,64	1,01	0,87	0,97	0,95	1,05	0,78	0,85	0,88
Umbria . . . . .	0,83	0,61	0,63	0,75	0,74	0,94	0,84	0,85	0,75	0,91	0,53	0,76
Lazio . . . . .	0,81	0,62	0,71	0,62	0,82	0,81	0,79	0,89	0,88	0,74	0,91	0,78
Abruzzi e Molise . . . . .	0,61	0,61	0,62	0,59	0,55	0,61	0,61	0,73	0,70	0,59	0,77	0,64
Campania . . . . .	0,62	0,67	0,60	0,60	0,67	0,63	0,67	0,68	0,77	0,61	0,71	0,66
Puglie . . . . .	0,46	0,54	0,63	0,57	0,53	0,59	0,77	0,73	0,67	0,71	0,64	0,62
Lucania . . . . .	0,51	0,63	0,48	0,62	0,57	0,48	0,44	0,63	0,66	0,52	0,61	0,56
Calabria . . . . .	0,61	0,70	0,68	0,69	0,62	0,60	0,66	0,71	0,75	0,60	0,64	0,66
Sicilia . . . . .	0,69	0,71	0,63	0,59	0,69	0,64	0,71	0,74	0,70	0,70	0,73	0,68
Sardegna . . . . .	0,76	0,70	0,81	0,91	0,93	1,03	0,95	0,97	0,90	1,05	0,99	0,91
TOTALE . . . . .	0,77	0,79	0,77	0,75	0,82	0,81	0,85	0,89	0,91	0,82	0,89	0,82

I dati da me rilevati nello spoglio dei sinistri per cirrosi epatica dell'I.N.A. non concordano pienamente, per quanto riguarda l'età in cui la cirrosi colpisce i soggetti, con i dati raccolti da altri AA. quali Pellegrini, Viola e Crook. Mentre per essi il maggior contributo alla malattia è dato dall'età di 30-40 anni e

di 60-70 anni la statistica da me riportata tende ad innalzare il limite inferiore ed abbassare il limite superiore in quanto che la massima mortalità riscontrata fra i sinistrati per cirrosi dell'I.N.A. si verifica, come lo dimostra la tabella 4, fra i 40 e i 59 anni.

TAB. 5

Distribuzione secondo l'età all'ingresso ed alla morte dei sinistri per cirrosi epatica verificatisi nell' I. N. A.

(1926 - 1936)

Età all'ingresso		Gruppi di età	Età alla morte	
Cifre assolute	%		Cifre assolute	%
1	0,29	20 - 24	—	—
16	4,65	25 - 29	—	—
45	13,08	30 - 34	10	2,91
75	21,80	35 - 39	20	5,81
71	20,64	40 - 44	53	15,41
61	17,73	45 - 49	65	18,90
48	13,95	50 - 54	78	22,67
25	7,27	55 - 59	71	20,64
2	0,59	60 - 64	33	9,59
—	—	65 in poi	14	4,07
344	100	Totale	344	100

La mortalità infatti, in tali periodi di età, ammonta al 76,72 % dei 344 morti per cirrosi suddivisi in gruppi di età al momento del decesso. Non nego che lo innalzamento del limite inferiore sia dovuto vuoi all'eliminazione esercitata dalla selezione medica, vuoi alla selezione dovuta al fatto che minore numero sono coloro che in età giovanile contraggono assicurazione. Tale ultima osservazione può pure essere fatta a proposito delle età superanti i 55 anni in quanto che in tale età il numero dei contratti di assicurazione va diminuendo. Mi si può far osservare che i dati degli altri AA. si riferiscono alla morbilità mentre i miei si riferiscono alla mortalità. Data però la breve durata della malattia (in media 3 anni) pur spostando in basso di 3 anni il limite superiore il maggior contingente di casi di cirrotici rimane sempre, per la mia casistica tra i 40 e i 64 anni. Considerando l'età all'in-

gresso vediamo che la maggior parte di assicurati hanno stipulato il contratto tra i 35 e i 49 anni (60,17 %) con un massimo del 21,80 % nel periodo di età tra i 35 e i 39. Questo ci dice che oltre la metà di tali individui, sana all'ingresso, si è ammalata di cirrosi oltre il 35° anno.

La distribuzione per gruppi di età, considerata limitatamente ai bienni 1926-27, 1930-31, 1935-36, dimostra che fra i 344 cirrotici il maggior numero di morti è dato dall'età dai 40 ai 60 anni con una netta prevalenza nell'età fra i 50 ed i 60 nel secondo e terzo biennio e una prevalenza nell'età fra i 45-55 anni nel primo biennio (ved. Tabella 6).

TAB. 6

## Sinistri I. N. A. per cirrosi

Distribuzione per gruppi di età nei bienni 1926-27, 1930-31, 1935-36

Gruppi di età	Biennio 1926-27		Biennio 1930-31		Biennio 1935-36	
	casi	%	casi	%	casi	%
30 - 34	1	2,04	5	6,94	1	1,52
35 - 39	1	2,04	4	5,56	7	10,60
40 - 44	10	20,41	13	18,06	9	13,64
45 - 49	13	26,53	7	9,72	9	13,64
50 - 54	11	22,45	12	16,67	16	24,24
55 - 59	10	20,41	15	20,83	17	25,75
60 - 64	1	2,04	10	13,89	6	9,09
65 in poi	2	4,08	6	8,33	1	1,52
Totale n.	49	100	72	100	66	100

La stessa antidualità dei contratti, illustrata dalla tabella 7, dimostra che il maggior numero di essi ha avuto una antidualità media di 15 anni (64,54 %) (presi i contratti con una antidualità dai 5 ai 20 anni) e questo pure, unitamente al fatto che il maggior numero di assicurati è entrato in assicurazione

nel periodo di tempo compreso fra i 30 ed i 59 anni, ci parla per un prevalente insorgere della cirrosi, nei nostri casi, oltre 40 anni.

TAB. 7

*Antidurata dei contratti I. N. A.*  
(1926 - 1936)

Antidurata	Cifre assolute	%
0 - 6 m	6	1,74
6 m - 1 a	14	4,07
1 - 2	27	7,85
2 - 3	22	6,40
3 - 4	25	7,27
4 - 5	21	6,10
5 - 10	98	28,49
10 - 15	82	23,84
15 - 20	42	12,21
20 - 25	7	2,03
<b>Totale</b>	<b>344</b>	<b>100</b>

La tabella 7, riportante l'antidurata dei contratti, fa pensare che, dato il piccolo numero di essi risolutisi a breve distanza dalla stipulazione, i casi di malafede siano scarsi. D'altra parte è da pensare, per quei pochi casi aventi una brevissima antidurata, che benchè l'assicurando sia già minato dal male non ne sia stato cosciente e non annettendo loro eccessiva importanza, non denunci i lievi disturbi che talora e di frequente precedono l'insorgere della cirrosi e che spesso, anche denunciati, non sono accompagnati da modificazioni cliniche tali da far diagnosticare al medico delle assicurazioni una cirrosi incipiente. I casi della tabella che potrebbero sembrare sospetti, si potrebbero ridurre a 20 cioè al 5,81%, volendo ridurre questi casi a quelli aventi un'antidurata fino ad un anno, cioè a quei casi che all'ingresso

in assicurazione si trovavano probabilmente (fatta la debita riserva che si trattasse di casi a decorso acutissimo) in stato clinicamente avanzato di malattia.

TAB. 8

*Assicurati dell'I.N.A. maschi deceduti per cirrosi e per tutte le malattie di fegato.*

Anno	Cirrosi	Tutte le malattie di fegato e vie biliari	%
1926 . . . .	27	45	60 -
1927 . . . .	22	41	53,66
1928 . . . .	30	51	58,82
1929 . . . .	23	49	46,94
1930 . . . .	32	54	59,26
1931 . . . .	40	66	60,61
1932 . . . .	41	57	71,93
1933 . . . .	31	61	50,82
1934 . . . .	32	57	56,14
1935 . . . .	34	48	70,83
1936 . . . .	32	57	56,14
<b>Totale n.</b>	<b>344</b>	<b>586</b>	<b>58,70</b>

La soprastante tabella 8, che illustra la mortalità per cirrosi fra gli assicurati dell'I.N.A. riferita in cifre percentuali a tutti i sinistri di morte per malattie del fegato e delle vie biliari, dimostra quale forte contributo porti detta malattia nella mortalità per affezioni epatiche in genere. Da tale prospetto è possibile constatare che le morti per cirrosi oscillano tra un minimo di 46,94% nel 1929 ad un massimo di 71,93% nel 1931.

Possiamo dire che in media nel portafoglio dell'I.N.A. la cirrosi superi in ciascun anno di gran lunga la metà della mortalità per le malattie del fegato e delle vie biliari in genere. Questi dati mi sembrano istruttivi per una

esatta comprensione della responsabilità che il medico si assume, di fronte a disturbi di origine epatica e ad un fegato anormale, nell'escludere questa malattia che, oltre a rappresentare una cospicua parte nel numero delle morti per epatopatie e malattie delle vie biliari, porta irrimediabilmente alla morte.

TAB. 9.

*Distribuzione professionale degli assicurati sinistrati per cirrosi epatica e per altre cause*

Cirrosi		PROFESSIONI	Altre cause di morte	
Cifre assolute	%		Cifre assolute	%
14	4.07	Agricoltori	658	4.28
70	20.35	Industriali-Commercianti	2570	16.71
55	15.99	Venditori in genere	1395	9.07
18	5.23	Operai in genere	843	5.48
6	1.75	Person. FF. SS. e trasporti	461	3 —
3	0.87	Personale di servizio	285	1.86
16	4.65	Person. subalt. dello Stato	384	2.50
17	4.94	Aeron. - Esercito - Marina	545	3.54
68	19.77	Culto - Professioni libere	3849	25.03
43	12.50	Ufficiali - Impiegati	3190	20.75
16	4.65	Proprietari benestanti	563	3.66
16	4.65	Condizioni non profess.	550	3.58
2	0.58	Professioni non specific.	83	0.54
344	100	TOTALE	15376	100

La tabella 9, costruita al fine di illustrare la distribuzione professionale degli assicurati deceduti per cirrosi epatica e per altre cause, prospetta, per alcune categorie professionali, apprezzabili differenze nella ripartizione di coloro che decedettero per cirrosi epatica in paragone di coloro che decedettero per altre cause morbose. L'esame di questi dati mi sembra degno di particolare attenzione. Benchè, e ciò torno

a ripeterlo essendo premessa indispensabile per una valutazione dei dati statistici da me riportati, il materiale da me impiegato sia un materiale selezionato dal fatto stesso che la previdenza assicurativa costituisce in atto prevalentemente esercitato da categorie di individui in genere benestanti ed appartenenti per lo più alla classe medio-borghese e solo in minima parte a categorie sociali meno abbienti, ritengo tuttavia interessante il confronto tra i dati percentuali della ripartizione professionale dei sinistri per cirrosi e la ripartizione percentuale di tutti gli altri sinistri di morte fra le stesse categorie professionali. Non ostante la differenza quantitativa fra il numero di sinistri per cirrosi e per altre cause non ritengo inutile istituire il confronto suddetto tanto più che si tratta di un paragone numerico relativo a 100 di sinistri di morte verificatesi nelle stesse categorie di persone.

Mi sembra infatti interessante osservare che la categoria ufficiali-impiegati, colpita dalla morte per altre cause, esclusa la cirrosi, per il 20,75 % del totale ne è colpita per il 12,50 % per la cirrosi vale a dire per l'8,25 % in meno; la categoria dei venditori in genere è colpita dalla cirrosi per il 15,99 % mentre la mortalità per altre cause in tale categoria ammonta al 9,07 % con un vantaggio per la cirrosi del 6,92 %; la categoria del culto e delle libere professioni colpita dalla cirrosi per il 19,77 % è colpita dalla morte per altre cause per il 25,03 % vale a dire per il 5,25 % in più a favore delle altre cause, cirrosi esclusa; la categoria degli industriali e commercianti colpita per il 20,35 % dalla cirrosi porta alle altre cause di morte un contributo del 16,71 % vale a dire del 3,64 % in meno.

Tali cifre, come ho detto, mi sembrano abbastanza significative, benchè i

casi di cirrosi non siano molti, per dimostrare che mentre la cirrosi, relativamente alle altre cause di morte, colpisce in prevalenza quelle categorie professionali che in genere si può supporre abusare in maggior copia di tossici (alcool ecc.) (venditori-commercianti), e sono più soggette all'usura della vita, essa colpisce con minore intensità, rispetto a tutte le altre cause di morte, le categorie più colte e che meno si può supporre possano essere sottoposte ad intossicazione.

Non voglio fare i paragoni per quanto riguarda la mortalità per cirrosi fra le varie categorie professionali sembrandomi ciò poco opportuno in quanto che le diverse categorie, per evidenti ragioni economiche, non aderiscono ugualmente all'atto assicurativo; tale paragone, su materiale selezionato come il nostro, non credo potrebbe avere solide basi.

TAB. 10

*Suddivisione secondo la causa etiologica dei sinistri per cirrosi verificatisi nell'I.N.A.*

(1926-1936)

	Casi	%
Alcoolismo . . . . .	99	48,06
Malaria . . . . .	28	13,59
Sifilide . . . . .	7	3,40
Sifilide - Alcoolismo - Malaria - Tabacco . . . . .	16	7,77
Costituzione . . . . .	11	5,34
Infezione . . . . .	7	3,40
Intossicazione . . . . .	8	3,88
Precedenti epatici . . . . .	13	6,31
Varie . . . . .	17	8,25
	206	100 —
Cause non specificate . . . . .	138	—
Totale n. . . . .	344	100 —

Ho cercato di suddividere, secondo la causa etiologica, (V. Tab. 10) questi 344 casi di cirrosi. In un'unica categoria ho compreso i casi per i quali i medici che avevano redatto l'atto di morte non avevano specificato la causa della malattia; nella categoria catalogata sotto il nome di varie ho compreso invece quelle cirrosi attribuite a cause le più svariate (come per es. l'amebiasi di cui se n'è presentato un caso). Debbo purtroppo riconoscere che i casi rubricati sotto il nome di cause non specificate sono parecchi ammontando al 40,12 % del totale; fra gli altri spicca invece, in modo preponderante, l'alcoolismo che compare nel totale dei casi ad eziologia nota col 48,06% a cui segue, però con una percentuale molto minore, la malaria (13,59 %) ed il gruppo delle cirrosi dovute all'unione di più agenti etiologici come l'alcool, la lue, la malaria (il 7,77 %). Le cirrosi ritenute dai medici di pura natura costituzionale ammontano al 5,34 %.

Da questi dati spicca ancora una volta la parte che l'alcool ha nel determinismo della malattia in quanto che è da ritenere che tale preponderanza non varierebbe, o varierebbe di poco, se i 138 casi, la cui eziologia fu omessa, avessero potuto essere distribuiti fra tutte le altre categorie perchè probabilmente essi si sarebbero suddivisi in esse in modo ad un dipresso proporzionale.

La lue, sulla cui importanza nelle genesi della cirrosi si è così tanto discusso, compare, nella casistica da me riportata, solo per il 9,40 % del totale; la tubercolosi, come causa eziologica accertata, non compare affatto. Il ruolo dell'alcoolismo, che tanta parte si ritiene abbia nelle genesi della malattia, è reso evidente, in modo diretto, sia dalla forte percentuale in cui esso compare (48,06 %) sia, in modo indiretto, dalla forte mortalità per tale malattia nella

categoria dei venditori in genere vale a dire in quella categoria professionale che probabilmente ha più occasione di eccedere nel bere.

Ho voluto studiare anche la costituzione dei 344 cirrotici attraverso i dati di misure somatiche ricavabili dalle schede ed ho adoperato a questo scopo l'indice ottenuto dal rapporto perimetro toracico-statura moltiplicato per cento così in uso nella medicina costituzionalistica.

TAB. 11

*Assicurati maschi deceduti per cirrosi ripartiti per ogni gruppo d'età all'ingresso suddivisi secondo il tipo morfologico (Anni 1926 - 1936)*

Tipo morfologico	Gruppi di età					Totale
	20-30	30-40	40-50	50-60	60 e oltre	
Leptosomi .	5	12	14	7	1	39
Normosomi .	5	42	60	35	1	143
Eurisomi .	8	64	60	30	—	162
<b>Totale .</b>	<b>18</b>	<b>118</b>	<b>134</b>	<b>72</b>	<b>2</b>	<b>344</b>

Da tale suddivisione, come si può constatare dalla tabella 11 sopra riportata, risulta che il più forte numero di cirrotici presentava un indice alto vale a dire apparteneva alla categoria di soggetti eurisomi (tipo costituzionale breve) mentre il minimo numero di cirrotici apparteneva alla categoria di soggetti a indice basso o leptosomi (abitus tendente al longilineo). Questi assicurati furono divisi per gruppi di età.

La costituzione di questi cirrotici, secondo i gruppi determinati con il metodo elaborato dal prof. Romanelli, ha dato i seguenti risultati: 188 soggetti appartenevano al gruppo dei sovrappesi,

mentre solo 22 appartenevano a quello dei sottopesi; 134 appartenevano al tipo medio. V. Tabella 12.

TAB. 12

*Assicurati deceduti per cirrosi ripartiti secondo i gruppi di costituzione ed i gruppi di età all'ingresso. (1926-1936)*

GRUPPI (tipi) di Costituzione	GRUPPI DI ETÀ				Totali	
	20/30 anni	30/40 anni	40/50 anni	50/60 anni		
Gruppo dei sottopesi	3° notev.	—	—	1	1	2
	2° medio	1	2	2	2	7
	1° lieve	4	1	5	3	13
Tipo medio . . .		5	3	8	6	22
		8	58	46	22	134
Gruppo dei sovrappesi	1° lieve	2	48	59	32	141
	2° medio	1	10	17	10	38
	3° notev.	1	1	2	5	9
Totali . . .		4	59	78	47	188
		17	120	132	75	344

Sappiamo anche dalla clinica che i cirrotici appartengono in prevalenza alla terza combinazione morfologica di De Giovanni corrispondente all'abito comunemente conosciuto sotto il nome di *apoplecticus*.

Considerando con De Giovanni che la costituzione non ha nulla di statico ma è di fatto « mutevole sempre e trasformantesi continuamente nel tempo » per cui con il decorrere degli anni spesso si osservano mutamenti corporei nelle proporzioni trasversali del tronco, che tanta importanza fisiologica e patologica hanno nel determinismo delle debolezze funzionali e della vulnerabilità degli organi, possiamo pensare che alcuni dei soggetti figuranti nella nostra classificazione fra i tipi brevi e fra i sottopesi avrebbero potuto, (dai 21 anni in poi)

e specialmente dai 30 ai 40 anni e dai 40 ai 50 (che rappresentano i periodi critici di massima trasformazione per crescita trasversale) passare fra i tipi medi ed i tipi brevi o rispettivamente a peso normale o in sovrappeso, andando così ad arricchire questi due gruppi.

Una suddivisione degli assicurati secondo la categoria del rischio all'atto dell'ingresso in assicurazione mette in evidenza che dei 344 deceduti per cirrosi 284 furono classificati come rischi normali, 48 come mediocri, mentre solo 12 come tarati; dei 69 contratti presentanti un'antidurata da 1 a 3 anni 50 furono accettati come rischi normali, 13 come mediocri, 6 come tarati.

E' notevole la forte percentuale del totale dei rischi ritenuti tarati all'ingresso fra gli assicurati morti entro i primi 3 anni della stipulazione del contratto in quanto che ben 6 su 12 appartenevano a questo gruppo rappresentante il 20,06 % del totale. La ragione della taratura fu, in questi 12 assicurati, per 6 l'obesità, per 1 un doppio vizio mitralico, per 1 la lue, per 1 le abitudini di vita ed i precedenti (fumatore e bevitore) per 1 i pregressi disturbi gastroenterici ed il gentilizio, per 1 solo il gentilizio, mentre per l'altro non veniva riportata nelle schede la causa della taratura. E' interessante rilevare, in rapporto ai dati costituzionali sopra riportati, che ben 6 dei 12 assicurati, accettati come rischi tarati, erano stati ritenuti tali per obesità, vale a dire il 50 % di questi soggetti apparteneva alla categoria dei sovrappesi.

Da tutto quanto sopra ho esposto, benchè i sinistri per cirrosi non rappresentino che una piccola percentuale del totale dei sinistri per tutte le cause di morte, ritengo opportuno di richiamare l'attenzione del medico di assicurazione vita su questa malattia ed in particolare sui dati anamnestici e sulle mani-

festazioni iniziali di essa estrinsecantesi per lo più nell'ambito di uno stato morboso più o meno palese dell'apparato digerente. Non è facile illustrare e ben delimitare i sintomi precoci della cirrosi in quanto che alcuni di essi vengono da taluni attribuiti alla cirrosi iniziale mentre da altri sono ritenuti comuni sintomi di catarro gastrico cronico dovuto all'ingestione di alcool e reperibili anche in alcoolisti non cirrotici.

Si parla di un periodo iniziale preascitico della cirrosi caratterizzato da senso di peso epigastrico durante il periodo della digestione, da disappetenza, da tensione addominale, da meteorismo, da nausea, da conati di vomito a digiuno, da stitichezza interrotta da periodi di diarrea e da senso di tensione all'ipochondrio destro.

Il soggetto si può presentare pallido, di colore leggermente terreo, deperito, con lievi stigmate di alcoolismo cronico, con noduli emorroidali evidenti, e con accenni alla comparsa di circoli venosi collaterali nel sottocutaneo. Questa sintomatologia, unitamente ai disturbi nel ritmo dell'eliminazione urinaria in forma di nicturia e di opsiguria, ad una lieve mobilinuria, ad un fegato ingrandito ed un po' duro oppure ad un fegato leggermente diminuito di volume, ad un lieve ingrandimento splenico, al comportamento delle prove funzionali possono guidarci, in soggetti con anamnesi tale da far pensare ad una pregressa azione di elementi cirrogeni, alla diagnosi di cirrosi iniziale e di conseguenza farci rifiutare il rischio, risparmiando così all'Istituto assicuratore un danno economico.

#### BIBLIOGRAFIA

- ALBOT, citato da CECONI, *Medicina Interna*, « Minerva Medica » 1932, Torino.  
AFANASSIEW, *Zur Pathologie des akuten und kronischen Alkoolismus* (Zeigler's Beiträge) 1890.

- ASKANAZY, Schweiz. Med. Woch 1931.
- BARRELET J., *Les glandes a sécrétion dans la cirrhose hépatique*, Ann. d'Anat. Path., n. 4, 1932.
- BARTHÉLEMY, citato da DE CANDIA, *Le sclerosi giovanili*.
- BAUER G., *Konstitutionelle Disposition zur inneren Krankheiten* Verlag. Springer, Berlin, 1924.
- BAUMLER, *Verhandlungen des X intern. Kongress.* 1890.
- BERARDINELLI, citato da DE CANDIA, *Le sclerosi giovanili*.
- BERGONZI, *Virch. Arch. g. Path. Anat.*, 293, 697-723, 1934.
- BESANÇON, citato da CULOTTA.
- BIACH, citato da DE CANDIA, *Le sclerosi giovanili*.
- BOGAERT L. e SCHERER H., *Hemoangiomasose Familiare de Rendu Osler et cirrhose hépatique*, Ann. de Méd. 38, 290-230, Oct. 1935.
- BOIX, RAMOND, SÉRÉGÉ, citato da LAFFITTE e CARIÉ, *Nouveau Traité de pathologie interne*.
- BRIDGEMANN e ROBERTSON, *Familial juvenile cirrhosis*, Amer. Journ. Dis. Childr. 43, 1155-1161, 1932.
- BRIEGER. *Beitrag zur Lehre von der fibrosen Hépatitis* Virch. Arch., Vol. 75, 1871.
- BRIGT, citato da BRÜLET e BARBAT.
- BRISAUD, citato da CULOTTA.
- BRÜLET e BARBAT, *Presse Médicale*, n. 103, 26 dic. 1931.
- BUSINCO e FOLTZ, citati dal SABATINI.
- CALÒ, *Rinascenza Medica*, 1° marzo 1931, n. 5.
- CAPRIGLIONE, BERARDINELLI e DA COSTA CRUZ, *Cirrhose et ginecomastie*, Presse Médicale, sett. 12, 1934.
- CASTELLINO, citato da FIORANI GALLOTTA.
- CHAPMANN e BARBER, *Arch. of Pediatrics* 48, 316-329, 1931.
- CHWOSTEK, *Zur pathogenese der Lebercirrhose*, Zeit. für Angewandte Anat. und Konstitutionlehre Bd. 4, 1919.
- CAMPANACCI D., *Cirrosi atrofica e sifilide*, Minerva Medica, 1932, pag. 209.
- Comptes Rendu de la Première Conférence Internationale de Pathologie Géographique*, Genève 8-10 octobre 1931, Librairie Kundig.
- COURTOIS, citato da BRULET e BARBAT.
- CULOTTA, *La Riforma Medica*, 1933, II.
- CUPAGLIONE, citato da DE CANDIA.
- D'AMATO, *Relazioni sulle cirrosi epatiche al Congresso di Med. Int. di Roma 1932*, Pozzi Ed.
- IDEM, *Virchow's Archv.* 1907.
- IDEM, *Rassegna Clinico Scientifica*, anno XI, n. 4, 1933.
- DE CANDIA, *Un caso di cirrosi di Laennec giovanile*. Accademia medica, Genova 1930.
- IDEM, *Contributo clinico ed Anatomopatologico alla patogenesi costituzionale della cirrosi epatica atrofica*. Policlinico Sez. pratica, giugno 1933.
- DE GIOVANNI, *Sulla ipermegalia epatica congenita*, Boll. Scient., 1896, marzo.
- DE YOSSELIN DI YONG, citati da CULOTTA.
- DEGUY, *Peritonite granuleuse et cirrhose atrophique*, Berliner Klin. Woch. vol, 21, 1892.
- DE RAADT, *Zeitschr. für Klim. Medizin*, n. 3 e 4, 1930.
- DEUSCH, *Zur Klinik der Lebercirrhose; Medizinische Klin.*, n. 42, 1935.
- DUJARDIN, BEAUMETZ et AUDIGÉ, *Recherches experimentelles sur la puissance toxique des alcools*, Paris 1879.
- DIONISI, citato dal SABATINI.
- EPPINGER, *Verh. des Ges. f. Verdauungs und Stoffwechselkrank.*
- FINLAYSAN, citato da DE CANDIA, *Le sclerosi giovanili*.
- FIORANI GALLOTTA, *Trattato Italiano d'Igiene*, U.T.E.T.,
- FITTIPALDI, *Infantilismi ed ipoevolutismi nelle affezioni dell'app. epatoienale*, Clinica Medica Italiana, n. 7 1931.
- FRÄNKEL, *Klinische Mitteilungen über Leber tuberculose*, Zeit. f. Klin. Med., vol. 13, 1882.
- FREIRICHS e LANCERAUX, citato da BRULET e BARBAT.
- FRESIENUS F., *Juvenile Leberzirrhose Inaug. Diss.*, Giessen 1935.
- GAMMA, in CECONI, *Medicina Interna*, Minerva Medica 1932, Torino.
- GENTILI, citato da FIORANI GALLOTTA.
- GERHARDT, citato da BRULET e BARBAT.
- GILBERT e CASTAIGNE, *Le cirrhose hypertrophique diffuse.*, Soc. Med. des Hop., 1903.
- GOLDZIPHER, *Wien, med. Woch.*, S. 225, 1921.
- GRAND MAISON, citato da FIORANI GALLOTTA.
- GUARNIERI, citato dal SABATINI.
- GUCCIONE F., *Arch. Ital. Anat. e Ist. Pat.*, gennaio 1931.
- HOPITZ, citato da DE CANDIA, *Le sclerosi giovanili*.
- HUTINEL, *Cirrhose avec steatose du foie*, France Médicale, 1881.
- IDEM, citato da LAFFITTE e CARIÉ, *Nouveau traité* ecc.
- KAHLDEN, citato da FIORANI GALLOTTA.

- KLIPPEL e LEFAS, citato da D'AMATO.  
 KOCH, citato da CULOTTA.  
 KOLFF, *Kongresscentralblatt* 6 S. 297, 1931.  
 KOHEL, citato da CULOTTA.  
 JOUSSET, Soc. med. des Hop., 1903.  
 LAFFITTE e CARIÉ, *Nouveau traité de pathologie interne*, Vol. II.  
 LAIGUEL LAVASTINE, citato da DE CANDIA.  
 LANCERAUX, citato da FIORANI GALLOTTA.  
 IDEM, citato da LAFFITTE e CARIÉ.  
 LAUTH, citato da CULOTTA.  
 LETULLE e BERGERON, citato da BRULET e BARBAT.  
 LICKINT, *Lebercirrhose und Tabak*, *Klinische Woch.* 1935, n. 8.  
 LIEBERT, citato da CULOTTA.  
 MAFFUCCI, *Movimento medico chirurgico*, 1879, vol. I.  
 MARCHIAFAVA, citato dal SABATINI.  
 MESSADAGLIA, *Studi clinici sulla cirrosi epatica*, Padova, Tip. Omaker, 1908.  
 MEYENBURG H., *Med. Woch.*, n. 23, 1932.  
 MILLER, *The effect of prohibition on the incidence of postaaa cirrhosis*. *The Journal of the American Med. Ass.*, 1921, Vol. LXXVI, n. 24.  
 MAROTTA, 33° Congresso di Medicina Interna.  
 MOON H. V., *Conferenza della Società Internazionale di patologia geografica*, Utrecht, 26-28 juillet, 1934.  
 IDEM, *Klin. Woch.*, n. 42, 1934.  
 MORAUX, *Des rapports de la cirrhose du foie avec la peritonite tbc.*, These de Paris, 1883.  
 OBERHOFFAC K., *Zeitschr. f. Kinderheilk.*, 47, 1929.  
 OMODEI ZORINI, *Cirrosi grasse e cirrosi tubercolari del fegato*, Pavia, 1926.  
 PAROU, *Importancia de la constitution en la genesis de la cirrosis*, *Arch. de med. cir. y especialidad*, 36, 821-835, luglio 22, 1933.  
 RICCITELLI, *La diagnosi*, 1927, fasc. LXVIII.  
 ROMANELLI e TORO, *Il peso in rapporto alla statura nelle età adulte*, L'« Assistenza sanitaria agli assicurati dell'I.N.A. », n. 2, anno II della Rivista.  
 ROSSI G., citato da FIORANI GALLOTTA.  
 ROSSLE, *Classification des Cirrhoses hépatiques*, Reun. Soc. Anatomique, Paris, octobre 1929.  
 SABATINI, *Relazione sulle cirrosi epatiche al Congr. di medicina interna del 1925 (XXXI)*.  
 SABOURIN, *Sur une variété de cirrhose hypertrophique du foie*, *Arch. de Phis. norm. et patholog.*, n. 1, 1881.  
 SERGENT, citato da LAFFITTE e CARIÉ.  
 SEARS e LORD, citato da FIORANI e GALLOTTA.  
 SEITZ, da PFAUMDKER e SCHLOSSMANN, *Handbuch der Kinderheilkunde*, 1924.  
 SILVESTRI, *Comunicazione al Congresso di Medicina Interna*, Roma, 1925.  
 STRING, citato da CALOTTA.  
 SUFFIT JROU, citato da BRULÉ e BARBAT.  
 SZANTO, citato da DE CANDIA, *Le sclerosi giovanili*.  
 STADELMANN, *Kongress. für inneren Med. Berliner*, *Klin. Woch.*, Vol. 21, 1892.  
 TATTONI, *Ulteriore contributo alla riviviscenza della mammella maschile nella cirrosi atrofica del fegato*, *Morgagni*, n. 28, 1927.  
 TEDESCHI, *Sulla cirrosi epatica sperimentale da tossine tbc.*, *La Diagnosi*, n. 9, fasc. 90, 1929.  
 TOUPET, citato da CULOTTA.  
 TRIBOULET, *Cirrhose alcoolisme et tbc.*, *La Semaine Medicale*, 1903.  
 TROISIÈRE e BOUQUIEN, citato da DE CANDIA.  
 VILLARET e BLUM, citato da BRULET e BARBAT.  
 VIOLA, *Ricerche attorno all'eziologia della cirrosi epatica in Padova ed in Venezia*, *Poli-clinico*, Vol. V, an. 1897-98.  
 IDEM, citato da FIORANI e GALLOTTA.  
 WEBER F. F., *Inbon and familial tendency to developement cirrhosis*, *Lancet*, I, 305-307, febr. 8, 1926.  
 WEIGERT, *Die Wgw. des tuberkgiftes*, *D. A. f. Klin. Med.*, Vol. 22, 1883.  
 WICKELBAUM e KIRLEI, *Über die Veränderungen der Hoden bei chronischen Alkoolismus*. *Sitzgsber Akad. Wiss. Wien, Math. naturwiss. Kl.* III, 121, 1912.  
 WIDAL, citato da CULOTTA.

## 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 infiera rivista che vi riguardi, vi son subito spediti, e voi saprete in breve ciò che diversamente non conoscerete mai.

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

Medicina legale delle Assicurazioni Vita**L'invalidità totale e permanente nelle malattie mentali**

Dott. ALBERTO STARNA

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

L'assistenza al lavoratore, che negli ultimi anni attraverso una speciale legislazione, si è fatta più rispondente alle nuove esigenze sociali fissate dalla Carta del Lavoro, ha contribuito ad un rapido sviluppo dello studio medico-legale delle capacità lavorative. Delle varie assicurazioni sanitarie l'Infortunistica possiede ormai, come la più antica, una quantità notevolissima di disposizioni entrate nella pratica corrente e che attendono soltanto la coordinazione ed una unificazione nel Codice del Lavoro.

Naturalmente la traumatologia, che è stata elaborata per prima, offre dei criteri medico-legali ormai acquisiti circa la capacità lavorativa di un soggetto a seconda delle lesioni riportate e riferite in apposite tabelle; inoltre lo stesso studio etiologico e patogenetico di questa specialità chirurgica si è notevolmente arricchito e approfondito, in una dettagliata letteratura contribuendo in tal modo al suo progresso.

Molto diffuso è anche lo studio delle invalidità da malattie delle quali però ben poche, e solo molto recentemente, sono passate a costituire la categoria delle malattie professionali. Infatti il Regolamento che disciplina queste assicurazioni è del 5 ottobre 1933 ed è in vigore soltanto dal 1° luglio 1934.

Queste malattie sono per la più gran parte intossicazioni o speciali infezioni contratte nell'ambiente di lavoro; i di-

sturbi mentali vi possono entrare quale episodi acuti, eccezionalmente però possono protrarsi divenendo vere psicosi da lavoro cui accenneremo in seguito. Fondamentalmente la riduzione della capacità lavorativa è legata all'accertamento di una lesione anatomica o di una debilitazione funzionale. Per l'invalidità sopravvenuta tra gli assicurati sulla vita, alla quale intendiamo specificatamente riferirci, la malattie mentali presentano invece grande importanza.

Troppo a lungo la scienza si è orientata verso il positivismo puro perchè dovesse considerare le incapacità che non fossero prevalentemente meccaniche. D'altra parte è ovvio riconoscere che nella grande maggioranza degli operai e degli agricoltori, cui è dedicata la quasi totalità delle assicurazioni sociali, il coefficiente intellettuale entra solo modestamente nella capacità lavorativa.

Ridotto l'artigianato a modeste quote nei confronti della grande industria che, organizzata verticalmente, perfeziona di continuo i propri macchinari nello sforzo della fabbricazione in serie, si è finito col ritenere che la capacità dell'uomo sia quella di un automa senza preoccupazioni mentali. Era questo l'estremo limite a cui doveva giungere una epoca impregnata di materialismo che non disdegnava paragonare i processi volitivi umani ai riflessi istintivi della carica motrice od a quelli che guidano l'istinto tra gli esseri più bassi della scala degli

animali. L'attuale ripresa dell'artigianato voluta dal Fascismo costituisce la valorizzazione delle latenti capacità personali tanto numerose tra i figli della nostra razza.

La intelligenza dell'uomo offre delle caratteristiche proprie che sarebbe vano voler disconoscere; però la sua valutazione è notevolmente più difficile di quanto non sia la determinazione della forza muscolare col dinamometro; così pure una sua menomazione dovrà essere accertata con metodo ben più delicato di quanto occorra per valutare il danno di una mutilazione fisica.

Nè deve ritenersi che il lavoro intellettuale entri per piccola parte nelle capacità lavorative degli operai; capomaestri, operai scelti, assistenti d'opera sono continuamente portati a risolvere sul campo dei piccoli problemi cui sopperisce la loro ingegnosità. Comunque vi sono molte categorie, specie professionali, il lavoro delle quali è quasi esclusivamente formata da una speculazione astratta ed i sensi e la forza del braccio vi entrano poco o affatto.

Del resto molte affezioni mentali, anche se teoricamente ancora permettono la pratica manuale, per le impensate reazioni psichiche e motorie che esse possono provocare in ambiente di lavoro, con pericolo grave del malato e dei compagni, sconsigliano anche questa attività meccanica.

In tal modo si viene a riconoscere che la capacità lavorativa dell'uomo è costituita, a differenza di quella meccanica od animale, da due componenti, uno fisico ed uno volitivo che entrano in ogni attività sebbene in rapporto variabile. Naturalmente lo sterratore non esplica le stesse facoltà intellettuali dell'ingegnere che determina il carico di un ponte matematicamente; vi entrano però sempre entrambi.

Nella delimitazione della capacità giu-

ridica il legislatore si è preoccupato affinché le facoltà mentali dell'individuo siano veramente integre; anche nel vecchio Codice Civile numerosi articoli prevedono la possibilità di una deficiente coscienza volitiva; possiamo anzi dire che in assenza di questa capacità viene a decadere la stessa personalità giuridica. Ugualmente il nuovo Codice Penale ha tenuto a dichiarare imputabile solo colui che ha la capacità di intendere e di volere. Purtroppo la legislazione del lavoro è, fino ad ora, molto modesta nella indagine medico-legale circa le invalidità delle malattie mentali propriamente dette.

In questa esposizione ci limiteremo ad esporre i criteri che devono guidare i medici di assicurazione vita per il riconoscimento dell'invalidità totale e permanente nelle malattie mentali. La vecchia legge Infortuni sul lavoro del 1908 prevedeva tra le altre cause determinanti l'invalidità permanente assoluta « l'alienazione mentale non guaribile »; ma nel nuovo testo è stata adottata una formula generica che lascia al giudizio del medico un tale accertamento e pertanto le singole psicosi meritano un esame dettagliato.

D'altra parte se le malattie mentali esulano di solito dall'infortunio questo fatto non è costante. Infatti i traumi cranici possono talora provocare psicosi temporanee o, attraverso una epilessia jaksoniana, giungere nei predisposti a determinare vere frenosi epilettiche. Benon riferisce infatti vari casi di demenza precoce che seguirono direttamente a traumi cranici; Tanzi e Lugaro, come pure Tirelli citati dal Ciampolini, ricordano ugualmente la possibile insorgenza di demenza paranoide in questi soggetti.

Anche la nevrosi traumatica, capitolo tanto importante in infortunistica, può esser considerato, in quanto deviazione della volontà tra le malattie in esame.

Però una incapacità totale e permanente quale si richiede in assicurazione vita, è rara in questi malati; ciò anche perchè l'esenzione dal pagamento della polizza non può costituire che una modesta quota dell'attività individuale e pertanto non esiste né l'interesse né lo stimolo volitivo ad annullare la propria capacità. Questa limitazione di indennizzo costituisce, a nostro parere, una ottima remora alle nevrosi traumatiche, piaga purtroppo frequente nell'infortunistica nella quale al contrario la maggior obbligazione dell'assicuratore contribuisce potentemente al manifestarsi di tali forme.

Anche tra le malattie professionali possono manifestarsi alcune psicosi nelle forme di grave tossicosi. Ciò si verifica nell'encefalopatia da saturnismo, negli stati demenziali dell'idrargirismo e negli stati di eccitazione psicomotoria da sulfocarbonismo.

Al XXIV Congresso degli alienisti, tenuto a Strasburgo, Coloujon, relatore sul tema circa l'esistenza di malattie mentali a carattere professionale, riconosceva la difficoltà del problema e consigliava di tener conto in ogni caso, da un lato alle esigenze e possibilità lavorative, dall'altro agli antecedenti familiari ed alle intossicazioni alcoliche.

Ma, indipendentemente dalle intossicazioni professionali, non è raro che un soggetto nella piena capacità lavorativa venga colpito da una frenosi e, in tal modo impossibilitato a qualunque proficua attività. Per quanto meravigliosamente organizzato, il cervello umano può presentare, di solito in coincidenza di vari fattori, improvvisi ed insospettati abbandoni. Indiscutibilmente le facoltà intellettuali richiedono dalla corticalità un esercizio notevolissimo tanto che esse possono perdere, nell'eccessivo lavoro od in seguito a processi tossi-infettivi, il controllo dei processi di coordinazione

introducendo nella coscienza nuovi componenti che la deviano dalla realtà.

Lo stesso fenomeno della sinapsi, che costituisce il complesso di contiguità dei prolungamenti dei due neuroni è fisiologicamente connesso alla secrezione di sostanze chemotassiche contribuendo in gran parte alla determinazione del processo neurobiotattico. L'attività cerebrale nelle esigenze di vita, specie nei ceti colti, può, a lungo, stancare il processo di assimilazione molecolare e, turbando le cariche ioniche, giungere ad alterare le sinapsi dei neuroni.

Naturalmente risulta impossibile coi mezzi che ci offre l'istologia patologica accertare ciò che si verifica nell'intimo meccanismo mentale il quale, nell'astratta sintesi dell'ideazione, sembra quasi rifuggire ad una localizzazione corticale, tanto è perfetta nel sano l'armonia dei vari processi, dai più semplici sensoriali ai più difficili della coscienza superiore.

Nè l'argomento è, dal punto di vista assicurativo, puramente accademico quando si rifletta che lo Smolesky all'VIII Congresso degli attuari ricordò come le neuropsicopatie rappresentino, presso i grandi Enti assicuratori, il 49 % dei sinistri di invalidità. Romanelli ha riscontrato la percentuale del 40 % di tali forme morbose nelle invalidità ed il Marsella il 44 %; comprendendo sempre in tale quoziente anche le malattie nervose.

Tenuto conto dei casi di invalidità dovuti alle malattie nervose, in base ad una indagine da noi eseguita presso la Direzione Generale dell'I.N.A., possiamo dire che le malattie mentali da sole comprendano oltre il 15 % dei casi di invalidità per tutte le cause.

La difficoltà dell'accertamento dell'invalidità in tema psichiatrico è dovuto sia al non facile accordo diagnostico per queste affezioni, sia alle variazioni indi-

viduali dei malati per quanto riguarda la prognosi. Ai fini pratici della capacità lavorativa nessuna delle classificazioni proposte nella sistematica della patologia mentale si presenta adottabile.

Oltre alla incertezza di catalogazione, tanto che alcuni alienisti hanno rinunciato ad uno schema unico di inquadramento clinico, nella realtà quotidiana accade spesso di osservare soggetti che, pur essendo psichicamente anormali, per la scarsezza del quadro sintomatologico e del suo polimorfismo non possono essere ascritti a veri malati psicopatici. Costoro pur continuando la vita facile nell'ambiente ordinario presentano una capacità lavorativa molto ridotta. Nè è poi raro che, dopo periodi alternativi di miglioramento o peggioramento, simili malati finiscono col manifestare una psicosi stabile e definitiva.

La causalità, che tanta importanza riveste nell'infortunistica, non offre molto interesse nei rispetti dell'assicurazione invalidità in genere quale è appunto quella offerta da forme abbinate alla assicurazione sulla vita. La ampiezza di tale formula, che è il complemento ultimo della polizza assicurativa trova unica limitazione nell'età. Infatti il riconoscimento di invalidità, secondo le norme dell'allegato, deve avvenire prima dei 65 anni, essendo ben noto che verso tale epoca si fanno naturalmente molto frequenti le malattie invalidanti e la stessa capacità lavorativa inizia una parabola decrescente.

Bisogna d'altra parte riconoscere che l'età biologica è ben diversa dall'età stabilita dall'ufficio d'anagrafe perchè soggetti ancor giovani possono presentare lesioni vasali od organiche in genere che appartengono alla maturità avanzata. Se la polizza vita garantisce in funzione del valore economico l'esistenza dell'uomo, ciò è dovuto soprattutto alla

capacità lavorativa dell'uomo stesso, perciò la garanzia contro l'evenienza dell'invalidità è l'indispensabile allegato della polizza.

Per questa ragione profondamente etica l'I.N.A. ha esteso tale complemento alle polizze collettive, ove il lavoro dell'individuo costituisce l'unico sostegno di tutta la famiglia.

Nell'art. 2° delle Norme dell'I.N.A. che disciplinano questo complemento della polizza è detto che s'intende colpito da invalidità totale e permanente colui che « per sopravvenutagli malattia organica o lesione fisica qualsiasi purchè l'una come l'altra indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, abbia perduto in modo presumibilmente totale la capacità all'esercizio della professione o mestiere dichiarati all'Istituto ed abbia perduto altresì la capacità ad ogni lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini ».

Passiamo ora ad esaminare, in base al surriferito articolo, se e quanto le psicosi rivestano dal punto di vista medico legale tutte le specie che si richiedono per determinare una invalidità. Stando alla lettera esse non rientrerebbero fra le cause provocanti in quanto non costituiscono una lesione fisica e neanche una malattia organica come si intende abitualmente. Però il fatto che in queste malattie tanto il reperto macroscopico che quello istologico della corteccia possa talvolta essere negativo non ci deve fare escludere una più fine alterazione organica cerebrale; la nostra incertezza dipende dalla incompleta conoscenza dei meccanismi fisiopatologici dell'ideazione e delle associazioni che regolano la vita intellettuale superiore.

Comunque le malattie mentali, in quanto producono deficienza di energia produttiva intellettuale e deficiente coordinazione delle immagini in modo da

frustrarne l'utilità pratica, determinano una incapacità identica a quella che si verifica per le lesioni di un altro organo. Potremo anzi dire che di tutte le funzioni quella psichica è la più importante perchè essa coordina e indirizza tutte le altre che trasformano il pensiero volitivo in azione.

Nè va dimenticato come la attenzione, la memoria e la ideazione, processi esclusivamente mentali, la cui estrinsecazione non va oltre il linguaggio o la scrittura costituiscono per molte professioni tutto il patrimonio lavorativo. Orbene tanti uomini che hanno sfoggiato nei più diversi campi una intelligenza superiore ed una esperienza di decenni, per circostanze varie vedono annebbiata la propria capacità fino a vedere completamente sgretolato un simile patrimonio culturale.

Tornando alle norme che regolano il riconoscimento dell'invalidità presso l'I.N.A. ci si potrebbe obiettare che, a differenza di altre forme morbose, nelle malattie mentali il criterio discriminativo di affezione sopravvenuta è molto meno evidente; infatti molto spesso questi soggetti per lunghi anni possono aver presentato un comportamento anormale che però permetteva qualunque capacità lavorativa. Tal'altra il soggetto aveva sofferto nella prima giovinezza o nell'adolescenza di una nevrastenia emotiva od intellettuale la quale, dopo un periodo di riposo era guarita e forse dimenticata tanto da essere stata omessa nelle dichiarazioni anamnestiche all'ingresso in assicurazione. Si potrebbe anche obiettare che il fattore ereditario neuropatico trascurato ha costituito il miglior terreno di attecchimento delle malattie mentali.

In altri termini il perito potrebbe negare il carattere di affezione sopravvenuta in molte psicosi perchè all'ingresso

in assicurazione l'individuo era portatore di quasi tutti gli elementi causali che hanno permesso lo sviluppo della malattia. Tale ipotesi però non sarebbe accettabile poichè la validità è esistita completa fino a che non si è verificato il disquilibrio il quale, essendo sopravvenuto nel periodo assicurativo deve essere coperto dall'assicurazione stessa.

Nell'art. 2 sopracitato viene specificato che la malattia deve essere indipendente dalla volontà dell'assicurando; con tale formula si potrebbe presumere che l'ente avesse inteso escludere dall'invalidità quelle malattie nelle quali la negligenza di ogni norma di vita sana o le speciali abitudini dannose, abbiano molto contribuito allo stabilirsi dell'affezione. Così un soggetto nevrastenico che si sovraccaricasse di un eccessivo lavoro intellettuale nonostante la più elementare norma di igiene mentale potrebbe finire col cadere in una psicosi per colpa dipendente in gran parte dal proprio comportamento.

Più difficile anche appare da questo punto di vista la situazione di coloro che vengono colpiti da psicosi tossiche esogene; in prima linea l'alcool il quale oltre a provocare frenosi di per sè, contribuisce spesso allo stabilirsi di forme epilettiche e di altre psicosi degenerative. Alla stessa categoria vanno ascritte le psicosi da morfina, da cocaina e da stupefacenti in genere; l'uso di tali sostanze non trova nessuna giustificazione fisiologica come, entro certi limiti, può essere riconosciuto all'alcool etilico.

Tutte queste forme rientrano tra quelle per le quali si potrebbe in linea di diritto richiedere la clausola di invalidità perchè l'Ente assicuratore allorchè ha specificato come la malattia debba essere indipendente dalla volontà dell'assicurando ha inteso escludere soltanto coloro che ad arte si vogliono

procurare una malattia invalidante. Sebbene le psicosi sopraconsiderate comprendano casi di negligenza igienica o di soddisfazioni voluttuarie deliberate, nessuno di questi soggetti desiderava procurarsi la malattia mentale specifica che ne è conseguita.

D'altra parte è pure da considerare come speciali condizioni di ambiente od economiche possono avere indotto a perseverare in una attività dannosa; ugualmente l'alcool e gli stupefacenti diventano nel vizio una passione più forte di ogni ragione per cui la volontà stessa viene travolta e quasi coatta in una forma morbosa. Si deve perciò riconoscere l'invalidità in tutte queste forme, tranne, a nostro avviso, nelle psicosi da stupefacenti che potrebbero, per ragioni sociali e morali, venire escluse dal riconoscimento d'invalidità.

Accanto a queste *psicosi tossiche* vi è un altro gruppo di *psicosi infettive* cui si potrebbe contestare il carattere di puro accidente, cioè indipendente dalla volontà dell'assicurato, e ciò accade nel vasto gruppo delle psicosi luetiche che seguono ad un contagio troppo spesso taciuto all'ingresso in assicurazione.

Tutti sappiamo come la sifilide divida coll'alcolismo il triste privilegio di provocare, o per lo meno di contribuire a determinare molte psicosi: la paralisi progressiva e la taboparalisi soprattutto. Queste forme mentali sono molto frequenti nell'elemento colto che, oltre a presentare un notevole coefficiente di contagiati da lue, per le specifiche professioni deve sottoporre il proprio cervello ad una attività notevole. Tra gli assicurati dell'I.N.A. invalidi per malattie mentali la paralisi progressiva occupa di gran lunga il primo posto.

Del resto la frequenza di questa malattia è in rapporto all'alta percentuale di individui assicurati che provengono dalla classe agiata come conferma l'in-

indagine professionale presso i ricoverati in manicomio. In un istogramma di Modena, che troviamo nella Relazione statistico sanitario sui manicomi del 1926, tale Autore confermava come il primo posto era occupato dalle professioni e dalle arti liberali, seguito a breve distanza dalla classe degli industriali e commercianti e da quella degli ufficiali pubblici e privati. Da sole queste tre classi professionali vengono a comprendere i due terzi dei ricoverati per paralisi progressiva.

Si deve purtroppo riconoscere che molto spesso in assicurazione vita questi individui hanno taciuto non solo l'esistenza di una pregressa infezione luetica ma anche altri precedenti neuripsichici importanti. Troviamo così in una indagine di Selzer, praticata lo scorso anno, che presso 52 paralitici avevano preceduto psicopatie nel 60 % dei casi e nel 9,60 % tali malati erano andati incontro nel passato a processi infiammatori del sistema nervoso; solo nel 9 % l'anamnesi risultava muta.

E' ben noto che secondo il Codice di Commercio l'Ente assicuratore non sarebbe tenuto al pagamento del premio, e nel caso specifico al riconoscimento dell'invalidità, quando siano state taciute circostanze importanti preesistenti. Nè può essere messa in dubbio l'importanza che riveste ai fini della prognosi di vita o della invalidità la conoscenza di una sifilide pregressa. Quindi, riferendoci alla malattia mentale se ci si attendesse al diritto puro, la maggior parte degli assicurati affetti da psicosi luetiche dovrebbero essere esclusi dal beneficio dell'invalidità.

Può però verificarsi l'evenienza che il contagio si sia verificato dopo l'ingresso in assicurazione od anche, pure essendo antecedente, essa era ignota all'assicurato. La clinica anzi ci dice come siano frequenti queste malattie meta-

sifilitiche tra coloro che non curarono mai la lue, specie se la affezione fu contratta in età molto giovane.

In uno spoglio delle schede dell'invalidità dell'I.N.A. da noi eseguito abbiamo riscontrato che, sopra 86 sinistri per malattie mentali, ben 31 casi erano dovuti alla paralisi progressiva e di questi solo pochissimi avevano dichiarato la lue all'ingresso. Una interpretazione troppo rigida della legge, oltre alle possibilità di contestazione per infezione sopravvenuta o ignorata come abbiamo sopra detto, finirebbe col frustrare gli scopi dell'assicurazione stessa.

Lo stesso fatto viene lamentato proprio recentemente dal Marsella nella Relazione al Com. Med. Consultivo sul valore medico-legale delle dichiarazioni degli assicurati sofferenti di malattie nervose o mentali. Nel rapporto di questo A. viene riferito che appena l'1% degli assicurandi in genere denunciano di aver sofferto una sifilide mentre altre informazioni mediche lasciano ritenere che ad una età superiore ai 30 anni essa potrebbe aver contagiato il 20% della popolazione maschile.

Pertanto giuridicamente non sarebbe possibile negare che la paralisi progressiva, che del resto non è appannaggio frequentissimo della lue, costituisce una malattia sopravvenuta e pertanto rientra tra le malattie invalidanti.

Naturalmente bisognerà appurare che la malattia non esisteva al momento dell'assicurazione, d'altra parte il riconoscimento di invalidità sarà accordato soltanto quando il delirio non più sistematico avrà disgregato diversi settori della coscienza malata.

Abbiamo in tal modo esaminato, nella discussione delle clausole che regolano il riconoscimento dell'invalidità, le psicosi tossiche e infettive le quali se da un lato si prestano maggiormente alla controversia, costituiscono d'altra parte la

categoria più ricca dei precedenti morbose individuali. Infatti l'alcolismo e le altre intossicazioni insieme alla sifilide costituiscono il 65% delle note personali fra tutti i ricoverati del manicomio come abbiamo rilevato in un'altra statistica del prof. Modena sulla morbosità mentale (triennio 1926-28). L'etilismo cronico ha dato nelle schede da noi esaminate soltanto due casi di invalidità.

Gli *stati frenastenici* essendo legati allo sviluppo della mente giovane nel suo insieme non interessano il campo assicurativo, lo stesso deve dirsi della parafrenia, nel senso inteso dal Bianchi, nella quale si può riscontrare oltre alla originalità del soggetto una bizzarria nel carattere e nell'intelligenza.

Nelle *psicodegenerazioni* propriamente dette interesse notevole presenta la paranoia la quale, se produce una alterazione della personalità nei rapporti col mondo esterno, fa mantenere al malato una logica impeccabile del ragionamento per cui il lavoro anche elevato può, con cautela, essere proficuo. Ciò è possibile se il delirio rimane circoscritto, ma, se ne viene coinvolta tutta la personalità, la decadenza mentale aggrava le condizioni del malato il che sopravviene quando si associano idee deliranti. Tra gli invalidi per malattia mentale da noi esaminati ho riscontrato 4 casi di paranoia.

Anche la nevrastenia, quando raggiunge un grado spiccato e si protrae, costituisce una psicodegenerazione e le deve essere riconosciuto il carattere invalidante completo; tra le schede suddette ne abbiamo riscontrato 4 casi.

Naturalmente nelle forme lievi che durino meno di 6 mesi l'invalidità deve essere negata. E' pure interessante notare come questa forma sia frequente nell'anamnesi di altre psicosi più gravi.

Nessun caso invece d'isterismo è stato

riconosciuto come causa di invalidità permanente sebbene siano state avanzate dagli assicurati varie domande.

Quanto alle *psicosi epilettiche*, sia per la essenziale che per la jacksonia, possiamo dire che la loro capacità lavorativa è in rapporto diretto con la frequenza degli attacchi convulsivi. L'aver riscontrato qualche fenomeno di automatismo psicomotore non costituisce causa d'invalidità; più dannosa è invece la presenza di stati crepuscolari protratti postaccessuali che possono giungere a turbare la coscienza; ma, con cautela questi individui possono riprendere una discreta attività sussidiaria nelle professioni libere, non già quella di concetto. Il sopraggiungere invece di allucinazioni, e di delirio sistematico escludono definitivamente ogni possibilità lavorativa nel campo intellettuale.

A proposito della epilessia posttraumatica precedente l'assicurazione ricordo come Marsella nella sopracitata relazione riferisce come vi possa essere un tentativo di pretestazione per ottenere il riconoscimento di invalidità per questa forma morbosa che invece preesisteva. Nelle schede degli assicurati da noi esaminate abbiamo riscontrato 3 casi di invalidità per psicosi epilettica.

Nel gruppo delle *psicosi affettive*, mentre dobbiamo riconoscere la deficienza di ogni capacità lavorativa negli stati depressivi spiccati e prolungati, in quanto non permettono per deficienza volitiva alcuna utile occupazione; una possibilità lavorativa può invece essere riconosciuta negli individui che vengono colpiti da attacchi di psicosi maniaco-depressive acute. Così pure conservano questa capacità i colpiti da psicosi circolari e periodiche i quali soggetti presentano lunghi periodi lavorativi alternati a brevi periodi di incapacità per depressione od eccitazione.

La maggior parte delle psicosi affet-

tive sono periodiche e pertanto a nostro avviso, solo quando il periodo accessuale ha superato i 6 mesi di inattività continuata, la malattia potrà essere presa in esame per l'inabilità; in casi diversi vi sono molte probabilità che la intelligenza rimasta integra possa riprendere il predominio sulla affettività alterata. Nelle cartelle da noi esaminate abbiamo riscontrato 13 casi di psicosi affettive che vennero riconosciute costituire vere inabilità permanenti.

Molto grave è invece la prognosi nella *demenza precoce* poichè questa psicosi apporta un rapido decadimento mentale con tendenza spiccata al fenomeno dissociativo. Tale affezione, che comprende forme catatoniche, ebefreniche, paranoïadi e allucinatorie, è quella che dà il maggior contributo ai manicomi e molto scarse sono le sue possibilità terapeutiche. Cerletti di Roma ha recentemente introdotto, sembra con buoni effetti, la terapia dell'ultrachoc e lo choc con iniezioni di cardiazol; i prossimi anni diranno della utilità sociale di questa terapia. Dal punto di vista lavorativo la possibilità di questi malati è indiscutibilmente nulla; nella indagine surriferita abbiamo riscontrato 18 casi di invalidità per demenza precoce.

Infine la *demenza senile* che attraverso una emotività esagerata, egocentrismo e lo affievolimento della memoria porta ad uno stato demenziale con incapacità ad ogni lavoro è l'ultimo gruppo di queste malattie che a noi interessano. Sebbene esistano delle soste nel decadimento mentale tanto che alcune forme si presentano lentissime e di prognosi buona, altre sono più rapide e ciò accade in quelle che si accompagnano ad allucinazioni e paramnesie che costituisce la cosiddetta malattia di Alzheimer; in tali casi la incapacità è evidente. Tra i nostri sinistri di invalidità non ho riscontrato che due casi di tale forma;

il limite di età a 60 o 65 anni, secondo i tipi di polizza, ne ha limitato la nostra osservazione.

Infine nell'indagine da noi eseguita 8 casi di psicosi non erano specificate in una forma morbosa tipica.

Riassumiamo nella seguente tabella 1 la distribuzione dei casi di invalidità riscontrati dall'I.N.A., distribuiti secondo la classificazione da noi seguita.

TAV. 1

MALATTIE MENTALI	Casi	%
Psicosi infettive (paralisi progressiva) . . . . .	31	36.04
Psicosi tossiche (alcoliche) . . . . .	2	2.33
Demenza precoce . . . . .	18	20.63
Psicodegenerazione . . . . .	8	9.30
Psicosi epilettiche . . . . .	3	3.49
Psicosi affettive . . . . .	14	16.28
Demenza senile . . . . .	2	2.33
Varie o indeterminate . . . . .	8	9.30
	86	100

Nella seguente tab. 2 abbiamo riassunto tutti i suddetti casi di invalidità distribuendoli per gruppi di età; da essa si rileva che mentre la maggior percentuale di ingresso si verifica tra il 31 ed i 40 anni, l'invalidità insorge tra i 36 ed i 50 anni.

TAV. 2

All'ingresso %	GRUPPI DI ETÀ	All'invalidità %
3,49	15 - 20	—
9,30	21 - 25	2,33
15,12	26 - 30	9,30
23,25	31 - 35	15,11
22,09	36 - 40	16,28
11,63	41 - 45	20,93
10,47	46 - 50	16,28
4,65	51 - 55	11,63
—	56 - 60	4,65
—	61 - 65	2,33
—	66 - 70	1,16
100		100

L'antidurata del contratto al momento della invalidità talvolta non raggiunge un anno tal'altra supera anche i 15; la frequenza maggiore è data dall'antidurata di 5-8 anni (vedi tab. 3).

TAV. 3

Antidurata contratti all'atto dell'invalidità	%
0-1 . . . . .	6,98
2-4 . . . . .	27,91
5-8 . . . . .	34,88
9-14 . . . . .	22,09
15 e oltre . . . . .	8,14
	100

Quanto allo stato civile risultano 24 celibi di cui 3 donne; 47 coniugati tra i quali 2 donne; di altri 15 assicurati non è stato denunciato lo stato civile.

Quanto alle professioni predominanti in tali malati risultano soprattutto quelle di impiegati ed ufficiali, degli industriali e quella dei professionisti; queste occupazioni affaticano maggiormente la mente nel lavoro (vedi tab. 4) e pertanto costituiscono una sede di elezione delle cause morbigene.

Infine una distribuzione regionale ci

TAV. 4

Agricoltori . . . . .	N. 3
Industriali . . . . .	» 15
Venditori . . . . .	» 6
Operai . . . . .	» 2
Personale FF. SS. . . . .	» 1
» servizio . . . . .	» 9
Subalterno stato . . . . .	» 2
Aeronautica - Esercito . . . . .	» 3
Ufficiali - Impiegati . . . . .	» 24
Professionisti . . . . .	» 17
Proprietari . . . . .	» 1
Condizioni non professionali . . . . .	» 3

Totale N. 86

mostra il maggior numero di invalidità per malattie mentali nella Lombardia e nella Liguria (vedi tab. 5). Questi ultimi due quadri però vanno accettati con

TAV. 5

Piemonte . . . . .	N.	9
Liguria . . . . .	»	11
Lombardia . . . . .	»	23
Venezia Tridentina . . . . .	»	2
Veneto . . . . .	»	9
Venezia Giulia . . . . .	»	1
Emilia . . . . .	»	2
Toscana . . . . .	»	1
Marche . . . . .	»	5
Umbria . . . . .	»	—
Lazio . . . . .	»	6
Abruzzi e Molise . . . . .	»	1
Campania . . . . .	»	3
Puglie . . . . .	»	5
Lucania . . . . .	»	3
Calabria . . . . .	»	2
Sicilia . . . . .	»	3
Sardegna . . . . .	»	—
Totale . . . . .		N. 86

molta cautela in quanto gli assicurati, cioè gli esposti al rischio, prevalgono notoriamente tra le professioni e nelle regioni con cifre assolute notevolmente maggiori delle altre regioni esaminate.

Riepilogando quanto siamo venuti esponendo finora possiamo dire che esistono forme mentali nelle quali l'invalidità potrà essere concessa per riconosciuta cessazione di ogni capacità lavorativa; in altre si dovrà andare più cauti perchè si tratta di forme periodiche che possono presentare miglioramenti con ripresa di una buona attività lavorativa.

La demenza precoce e la demenza arteriosclerotica devono essere iscritte al primo gruppo; più cauti si dovrà essere invece per le psicosi affettive circolari e per le psicosi tossiche.

In questi casi dovrebbe essere prudente far trascorrere un periodo di malattia non inferiore a 6 mesi prima di poter discutere l'invalidità totale e permanente richiesta dalle condizioni di polizza.

E ciò perchè in un campo così arduo, dal punto di vista prognostico, come quello delle malattie mentali, la più elementare prudenza consiglia di attendere un certo tempo prima di qualificare « permanente » una invalidità che potrebbe invece essere di carattere accessuale a sollecite risoluzioni.

Tale cautela deve essere estesa anche alla paralisi progressiva nella quale la cura di Wagner ha portato un notevole miglioramento prognostico. Superato un tale periodo di tempo e persistendo il quadro clinico l'invalidità totale va senz'altro riconosciuta anche in queste forme morbose.

Per la paranoia e per le psicosi epilettiche solo l'esame del singolo caso potrà determinare, in base al delirio presentato e dal numero degli accessi convulsivi, quale potrà essere la conclusione da trarre nella perizia. Quanto agli stati grigi predemenziali ogni ulteriore decisione dovrà essere rinviato alla chiarificazione del quadro clinico perchè molto spesso questi stati permettono una attività ridotta.

Naturalmente periodiche revisioni completeranno l'accertamento medico-legale per tutte queste forme morbose, revisioni che sarà bene estendere ogni tanto anche alle altre sopra elencate.

Per stabilire l'invalidità dovremo poi tener conto di un altro elemento importante; la professione dell'assicurato. E' evidente che mentre alcune di queste più elevate richiedono per la responsabilità, l'importanza ed il decoro delle funzioni stesse, un equilibrio perfetto tra le varie facoltà mentali che diremmo euritmico; in altre invece potrà essere tol-

lerata una eccentricità ed una leggera perdita della capacità coordinativa delle immagini mnemoniche. I dirigenti di banca, i medici, gli ufficiali superiori, i magistrati appartengono al primo gruppo; invece gli impiegati subalterni, gli artisti, i lavoratori manuali rientrano nella seconda categoria.

La classificazione delle malattie mentali, in riferimento alle capacità lavorative basata sopra i sintomi presentati costituisce il criterio prospettato da Biondi, ma che, pur sembrando il più razionale, non ci risulta il più pratico ai fini della prognosi relativamente lontana quale viene richiesto nell'invalidità totale permanente. Infatti gli stati maniacali o depressivi sono molto spesso brevi e cedono il posto ad un ritorno alla calma ed alla capacità di lavoro.

E' lo sgretolamento delle facoltà mentali e della coscienza quello che a noi più interessa di accertare, in quanto solo queste ci dicono come un piccolo mondo sia ormai definitivamente morto alla vita del pensiero, unica funzione superiore dell'uomo. Di quell'essere resteranno, inutile spoglia, le funzioni vegetative somatiche, tanto più triste relitto quanto più alta era stata la coscienza e la capacità intellettuale della personalità così morta.

Alla tragedia affettiva si aggiunge spesso quella economica, specie negli ambienti borghesi tra i quali un uomo colla propria professione mantiene la famiglia; il crollo di una mente è l'incertezza del domani.

Ecco perchè a somiglianza della invalidità nella infortunistica per i lavoratori manuali, dobbiamo riconoscere una grande importanza ai fini dell'invalidità presso il ceto colto anche ai disturbi mentali che possono non solo ridurre ma giungere fino ad annullare ogni capacità lavorativa.

Oltre un secolo fa l'individuo fu inteso

da Hegel come funzione sociale in quanto egli produce per la società e per il godimento degli altri. Oggi nel Corporativismo fascista, in cui il lavoro di ognuno è non solo diritto ma dovere a beneficio della nazione, questa funzione è divenuta sacrosanta e coloro che lavorano con l'intelletto devono essere garantiti per l'avvenire poichè per la loro opera si elevano e si perfezionano tutti i valori spirituali che sospingono sulla via del progresso la Patria immortale.

#### AUTORIASSUNTO.

L'A., ricordato come mentre per la determinazione della personalità giuridica e per la responsabilità penale il Codice Civile, di Commercio e Penale abbiano stabilito delle norme atte a determinare la capacità umana, lamenta che molto scarso è stato finora lo studio eseguito per determinare la capacità volitiva ed intellettuale dell'uomo ai fini lavorativi fatta eccezione per la nevrosi traumatica.

Nel campo della assicurazione vita tutte le malattie mentali sopravvenute possono giuridicamente essere ammesse a riconoscimento dell'invalidità totale e permanente anche se preesisteva all'assicurazione qualche elemento concausale della affezione sopravvenuta.

Da una indagine medico-statistica l'A. ha riscontrato come le malattie mentali, specie nel ceto borghese contribuiscano notevolmente allo stabilirsi della invalidità tanto che presso l'I.N.A. esse superano il 15% del totale di tale forma di sinistro. Successivamente viene esaminata la prognosi delle singole affezioni mentali tra le quali la p. progressiva occupa per frequenza il primo posto e viene determinato il criterio discriminativo per il riconoscimento delle singole invalidità. Il giudizio sarà più cauto con rinvio a 6 mesi nelle forme accessuali o periodiche, più sollecito nel-

le forme demenziali con sgretolamento della coscienza.

Infine l'A., data la difficoltà della prognosi in tali malattie e per i recuperi possibili con la moderna terapia ritiene indispensabile per garanzia dell'Ente assicuratore, procedere alla revisione annuale dei singoli sinistri.

## BIBLIOGRAFIA.

BIANCHI, *Trattato di Psichiatria*, 1926.

BIONDI, *L'incapacità al lavoro*, Torino, 1926.

CIAMPOLINI, *La traumatologia del lavoro nei rapporti colla legge*, Roma, 1927.

MARSELLA, *Il valore medico-legale degli assicurandi affetti da malattie mentali o nervose*, Relaz. al C. M., Roma, 1938.

MODENA, *Le malattie mentali in Italia*, Relaz. Stat. San. al 1° gennaio 1926, Roma, 1928.

ID., *Morbosità per malattie di mente negli Istituti di cura* (Triennio 1926-28), Roma, 1933.

SELZER, *Studi sulle manifestazioni patologiche di 52 paralitici progressivi*, « Note e Riv. di Psichiatria », 1937, n. 1.

## DALLE RIVISTE CHE RICEVIAMO IN CAMBIO

*Annali della Società Medica Coloniale della Libia*, 1937, vol. II, Tripoli.

BACCHETTI e MODICA, *Il tasso glicemico in libici della Tripolitania*.

Il valore medio di gr. 0,86 % del tasso glicemico dei libici della Tripolitania, apparentemente sani e appartenenti al tipo medio della massa indigena, è sensibilmente al di sotto di quello considerato normale. In numerosi casi sono stati trovati valori abnormemente bassi senza alcun disturbo a tipo ipoglicemico. L'uso del metodo colorimetrico Crocelius-Seifert che è stato posto a confronto col micro-metodo di Bang può venire consigliato anche in colonie dando affidamento di avvicinarsi sufficientemente alle determinazioni eseguite con metodi più fini.

*L'Autarchia alimentare*, 1938, n. 5, Roma.

VISCO, *Autarchia alimentare*.

L'A. mette in rilievo le conquiste del Regime nel campo della autarchia alimentare e prende in esame i bisogni alimentari del popolo italiano e le possibilità di sviluppo della produzione, mettendo in rilievo la necessità di impostare la lotta non sull'aumento globale della produzione ma sull'aumento di produzione di quelle sostanze che la scienza addita come più adatte alla nutrizione. Questo indirizzo deve però essere accompagnato da una attiva educazione dietetica delle masse.

*Critica Medico-Sociale*, 1938, n. 9, Roma.

ARCOLEO, *Il valore interpretativo della gonoreazione*.

L'A. ha constatato che la gonoreazione dà

risultato dubbio o assolutamente negativo quando ci troviamo di fronte a forme di debutto del cocco di Neisser in cui però i controlli sulla secrezione e sulle urine hanno dato risultato positivo. Invece in tutte le complicazioni, anche tardive, e specie in quelle articolari la sierodiagnosi si è mantenuta regolarmente positiva senza poter dare adito a dubbiezza.

*Difesa Sociale*, 1938, n. 7, Roma.

RIZZATTI, *Le paralisi di origine cerebrale dal punto di vista prognostico e lavorativo*.

L'A. cerca di trarre precisi indirizzi prognostici sulle cerebroplegie da una minuta indagine sull'etiologia, sull'anatomia patologica, sulla clinica delle paralisi di natura centrale e fa seguire una breve trattazione sulla possibilità di utilizzare la residuale capacità lavorativa nelle emiplegie e nelle monoplegie.

Date le finalità del lavoro trascura ogni considerazione dottrinale sulle paralisi di natura cerebrale, limitandosi ai soli obiettivi della prognosi funzionale e del problema, a questa strettamente connesso, della residuale capacità lavorativa. Ai fini di un orientamento prognostico considera il criterio etiologico della paralisi, integrato dallo studio patogenetico e anatomopatologico e i segni che possono fornire indicazioni preziose per la prognosi lontana, e cioè per il recupero delle funzioni.

*Folia Medica*, 1938, 30 settembre, Napoli.

RASARIO, *Dissociazione isoritmica e dissociazione con interferenze secondarie a choc coronarico*.

L'A. descrive il caso di un cardiaco che il

giorno seguente alla comparsa di una sindrome di infarto presentava nei tracciati elettrocardiografici fasi di dissociazione isoritmica tipo Veil e Codina Altès e di dissociazione tipo Mobitz alternate a periodi di ritmo sinusale condotto. Dopo due giorni si ebbe scomparsa dei fenomeni di dissociazione e comparsa di manifestazioni elettrocardiografiche nette di insufficienza coronarica destra. Exitus dopo diversi mesi.

PELLICCIOTTA, *Contributo allo studio della calcemia tropicale.*

Dalle indagini eseguite dall'autore sulla calcemia dell'uomo bianco e sano risulta che la media nei tropici è pari a mmgr. 14,85 % di siero e che gli estremi vanno da mmgr. 13,6 % a mmgr. 16,6 %. L'A rileva che i valori della calcemia tropicale sono del 48,5 % più alti di quelli propri delle regioni temperate e ne ricerca la ragione.

**Giornale di Medicina Militare**, settembre 1938, Roma.

COLOMBO, *Considerazioni clinico-ematologiche e medico-legali militari sugli splenectomizzati.*

L'A. ha studiato dal punto di vista clinico, ematologico e medico-legale un individuo splenectomizzato 8 anni addietro in seguito a lacerazione traumatica della milza.

L'A. giunge alla conclusione diagnostica di anemia latente di tipo pernicioso in soggetto splenoprivo: conclusione fondata sui dati rilevati dallo studio del sangue periferico ed avvalorata dalla documentata megaloblastosi spuria del midollo osseo.

**Lotta contro la tubercolosi**, settembre 1938, Roma.

APRILE e DEDDA, *Indagini sulla infezione e morbilità tubercolare in figli di tubercolotici ricoverati in sanatori.*

Gli AA. riferiscono i risultati delle loro indagini su 116 bambini esposti al contagio familiare. Risulta che nei figli dei tubercolotici ricoverati in sanatori le percentuali dei colpiti sono nettamente superiori a quelle che si rilevano nei bambini scelti senza criterio epidemiologico e inferiori a quelle tra i bambini conviventi con tubercolotici curati in famiglia. Tra gli esposti al contagio la frequenza dell'infezione aumenta con l'età; il contagio paterno ha valore per i più grandi, il materno, e specie quello delle zie, per i più piccoli.

Le forme attive svelate dagli AA. decorre-

vano quasi tutte asintomaticamente onde la necessità assoluta della ricerca clinico-radiografica sulla totalità dei bambini, con speciale riguardo all'età prescolastica.

**Il Lavoro Commerciale**, 1938, nn. 7, 8, 9, Roma.

CAO-PINNA, *La razione alimentare giornaliera delle famiglie di lavoratori del commercio nella città di Napoli.*

L'A. riporta i risultati delle indagini condotte sull'alimentazione di 152 famiglie di lavoratori del commercio di Napoli.

L'indagine ha posto in rilievo una alimentazione sufficiente dal punto di vista calorico ma non razionale figurandovi una deficienza di protidi.

**La Meteorologia Pratica**, agosto 1938, Perugia.

TREROTOLI, *Alcune osservazioni stagionali sul clima delle Murge.*

L'A. studiando il clima delle Murge che egli ritiene salutare nel soggiorno estivo ha notato e messo in rilievo delle particolarità stagionali in rapporto alle cause di morte e di malattia oltre che in rapporto alla profilassi individuale.

**L'Ospedale « Costanzo Ciano »**, n. 4, 1938, Livorno.

MANCINI, *L'elettrocardiografia nella pratica medica giornaliera.*

L'A. premette alcune nozioni di anatomia e fisiologia del cuore si occupa dei fenomeni elettrici della contrazione cardiaca e studia l'elettrocardiografia colle sue applicazioni pratiche.

**L'Ospedale Maggiore**, n. 8, 1938, Milano.

GERBI, *Valore clinico del conteggio degli elementi figurati del sedimento urinario (secondo la tecnica di Addis) nelle nefropatie e nelle malattie infettive.*

L'A. ha studiato il comportamento morfologico e quantitativo dei globuli rossi, dei leucociti e dei cilindri nel sedimento urinario in 40 pazienti affetti da malattie del rene, reumatismo acuto, pleurite essudativa e forme infettive varie. Conclude che il conteggio secondo la tecnica di Addis è di una tale utilità, anche per lo studio del decorso e della prognosi, che non dovrebbe essere mai trascurato nella pratica clinica.

Semeiotica di Medicina Assicurazione Vita**L'esame dell'occhio in Medicina delle Assicurazioni Vita**

Prof. MARIA VELE

della Direzione Generale dell'I.N.A.

Spesso quando visitiamo gli assicurandi, sorvoliamo sull'apparato visivo limitandoci ad un esame superficiale, quasi pro-forma. Non intendo con ciò dire sia necessario sempre ed in ogni caso, procedere ad un esame specialistico, ma sarebbe di grande utilità anche pel medico generico non limitarsi al semplice esame dei riflessi e dare uno sguardo sommario a tutti i tessuti oculari.

L'esame, non richiede uno speciale strumentario nè una grande preparazione; qualche difficoltà presenta solo l'esame oftalmoscopico per l'interpretazione di minime sfumature del fondo che, non infrequentemente, anche a specialisti esperti sfuggono.

Prima di esporre come si procede ad un esame dell'apparato visivo, accennerò al modo di determinare l'acutezza visiva, o *visus*, la quale è data dalla visione centrale. L'assicurando deve stare ad una determinata distanza (5-6 metri a seconda dell'optotipo) e leggere le lettere scritte su apposite tabelle a muro.

Le lettere sono disposte su 10 righe o più, e ad ogni riga letta corrisponde un decimo di *visus*. Se una persona legge dieci righe avrà 10/10, cioè *visus* normale (escludo qui i casi patologici con acutezza visiva normale, come accade nelle persone affette da retinite pigmentosa nelle quali esistono alterazioni profonde di una certa entità).

Se riscontriamo un *visus* al di sotto,

del normale, dovremo sempre sospettare o alterazioni corneali, o difetto di refrazione, alterazioni del fondo ecc. Gli esami sotto descritti ci indicheranno quale sia il più consigliabile.

L'esame del segmento anteriore dell'occhio si può fare a luce diretta e a luce laterale. Quello a luce diretta, che generalmente vien fatto davanti ad una finestra, si usa per le alterazioni più evidenti; infatti, in questo modo si rivelano le alterazioni macroscopiche.

Per rilevare particolari più degni di nota, si fa l'esame con l'illuminazione focale. E' necessario per questo un ambiente scuro, che la sorgente luminosa (una lampada opalina di 25 candele è sufficiente allo scopo) sia situata lateralmente all'esaminando e che una lente sfericoconvessa di 13-16 diottrie, tenuta alla distanza di 7 centimetri dall'occhio in esame, concentri il fuoco sul punto che vogliamo osservare. Gradualmente spostiamo la lente nelle varie direzioni finchè non abbiamo constatato le condizioni di tutte le parti accessibili al nostro occhio.

Questo esame deve essere fatto con ordine: si inizia dalle palpebre, vie lacrimali, bulbo, congiuntiva, cornea, camera anteriore, umor acqueo, iride, fino a giungere al cristallino.

*Palpebre.* — Si possono esaminare a luce diretta, la posizione, la convessità, la sottigliezza della cute, i puntini lacrimali e la rima palpebrale. Non è raro riscontrare una ptosi la quale può

essere legata ad una infiammazione cronica, come il tracoma, oppure a lesione dell'oculomotore, per sifilide. I margini palpebrali possono essere rovesciati all'esterno (ectropion), come ad esempio, nelle paralisi dell'orbicolare per paralisi periferica del facciale, specialmente di natura reumatica o sifilitica; o per lesioni cicatriziali come nel tracoma. Oltre l'ectropion si può avere l'entropion, che consiste nel rovesciamento all'interno dei margini; le ciglia in tal modo possono deviare nel loro decorso od aumentare (distichiasi e trichiasi) oppure mancare del tutto (madarosi). Per l'insorgenza di orzaiuoli e calazi, le palpebre possono tumefarsi, inspessirsi (edema infiammatorio). In seguito a lupus, sifiloma, gomme, epiteloma, traumi e alterazioni congenite possono essere deformate o mancare. Non di rado nelle malattie gravi del cuore e del rene si manifesta un'edema da stasi nelle palpebre; si può riscontrare una pigmentazione, come nello xantelasma, per la presenza agli angoli interni e superiori della palpebra di depositi giallastri. La chiusura della rima palpebrale incompleta o lagofalmo è dovuta spesso ad esoftalmo, mentre il suo restringimento o blefarofimosi a saldatura degli angoli palpebrali per infiammazioni croniche, blefariti, cicatrici del bordo palpebrale ecc.

Tra le anomalie congenite delle palpebre sono da annoverarsi la fessura delle palpebre o coloboma e l'epicanto, che è una piccola piega verticale cutanea situata tra l'angolo interno dell'occhio e la radice del naso (entrambe di nessun valore patologico).

*Apparato lacrimale.* — Si guarda anzitutto se esistono deformazioni nella regione del sacco, se vi è epifora, se i canalini sono pervii. La palpazione vien fatta ponendo il pollice della mano

destra o sinistra sul sacco e premendo verso l'angolo interno dell'occhio. Se vi è rigurgito esiste un'infiammazione delle vie lacrimali o per dir meglio, una dacriocistite. Non si deve mai dimenticare la possibilità di insorgenza di tumori.

*Bulbo oculare.* — Si osserva bene se gli occhi sono uguali ed egualmente sporgenti, se vi è deviazione del bulbo, se la direzione dello sguardo è normale, se esiste nistagmo ecc. Quando un occhio è più sporgente, si noterà che i vasi sanguigni delle palpebre e della congiuntiva corrispondenti sono dilatati. Si tratta in questi casi di esoftalmo pulsante a cui si associa la pulsazione del bulbo, una stasi venosa o una ischemia retinica da compressione (frequente nei casi di aneurisma). L'esoftalmo è intermittente quando esistono vene varicose nella cavità orbitaria ed insorge solo se facciamo chinare il soggetto. Più facilmente può essere in rapporto ad un morbo di Basedow abbastanza frequente e molto conosciuto dai medici; in questo caso però è permanente. Può dipendere anche da tumori nella cavità orbitaria ed allora è necessario osservare se esiste una deviazione del bulbo che, generalmente, è spinto dalla parte opposta a quella dove si inizia il tumore. Constatato un esoftalmo è sempre prudente inviare il paziente all'oculista e se è necessario ad altri specialisti quali il neurologo, l'otoiatra, ecc. Altre volte la deviazione è dovuta a formazioni congenite sviluppatasi col tempo, come le cisti dermoidi. Queste di preferenza si sviluppano all'angolo supero-interno o supero-esterno dell'orbita. Fra i tumori il più frequente è il sarcoma; in questi casi oltre la deviazione vi è impossibilità di riduzione del bulbo, assenza di fatti infiammatori e assenza di fluttuazione. Frequenti sono pure gli strabismi legati generalmente

a paralisi di muscoli oculari, o a difetti di refrazione.

*Sclera.* — Normalmente ha un colorito bianco perlaceo, tendente all'azzurrognolo nei bambini e al gialliccio nei vecchi.

Nelle infiammazioni si riscontrano come piccoli bottoncini che fanno corpo colla sclera, circondati da un alone violaceo che traspare attraverso la congiuntiva. Sulla sclera si possono avere anche ectasie, depressioni e prominenze.

*Congiuntiva.* — Invitando il paziente a guardare in varie direzioni e concentrando la luce laterale sul bulbo, vediamo nitidamente la congiuntiva bulbare che essendo trasparente, sul fondo bianco della sclera fa trasparire nettamente i suoi vasellini superficiali e profondi. In condizioni patologiche essa può presentare un colorito rosso più o meno vivo nelle infiammazioni e giallo verdastro nell'ittero. Col microscopio corneale e la lampada a fessura si sono messi in evidenza casi incipientissimi di ittero. In seguito a cure prolungate di nitrato d'argento per collirio, assume una colorazione brunastra, detta appunto argirosi, ragione per cui, cure prolungate a base di preparati d'argento per istillazione, sono da proscriversi.

La struttura congiuntivale bulbare è pure alterata dalle pinguecole e dai pterigi; le une sono in rapporto a depositi di grasso sulla congiuntiva, gli altri ad una ripiegatura triangolare della stessa sulla cornea ove si salda col suo apice.

Per l'esame della congiuntiva palpebrale sarà sufficiente col pollice destro o sinistro stirare in basso la palpebra inferiore a seconda dell'occhio da osservare. L'esame della palpebra superiore è un po' più complicato. Si prendono tra i polpastrelli del pollice e indice sinistro le ciglia della palpebra superiore e ponendo l'indice destro sulla medesima si ro-

vescia stirando in alto la rima palpebrale. Così si rende visibile la congiuntiva tarsale e si può verificare se vi sono alterazioni in atto o pregresse, quali ad esempio, granulazioni tracomatose, cicatrici da pregresso tracoma, congiuntivite primaverile, ecc. Per mettere allo scoperto la congiuntiva dei fornici superiori è necessario un piccolo strumento, l'elevatore di Grönholm che si applica a palpebra rovesciata stirandola in alto.

*Cornea.* — La luce laterale ci aiuta principalmente negli esami della cornea, camera anteriore e iride. Nella cornea bisogna osservare se essa è regolare in tutti i suoi punti o se vi sono alterazioni (cheratocono, cicatrici corneali, ecc.); se il suo splendore non è uguale dappertutto (edema, intorbidamento infiammatorio, ecc.); se la levigatezza della sua superficie ha perduto la sua regolarità (ulceri, leucomi, ecc.); se la sua trasparenza è diminuita (nubecole, leucomi, ulceri, gerontoxon, depositi di calce, ecc.).

Per provare se esiste un astigmatismo corneale bisognerebbe almeno esser provvisti di un disco di Placido che l'osservatore pone davanti al suo occhio ed osserva se l'immagine proiettata su quello dell'esaminando diviene irregolare (in questo caso esiste astigmatismo). La sensibilità della cornea si può provare mediante una sonda il cui estremo protetto da un poco di cotone tocchi successivamente la cornea; il riflesso può essere diminuito come nelle cheratiti per alterazioni del trigemino.

L'aspetto spulito che la cornea assume nella cheratite parenchimatosa (dovuta ad un'infiltrazione nel parenchima corneale) è caratteristico; essa perde quella normale lucentezza per la presenza di una vascolarizzazione nel parenchima. Col regredire della malattia

i vasi si atrofizzano e la cornea sembra un vetro appannato.

Il panno cicatriziale sia tracomatoso che scrofoloso dà alla cornea lo stesso aspetto, solo, che i vasellini atrofizzati sono più superficiali e quello tracomatose generalmente è limitato alla metà superiore della cornea.

*Camera anteriore.* — Per misurarne la profondità è sufficiente osservare l'occhio di profilo. In condizioni normali nei miopi e nei giovani è più profonda che negli ipermetropi e nei vecchi. La disposizione dell'iride nei primi è ad imbuto con svasatura verso la cornea. Così si riscontra nelle iridociclititi (non ipertensive), nelle ectasie della cornea, lussazioni del cristallino ed afachia. E' diminuita nel glaucoma, nell'appiattimento della cornea per cicatrici, nell'aderenza dell'iride con la cornea, nel rigonfiamento del cristallino per cataratta incipiente ed allora la svasatura è rivolta verso il cristallino.

*Umor acqueo.* — Normalmente è perfettamente limpido e trasparente; può intorbidarsi in seguito ad infiammazioni iridee che producono un essudato o per traumi che determinano stravasi sanguigni, ecc. Se il sangue o il pus si depositano nella parte inferiore della camera anteriore si ha un ipoema od un ipopion.

*Iride.* — Spesso accade che un'iride ha un colore diverso dall'altra. Si tratta in questi casi di eterocromie, di nessun valore patologico. Spesso può essere torbida perchè le sue trabecole e le sue insenature si vanno appiattendo per l'iperemia dei suoi vasi. A volte è tremula (iridodonesi) per mancanza o lussazione del cristallino. In seguito ad infiammazioni si stabiliscono tra iride e cornea oppure tra iride e cristalloide anteriore delle aderenze che rispettivamente si chiamano sinechia anteriore e sinechia

posteriore. Non si devono escludere le gomme, i tubercoli, le neoformazioni ecc.

*Pupilla.* — Normalmente ha un diametro di tre o quattro millimetri; se è maggiore vi è midriasi e se è minore, vi è miosi. Esaminata a luce laterale è nera; però nei casi di sclerosi del cristallino può apparire grigiastrea. Nel glaucoma ha un riflesso verdastro e se vi sono degli essudati organizzati sulla cristalloide anteriore, ha un colorito grigio. Quando il bordo pupillare dell'iride è completamente aderente alla cristalloide anteriore (seclusione) e su questa si trovano degli essudati (occlusione) si ha sinizesi ed assenza di riflessi. Questi sono molto importanti e si dividono in diretto e indiretto alla luce; riflesso alla accomodazione e alla convergenza. Per avere il riflesso diretto alla luce basterà far coprire con una mano l'occhio che non ci riguarda e coprire e scoprire l'altro alternativamente. Per il riflesso indiretto si tiene l'occhio in esame a una debole luce e poi si copre e si scopre l'altro. Pel riflesso alla convergenza ed all'accomodazione, si fa fissare ad una certa distanza perfettamente di fronte all'esaminando e sulla linea mediana, un oggetto che poi si avvicina e si allontana. Così si può vedere se gli occhi convergono mentre avviciniamo l'oggetto e se accomoda, cioè se la pupilla si dilata in distanza e si restringe in vicinanza.

*Cristallino.* — Si dovrebbe per questo dilatare la pupilla ed osservare l'occhio in un ambiente scuro. Con una lente d'ingrandimento e la luce laterale si possono vedere abbastanza distintamente le opacità del cristallino; così pure se è in sede, se è lussato, sublussato, mobile e trasparente. Le opacità hanno la caratteristica di essere fisse. Per osservare poi l'esistenza del cristallino, bisogna mettere in evidenza con una can-

dela accesa tenuta di fianco all'occhio a 45°, le immagini di Purkinye-Sanson le quali sono date dalle immagini della candela riflesse rispettivamente sulla cornea, cristalloide anteriore e cristalloide posteriore.

Le prime due diritte, seguono i movimenti della candela, mentre la terza è capovolta per il fatto che la cristalloide posteriore agisce come uno specchio concavo e si sposta in senso contrario ai movimenti della candela. L'assenza della terza immagine potrà deporre per la mancanza del cristallino od il suo opacamento. A completare questi esami si compie con i due indici, una leggera palpazione sul bulbo, mentre l'esaminando sta ad occhi chiusi. La tensione normale oscilla tra 20-22 mm. di mercurio che si può mettere in evidenza col tonometro di Schiötz.

\* \* \*

*Esame oftalmoscopico.* — L'esame del segmento posteriore dell'occhio si pratica con un apparecchio chiamato oftalmoscopio il quale, se il cristallino ed il vitreo sono trasparenti, permette di rilevare ogni dettaglio delle membrane profonde dell'occhio.

La scoperta dell'oftalmoscopio risale alla metà del secolo scorso per opera di Helmholtz, il quale osservando che una lastra piana di vetro davanti al suo occhio rifletteva nell'occhio esaminato, dei raggi luminosi provenienti da una sorgente luminosa, e la pupilla da nera diveniva rossa, sostituì alla lastra di vetro uno specchio. In questo modo alcuni raggi proiettati sulla retina ritornavano alla sorgente mentre altri venivano percepiti dal suo occhio.

L'oftalmoscopio semplice di Helmholtz venne poi modificato e allo specchio grande concavo si aggiunsero uno specchio piano, un altro piccolo concavo, lenti positive e negative. Cosicchè oggi l'oftalmoscopio è molto perfezionato e il

modello più in uso è il Morton, in ispecie quello elettrico. Le lenti positive e negative che vi sono annesse, possono mediante una piccola ruota girevole passare davanti al forellino oftalmoscopico (che ha un diametro di 2-3 mm.) e hanno lo scopo di correggere il vizio di refrazione dell'osservatore. Ogni specchietto ha una funzione diversa.

Lo specchio piano serve pei vizi di refrazione o schiascopia. L'osservatore sta seduto davanti all'osservando ad un metro di distanza e fa guardare in determinate direzioni. Mentre tiene l'oftalmoscopio vicino al suo occhio e gli imprime un movimento di rotazione sul suo asse verticale, vede passare nel rosso della pupilla un'ombra nera falciata che, a seconda si tratta di miopia o di ipermetropia ha una direzione diversa. Se l'occhio osservato è ipermetropico, emmetrope o miope di una diottria (sempre che l'osservatore sia emmetrope od abbia corretta la sua refrazione), l'ombra si muove nello stesso senso dei movimenti dello specchio. Il fatto si spiega facilmente perchè i raggi cadono dall'occhio osservato allo specchio senza subire un incrocio dopo che escono dall'occhio stesso. Quando noi abbiamo constatato che l'ombra è contraria alla direzione impressa allo specchietto, usiamo il regolo a lenti negative fino a che l'ombra diviene diritta, mentre se constatiamo l'ombra nello stesso senso, useremo il regolo a lenti positive fino a che l'ombra si inverte.

Nell'ipermetropia quando l'ombra diviene contraria avremo il grado corrispondente al difetto sottraendo una diottria; mentre nella miopia l'indicazione del grado ci verrà data dall'ombra che diviene diritta.

Lo specchietto piccolo concavo, per l'uso del quale l'osservatore deve stare molto vicino al paziente ci dà una immagine diritta; in tal modo il campo di

osservazione è assai ridotto ma l'ingrandimento del punto osservato è di 14 volte e si usa principalmente per esaminare i minimi particolari del fondo.

Lo specchietto grande concavo ci dà un ingrandimento di 4 volte, una immagine rovesciata, ed un campo di osservazione più vasto. Il paziente deve stare seduto davanti all'osservatore in piedi, ad una breve distanza. La sorgente luminosa costituita da una lampada di vetro opalino di 16-25 candele è disposta lateralmente a sinistra ed è separata dall'esaminando il più delle volte da uno schermo scuro. La stanza deve essere al buio e possibilmente con pareti scure. L'osservatore tenendo con la destra davanti all'occhio l'oftalmoscopio e guardando attraverso il forellino, cerca di concentrare la luce sull'occhio in esame, e quando distingue il rosso del fondo, con la sinistra antepone all'occhio da esaminare una lente di 13-16 diottrie a una distanza di circa 7 cm. Ciò si può facilmente ottenere facendo sostegno col dito medio sinistro sulla fronte del paziente. E' da consigliarsi prima di ogni altro esame quello ad immagine rovesciata, sempre inteso che la cornea e l'acqueo siano trasparenti.

*Cristallino.* — All'esame oftalmoscopico se è trasparente lascia distinguere bene i particolari del fondo. Se presenta delle opacità esse appaiono come raggi, dischi, punti, ecc., neri. Se invece è completamente opacato, la pupilla appare nera e non si vede il fondo.

*Vitreo.* — Anch'esso quando è limpido lascia trasparire le membrane profonde; quando vi sono delle opacità, esse sono ben visibili ed hanno le forme più originali. Ci appaiono come ombre scure ed hanno la caratteristica di essere mobili in quanto che nuotano nel vitreo e seguono i movimenti dell'occhio, a differenza di quelle del cristallino che sono fisse.

*Membrane profonde.* — Se adunque il cristallino ed il vitreo sono perfettamente trasparenti, si cerca di percepire bene il colorito rosso del fondo e poi si pone la lente convessa alla distanza già detta. I raggi, uscendo dall'occhio osservato, incontrano la lente e si riuniscono nel fuoco di questa, nella quale si forma una immagine reale e rovesciata della porzione di retina illuminata.

Con questo esame si rilevano le particolarità della retina, della coroide e del nervo ottico contemporaneamente. Il colore rosso del fondo varia da individuo a individuo ed è in rapporto al sangue circolante nei vasi coroidei, retinici, all'epitelio pigmentato e alla porpora visiva. Esso presenta delle differenze che è bene conoscere anche fisiologicamente.

Nelle persone con capelli neri, nelle quali il pigmento retinico è abbondante, il fondo ha un colorito rosso bruno perchè la coroide è quasi nascosta. Quando i granuli di pigmento abbondano nelle cellule epiteliali, è rosso ardesia, mentre se si accumulano nello stroma coroideale ha un aspetto tigrato e precisamente strie rosse vive, rappresentate dai vasi coroidali, si alternano con zone rosso ardesiache date dall'accumulo di pigmento.

Nelle persone con capelli castani il pigmento è in minor quantità nello stroma che nelle cellule epiteliali, così che il contrasto fra il rosso e l'ardesiaco è meno evidente.

Negli albinici nei quali manca il pigmento, traspare attraverso la retina e la coroide, la sclera, e si distinguono i vasi coroidali dai retinici perchè privi della stria riflessa di Jäger e perchè hanno numerose anastomosi. Alla periferia il colorito rosso è più pallido che al polo posteriore e spesso il colore della papilla tende al grigio pel fatto che in

questo punto le fibre nervose hanno una discreta dimensione. Influisce anche la sorgente luminosa; così la luce elettrica fa apparire il rosso meno carico, mentre alla luce a petrolio sembra più carico. Osservato il fondo, in generale, si dovrà portare l'attenzione su due zone particolarmente importanti per la diagnosi, la papilla e la macula. Per osservare bene i vari punti facciamo guardare in determinate direzioni. Per la papilla ottica faremo guardare il mignolo della nostra mano destra per l'occhio destro e il lobulo del nostro orecchio sinistro per l'occhio sinistro. Facendo fissare lo specchietto, vedremo la macula e se facciamo volgere lo sguardo in alto in basso a destra a sinistra osserveremo la periferia.

La papilla, di forma rotonda, rappresenta la zona in cui il nervo ottico entra nella retina; di colorito roseo, è situata a tre millimetri all'interno ed uno in basso al polo posteriore, ed ha un diametro di un millimetro e mezzo.

Sembra più chiara nei bruni e più scura nei biondi. Il suo colorito roseo è meno accentuato verso la metà temporale, perchè il fascio papillo-maculare lascia trasparire la colorazione mielinica del nervo ottico e il bianco della lamina cribrosa. Il limite del disco è ben netto, bianco, corrisponde all'orlo sclerale e attorno a questo si nota un'altro anello scuro dovuto all'epitelio pigmentato della retina. La papilla presenta una escavazione ad imbuto, fisiologica, in rapporto alle fibre nervose le quali, private della guaina mielinica si addossano ai bordi di essa, infossandone la parte centrale. Dal centro di essa emerge l'arteria centrale che si divide in due rami, superiore ed inferiore, i quali a loro volta si dividono e suddividono per raggiungere la periferia; così pure fanno le vene. Le arterie differiscono dalle vene perchè sono sottili, di colorito rosso

vivo, poco tortuose e con stria evidente; mentre le vene sono più grosse, hanno la stria poco visibile, sono rosso brune e più tortuose.

Osservata bene la papilla, si porta lo sguardo sulla macula, la quale è situata esattamente al polo posteriore. Essa ha una forma ovalare di 5 diametri papillari orizzontalmente e  $2\frac{1}{2}$  verticalmente. La sua parte centrale rosso cupo è la fovea, il centro della quale presenta il riflesso foveale giallastro. Fisiologicamente la macula lutea si presenta di colorito vario e a volte differisce dal fondo restante per il solo fatto che manca di vasi.

\* \* \*

Il modo suddescritto per esaminare l'occhio è abbastanza semplice e pratico per ogni medico di assicurazione. Si tratta di osservare molto e di aver pazienza poichè in un organo così piccolo, sono minime le alterazioni che si possono riscontrare. Una volta constatata la lesione anche senza riuscire a stabilirne la natura, per noi è sufficiente, in quanto chè si può far completare l'esame da uno specialista.

Come ho già accennato, lo strumentario per questi esami è poco e di poco volume: sono sufficienti un portalam-pade a braccio flessibile, una lampada opalina di 16-25 candele, un oftalmoscopio, una lente sfericonvessa di 13-16 diottrie e due regoli di Trousseau per schiascopia.

In questo modo, ogni medico generico, sarà in grado di poter constatare nell'occhio le alterazioni patologiche più evidenti e associandovi poi altri esami ricercarne o farne ricercare la causa. L'utilità che questo piccolo organo arreca alla medicina generale nelle sue minime alterazioni è grande e come ho avuto più volte occasione di accennare in special modo nelle affezioni cerebrali.

Varie

## LE FUNZIONI SOCIALI DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

(Discorso pronunciato da S. E. il Presidente Senatore Bevione per l'inaugurazione degli Uffici di Napoli in presenza di S. A. R. il Principe di Piemonte e di S. E. il Cardinale Ascalesi il 12 novembre 1938 A. XVII al Palazzo dell'I. N. A. in Piazza della Carità).

*A nome dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ringrazio vivamente S. A. R. il Principe di Piemonte, Sua Em. il Cardinale Arcivescovo, le autorità e i camerati che colla loro desiderata presenza conferiscono significato e prestigio a questa cerimonia.*

*L'Istituto Nazionale Assicurazioni è lieto di aver portato il suo contributo al rinnovamento di questa vostra splendida città, carissima al cuore di tutti gli Italiani. Il palazzo che oggi inauguriamo, opera imponente dell'illustre architetto Canino, e il palazzo vicino che presto sarà finito, costituiranno in Napoli la testimonianza viva della potenza e della funzione sociale dell'Istituto.*

*Dico funzione sociale, perchè l'Istituto rivendica per sè l'onore di avere elevato a più alta essenza l'assicurazione sulla vita.*

*Ciò che da noi era, e rimane fuori d'Italia, un atto privato di risparmio e di previdenza, per opera dell'Istituto è diventato un elemento di vita collettiva, un fattore di ascensione sociale.*

*Ne darò brevemente le prove.*

*I giganteschi capitali che affluiscono all'Istituto, per premi e interessi, in misura di poco inferiore al miliardo di lire all'anno, sono tutti consacrati a scopi di interesse generale: bonifiche, fer-*

*rovie, strade, porti, interventi nei piani regolatori delle città, come questo, finanziamenti diretti dello Stato e di Enti pubblici.*

*L'Istituto Nazionale è il più importante Ente assicurativo dell'Europa continentale, avvicinandosi ai 20 miliardi di capitali assicurati e possedendo un patrimonio superiore ai 6 miliardi di lire; ma, non avendo azionisti privati da remunerare, destina i cospicui utili che residuano dalla sua parsimoniosa gestione a beneficio generale, dividendoli in parti uguali fra lo Stato e i suoi assicurati. Sono così circa 26 milioni annui che il Tesoro riceve dall'Istituto — entrata destinata ad aumentare di continuo — e altrettanti che vanno distribuiti fra gli assicurati, sotto forma di riduzione dei premi. Oggi i nuovi assicurati dell'Istituto pagano annualmente per le loro polizze il 6 % in meno di quanto sarebbe dovuto secondo le tariffe approvate dal Ministero. Riducendo sensibilmente il costo dell'assicurazione-vita, l'Istituto realizza un altro cospicuo risultato sociale.*

*L'assicurazione-vita era in Italia una tutela riservata alle categorie più abbienti. E' vanto dell'Istituto Nazionale di avere messo questo essenziale presidio alla portata dei ceti lavoratori. Le*

assicurazioni Popolari dell'Istituto, e le loro specializzazioni — Polizza XXI Aprile, Polizza del Rurale, Polizza della G.I.L. — approvate dal Duce e definite colla collaborazione del Partito e delle Confederazioni dei lavoratori e dei datori di lavoro — rappresentano oggi quanto di più coraggioso e di più generoso è stato fatto nel mondo intero per l'assicurazione-vita del popolo. A centinaia di migliaia i lavoratori italiani e i loro figli dalla scuola entrano ogni anno, mediante queste polizze, nelle falangi dei nostri assicurati: e così l'Istituto Nazionale assolve una nuova funzione sociale di altissima importanza.

Finalmente l'Istituto ha ravvisato un settore della difesa della razza scarsamente esplorato e generalmente negletto: quello della medicina preventiva. Essendo tale settore affine alla sua attività industriale, l'Istituto si è assunto come un suo dovere sociale il compito di far convergere con un'assidua propaganda l'attenzione pubblica sulla medicina preventiva e di dimostrare con una attrezzatura adeguata e con servizi gratuiti i benefici immensi della difesa della salute quando la salute è ancora intatta o i germi del male appena iniziano la loro azione.

Il centro sanitario istituito in questa Sede, dotato dei mezzi di ricerca più progrediti che la scienza offre, è a disposizione graziosa di tutti gli assicurati per visite mediche periodiche, esami vari del sangue, misurazione della pressione arteriosa, radioscopie, ecc. Ma gli effetti di tale attività devono andare oltre la cerchia dei nostri assicurati. Il no-

stro indirizzo tende a creare negli Italiani la coscienza della medicina preventiva, il senso del dovere di curare la salute quando è integra, e quindi di farla esaminare periodicamente, in modo da sorprendere la malattia ai suoi inizi, quando la cura è più facile, e più certa la guarigione.

Con questa impostazione e queste direttive, l'Istituto Nazionale è diventato uno degli strumenti più poderosi della politica del Regime, non solo sul terreno finanziario, ma anche sociale. Esso così restituisce in servizi ciò che ha ricevuto dal Regime in autorità, prestigio e potenza.

Infatti l'ascensione vigorosa e rapida, che ha portato l'Istituto agli attuali fastigi, si è compiuta per intero in Regime fascista.

E' grazie alla restaurata autorità dello Stato, del quale è diretta emanazione, che l'Istituto può oggi vantare il più vasto numero di assicurati di qualunque impresa assicurativa europea, e cioè due milioni e mezzo di persone. Su 17 persone in media che incontrate, una è assicurata con l'Istituto Nazionale; e ciò liberamente, senza obbligo alcuno, perchè la volontà spontanea dell'assicurando è caratteristica e titolo d'onore dell'Istituto Nazionale.

E grazie alla irresistibile potenza dello Stato fascista — io ne ho sicura fede — sarà rapidamente raggiunta la mèta ideale segnata dal Duce all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni: una polizza di assicurazione-vita in ogni famiglia italiana.

## Dai Libri e dai Periodici

### Le prove della funzionalità renale.

Numerose sono le prove proposte per lo studio della funzionalità renale, ma il valore di molte di esse è ancora dubbio.

Porge (*Etude critique des tests de fonctionnement rénal*, Marcel Vigne Editeur, Paris) affronta il problema e rileva anzitutto che i metodi di esplorazione funzionale non permettono di apprezzare lo stato anatomico dei reni. Ammette che non esistono metodi che, presi isolatamente, siano specifici per l'apprezzamento della funzionalità renale. Occorre servirsi delle differenti prove e ripeterle nello stesso individuo per poter trarre una conclusione sul funzionamento del rene.

Fra tutte le prove ne esistono tre che sembrano essere basilari: la prova della concentrazione, quella della fenolsulfonftaleina, e il dosaggio dell'urea nel sangue.

L'A. insiste sul concetto che al laboratorio non bisogna chiedere tutto ma occorre servirsi anche dell'esame clinico per potere emettere un serio giudizio. C. S.

### La calcolosi renale e le diatesi urolitogene.

Leggiamo sul *Policlinico*, n. 46 (Sez. Pratica, 1938) un lavoro di ricerche ematochimiche praticato presso l'Istituto di Idrologia medica della R. Università di Roma dal Dott. Di Marco. Questi ha preso in esame trenta soggetti calcolosi nei quali sono stati dosate l'ossalemia, l'uricoemia e la calcemia. L'A. ha riscontrato in ben ventisette casi un aumento della prima che ha oscillato dai 6 milligrammi per cento ai 12 milligrammi. Anche l'uricoemia è risultata aumentata in 19 soggetti i quali per la maggior parte presentavano calcoli ricchi di acido urico; quasi nullo è stato invece l'aumento del valore calcemico.

Tali dati offrono un notevole interesse sia per la patogenesi della calcolosi che la diagnosi in casi di difficile accertamento clinico.

St.

### L'azotemia ipocloremica.

Spetta al Blum e ai suoi collaboratori l'aver notato e studiato la sindrome azotemica con ipocloremia.

Dalla osservazione di iperazotemie in nefropatici a dieta ipoclorurata nelle quali spesso bastava aggiungere alla dieta un eccesso di Na Cl per vederle diminuire, il citato autore

trasse l'ardita ipotesi che il fenomeno si riducesse ad un meccanismo di compenso e che l'aumento in circolo della scoria catabolica fosse un riparo allo squilibrio osmotico.

Il Capani («*Folia Medica*», 15 agosto 1938, Napoli) istituì a tal proposito delle ricerche per cercare di ottenere una declorurazione nei cani e studiare il comportamento della azotemia; ma non vi riuscì e allora girò la questione per vedere se determinando un aumento artificiale dell'urea del sangue si verificasse una diminuzione del cloro. Le cifre ottenute non diedero notevole diminuzione della cloremia. Da allora tale ipotesi ha sempre più perduto terreno. Altre ipotesi sono state emesse per spiegare il fenomeno.

L'A. tratteggia la sindrome azotemica ipocloremica, discute le ipotesi emesse e riporta alcune sue osservazioni personali. C. S.

### La prova della levulosemia provocata nell'insufficienza epatica.

Rivoire, Gayet, Bermond e Moreau («*Presse Médical*», n. 72, 1938) propongono una prova per l'esplorazione della funzionalità epatica più sensibile, secondo le esperienze praticate, delle altre esistenti. Essa consiste nel dosare di mezz'ora in mezz'ora e per due ore nel sangue del malato il tasso della levulosemia dopo ingestione di 50 centigrammi per chilogrammo di peso corporeo di levulosio. Si ottiene così una curva tanto più alta quanto più è grave la insufficienza epatica.

La prova è fondata sulla proprietà che ha il fegato di fissare il levulosio (identica o analoga a quella per il glucosio e per il galattosio) e mentre il tasso glicemico è regolato, oltre che dal fegato, da fattori extraepatici sembra che questi fattori non abbiano alcuna azione sulla levulosemia. I diabetici rispondono alla prova allo stesso modo che i soggetti di controllo.

La tecnica, descritta dagli AA., è semplicissima. C. S.

### Metabolismo dell'acido urico e fegato.

Il problema del ricambio purinico è di grande importanza scientifica e pratica. Poiché il metabolismo purinico negli animali differisce in parte da quello dell'uomo è impossibile trasportare nella fisiopatologia umana le acqui-

sizioni della fisiopatologia comparata, e occorre pertanto circoscrivere le ricerche alle esperimentazioni sull'uomo.

Mentre negli animali è inequivocabilmente dimostrato che il fegato è il centro principale ove a mezzo di speciali fermenti l'acido urico viene ossidato con formazione di allantoina, urea ed altre sostanze, per l'uomo i pareri sono profondamente divergenti. Thannauser e Gudzent negano che processi uricolitici avvengano nell'organismo umano, mentre altri autori di non minore autorità hanno potuto comprovare l'uricolisi nell'uomo.

Di Marco e Marccone (« Policlinico Sez. Medica », n. 10, 1938, Roma) ricordano che Galdi fin dal 1905 dimostrò nell'uomo che il fegato oltre ad arrestare ed eventualmente distruggere parte dell'acido urico esogeno ed endogeno ne elimina con la bile una certa quantità (razione enterotropa) e in seguito ciò fu confermato da Brugsch, Rother, ecc.

Tuttavia nelle malattie del fegato non è sufficientemente approfondito lo studio del metabolismo dell'acido urico benchè non manchino ricerche di vari studiosi.

Di Marco e Marccone hanno cercato di stabilire l'eventuale azione del fegato nel metabolismo dell'acido urico in base al comportamento dell'uricuria e della curva uricoemica da iniezione endovenosa di acido urico in soggetti in vari stadi d'insufficienza epatica per calcolosi occlusiva, epatite catarrale, ascessi epatici, neoplasie primitive o metastatiche, ecc. di fronte a 6 soggetti sani di controllo.

Dalle ricerche è risultato che la curva uricoemica da carico di acido urico per via endovenosa è decorsa ad un livello nettamente superiore alla norma. I valori di partenza anche dopo 24 ore non sono stati raggiunti. La curva costruita con i valori percentuali medi nei casi di ittero da ostruzione sovrasta quelle ottenute nelle altre affezioni.

In base ai risultati delle esperienze in discussione e ai dati della letteratura si dovrebbe ammettere che negli epatopazienti facciano difetto i poteri uricopessici nel fegato. Non è possibile dire del destino dell'acido urico fissato dal fegato e solo in via di ipotesi si può ammettere che esso venga eliminato per via enterotropa od ossidato a mezzo di speciali fermenti o che ritorni in circolo per essere eliminato attraverso i reni. Può darsi che il fegato ingrani nel metabolismo dell'acido urico con tutti e tre questi meccanismi.

C. S.

Aspetti clinico-radiologici dell'ascesso del polmone.

I fattori etiopatogenetici più diversi (influenza, operazioni dentarie, operazioni sulle amigdale, ecc.) devono avere la loro parte predominante sul determinismo dei vari tipi anatomoclinici degli ascessi del polmone.

Lucherini (« Policlinico Sez. Medica », n. 9, 1938, Roma) sulla scorta di alcune sue osservazioni mette in evidenza le difficoltà diagnostiche che a volte si incontrano nella pratica, e dimostra come sotto la diagnosi di ascesso del polmone si possano nascondere altri processi morbosi. La linfogranolomatosi polmonare può determinare la formazione di focolai cavitari simulanti la tubercolosi polmonare e la stessa tbc. polmonare può trovarsi associata all'ascesso del polmone.

Altra malattia che può simulare un ascesso del polmone è la cisti idatidea. Difficoltà diagnostiche notevoli si possono incontrare nella differenziazione di un tumore maligno con sfacimento centrale dall'ascesso polmonare.

L'A. espone a tal proposito alcuni criteri differenziali di ordine radiologico e mette in evidenza la necessità dell'esame radiologico eseguito nelle varie proiezioni per l'accertamento clinico dell'ascesso del polmone.

C. S.

Di alcune recenti ricerche sulle variazioni che presenterebbero taluni caratteri secondo il numero dei figli della famiglia.

Negli ultimi anni sono state pubblicate delle ricerche intese a studiare la frequenza della variazione di certi caratteri in rapporto al numero dei figli, che hanno una grande importanza per l'eugenica.

Da uno studio di Wagner-Manslau riportato da Gini (« Genus », maggio 1938, Roma), condotto su famiglie nobili della Germania è risultato che il numero medio dei figli va diminuendo, e che nello stesso tempo si rivelano differenze caratteristiche secondo le varie categorie nobiliari. I matrimoni contratti con donne di rango inferiore a quello dello sposo hanno minor numero di figli di quelli contratti tra sposi appartenenti allo stesso rango, e si comprende che matrimoni contratti con donne appartenenti a famiglie poco numerose e, in conseguenza, con doti più ricche avrebbero per effetto una decadenza della fecondità.

Secondo una inchiesta del Caradoj Iones fra le famiglie più numerose un figlio ha maggiore probabilità di essere deficiente, cieco, sordo,

epilettico o di presentare altri difetti fisici congeniti od acquisiti. Tali conclusioni non sembrano esatte al Gini, il quale criticando e diversamente valutando i dati arriva a conclusioni opposte.

Secondo le ricerche di Cattel e di altri gli individui normali più intelligenti presenterebbero una riproduttività minore, ma questi risultati non concordano con quelli di altri autori. In ogni modo non ne segue, come riteneva Cattel, che si verifichi un declino della intelligenza nelle successive generazioni.

C. S.

#### Lo stato attuale dell'elettroencefalografia.

Per correnti cerebrali s'intendono soltanto quelle manifestazioni elettriche registrabili portando a contatto più o meno mediato del cervello due elettrodi che, mediante conduttori metallici, siano connessi direttamente o per interposti amplificatori col sistema di registrazione.

Giorcelli (« Forze Sanitarie », n. 16, Roma, 1938) insiste su questa precisazione perchè troppo spesso si è fatta confusione fra radiazioni cerebrali e correnti cerebrali.

Mettendoci nelle migliori condizioni di ricerca è possibile ricavare elettroencefalogrammi tipici fatti di onde dette « alfa » e « beta ». L'insieme di onde, definito dal nome dello scopritore « Ritmo di Berger » è molto labile.

Nei soggetti schizofrenici le onde alfa sono in genere più basse ed irregolari spesso anche mancanti rispetto ai soggetti ciclotimici.

Il ritmo di Berger è un buon indicatore della funzionalità cerebrale, a teca cranica chiusa, perchè manca in corrispondenza dei tumori e si modifica nei diversi stati patologici e fisiologici del cervello.

C'è chi confida che lo studio elettroencefalografico, per quanto di difficile applicazione, possa assumere la stessa importanza che è venuta assumendo l'elettrocardiografia.

Allo stato attuale lo studio non è uscito però ancora dalla fase sperimentale.

C. S.

#### Patologia e clinica dei seni sfenoidali.

Questa Relazione presentata al XXXIV Congresso della Soc. Italiana di otorinolaringoiatria nel settembre us. costituisce una ottima monografia aggiornata sopra questo argomento i cui progressi durante l'ultimo ventennio sono stati notevolissimi.

Tale lavoro eseguito in collaborazione dei proff. Bombelli, Livierato e Bronzini dimostra

anche il notevole contributo dato dagli autori italiani alla patologia di questo capitolo della specialità ed alla sua chirurgia. L'indole della nostra Rivista non ci permette di esporre il riassunto dei singoli capitoli la cui lettura sarà utilissima ai rinoiatri per mantenersi al corrente di quanto è stato fatto recentemente in tale campo in Italia ed all'Estero.

St.

#### L'assistenza medico legale dei lavoratori in Italia.

Il Patronato Nazionale per l'Assistenza Sociale, pubblica nella collezione di Studi questa importante monografia nella quale viene fatta la storia di questa forma di assistenza seguendo nello sviluppo nel Regime Fascista e riportando le realizzazioni attuate dal Patronato Nazionale.

Quanti si occupano di sociologia e di assistenza troveranno qui in sintesi riferita l'opera del Patronato dal 1926 ad oggi. Il testo è tratto in gran parte dal pregevole studio dell'on. Landi pubblicato lo scorso anno e dagli Atti ufficiali del Patronato stesso.

Una tabella statistica dimostra l'attività svolta e le prestazioni svolte dal 1926 al 1937. L'ultima parte riferisce il testo degli ordini del giorno votati circa varie questioni nel convegno dei dirigenti del Patronato tenuto nel luglio dello scorso anno.

St.

#### PUBBLICAZIONI RICEVUTE

GERIN, *Introduzione alla relazione « Radiologia e Medicina Legale » del XIII Congresso di Radiologia Medica.* — Alessandro Cressato, Ed., Bari.

L'A. ricorda che dal giorno in cui il Busi diede alla stampa un programma di collaborazione scientifica e pratica fra medici legali e radiologi, nuovi orizzonti si sono schiusi alla radiologia e alla medicina legale. In questo fervore di attività scientifica e pratica l'incontro fra la radiologia e la medicina assicurativa fu come doveva essere assai pronto e coronato da risultati assai lusinghieri. Più modeste furono le applicazioni della radiologia alle altre branche della medicina legale; mentre molti vantaggi si potranno ottenere da una più larga estensione di tali applicazioni alla traumatologia forense, al controllo dei processi morbosi post-traumatici, all'identificazione personale, ecc.

L'A. si intrattiene quindi sulla responsabilità professionale del radiologo.

PEGREFFI, *Contributo allo studio della rigenerazione delle fibrocellule muscolari e delle fibre elastiche vasali.* — Estr. da « Archivio Italiano di Chirurgia », fasc. III, 1933, Bologna.

Dall'insieme degli esperimenti condotti dall'A. si può concludere che è possibile una rigenerazione talora completa delle fibro-cellule muscolari e delle fibre elastiche dei vasi arteriosi.

ID., *La malattia di Reclus può considerarsi come lo stadio di diffusione del fibro-adenoma cistico della mammella?* — Estr. da « Lo Ospedale Maggiore », n. 8, 1932, Milano.

L'A. conclude che non vi è delimitazione possibile fra fibro-adenoma cistico e malattia cistica della mammella.

ID., *Influenza della vitamina E sulla guarigione delle ferite cutanee.* — Estr. da « Patologica », 1935.

Dall'insieme delle ricerche eseguite dall'A. scaturisce il dato di fatto che anche la vitamina E esercita una influenza notevole sui processi di riparazione dei tessuti cutanei nel senso che una dieta deficiente di vitamina E provoca un ritardo nei fenomeni rigenerativi.

ID., *Sui rapporti fra tubercolosi e lesioni locali allergiche.* — Estr. da « Rivista di Patologia sperimentale », 1933, n. 3-4, Napoli.

L'A. nelle sue ricerche ha constatato che un processo allergico locale non riesce mai a provocare la localizzazione bacillare nel punto lesio.

ID., *Su di un raro caso di strappamento dell'avambraccio.* — Estr. dal « Policlinico », Sez. pratica, 1930, Roma.

ID., *Di un caso di lussazione talo-crurale senza frattura.* — Estr. da « Riforma medica », n. 25, 1934, Napoli.

PEGREFFI e SEVERI, *Sul potere anafilattico della glicocolle.* — Estr. da « Biochimica e Terapia sperimentale », 1933, Milano.

PEGREFFI, *Di un raro caso di sarcoma dell'aluca.* — Estr. dal « Policlinico », Sez. pratica, 1933, Roma.

## Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari

Dr. Zagari Luigi, Budrio (Bologna).

Dr. Lenzi Giuseppe, Castello di Serravalle (Bologna).

Dr. Tabellini Roberto, Vado Monzuno (Bologna).

Dr. Bianchi Silvio, Breno (Brescia).

Dr. Bonavita Luigi, Gavignao (Frosinone).

Dr. Giovinazzi Francesco, Isoletta (Frosinone).

Dr. Sterlich Renato, Valmontone (Frosinone).

Dr. Baldrati Michele, Bondeno (Ferrara).

Dr. Botto Pietro, Quarona Sesia (Biella).

Dr. Sasia Pietro, Rossana (Cuneo).

Dr. Rossi Francesco, Ghiffa (Novara).

Dr. Scolari Edoardo, Romagnano Sesia (Novara).

Dr. Drago Mario, Sillavengo (Novara).

Dr. Molteni Bruno, Broni (Pavia).

Dr. Moretti Pietro, Costa dei Nobili (Pavia).

Dr. Cristini Ottorino, Lentiai (Belluno).

Dr. D'Onofrio Luigi, Forchia (Benevento).

Dr. Leone Adolfo, S. Giorgio Albanese (Cosenza).

Dr. Beretta Carlo, Corsico (Legnano).

Dr. Cavelli Ottavio, Sassello (Savona).

Dr. Marchetti Raffaele, Farra di Soligo (Treviso).

Dr. Martini Giuseppe, Fontanafredda (Udine).

Il 29 ottobre u. s. è deceduto improvvisamente a Roma il Gr. Uff. Dott. TULLIO RUBINI Vice Direttore Generale *ad hororem* dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni. Egli fu per molti anni capo del Servizio Personale e successivamente Agente Generale di Torino.

Quanti lo conobbero ne apprezzarono le notevoli qualità di mente e di cuore.

All'età di 57 anni è mancato il Dottor ESCHILO DELLA SETA autore dei volumi « Vivere Sani » e « Cuore sano e Cuore infermo » editi dall'I. N. A.

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

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile.

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