

L' ASSISTENZA S A N I T A R I A

BIMESTRALE DI MEDICINA PREVENTIVA
E DELLE ASSICURAZIONI VITA

Direttore: Prof. Dr. ILARIO ROMANELLI

A N N O V I I I

1939 - (XVII-XVIII E. F.)

DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE - VIA SALLUSTIANA, 51

Redattore Capo: Dott. ALBERTO STARNA

EDITO A CURA DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI — ROMA



Corporate Heritage
& Historical Archive



INDICE ALFABETICO PER MATERIA

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

A

- Abitazione — ..., 238.
Abitudini — ... e uomini d'abitudine, 327.
Aborto — ... ormonico ed errori medico-peritali, 319.
Addominale — *Sindrome ... acuta*, 159.
Adenoidea — *Cuore e sindrome ...*, 154.
Adenopatie — ... cervicali e tubercolosi polmonare. *L'importanza delle vie linfatiche cervicali nella patogenesi della tubercolosi polmonare*, 58.
Adie — *La sindrome di ...*, 318.
Adiposo-genitale — *Sindrome ... da idrocefalo interno*, 239.
Affaticamento muscolare — *L'indice di bromo ed il rapporto fosforo-urea nell' ...*, 212.
Africa Orientale Italiana — *Acclimatazione, lavoro ed alimentazione nell' ...*, 303.
Albanesi — *Gli ... come razza*, 262.
Albuminuria — ... solaris, 261.
Alfadinitrofenolo — *Sulle modificazioni ematiche prodotte dall' ...*, 79.
Alimenti — *Orrore per gli ...*, 92.
Allergia cutanea — *Sull' ... nell'infezione gonococcica*, 78.
Ambidestrisimo — ..., 211.
Anamnestiche — *Sulla raccolta delle notizie... in medicina A. V. (FIANDACA)*, 60.
Anemia perniciosa — ... e diabete mellito, 238.
Aneurismi — *Sulla sintomatologia degli ... dell'arteria anonima*, 239.
Angina-pectoris — *L'etiologia dell' ...*, 370.
Anserina — *L'andatura ...*, 173.
Antigas — *Contributo allo studio della protezione collettiva ...*, 355.
Antipatologico — *Creare l'uomo ...*, 147.
Antirabico — *Relazione sull'attività dell'Istituto ... di Firenze dal 1924 al 36*, 79.
Antitubercolare — *Lotta ... in Italia*, 401.
Antiuriche — *Vantaggi e pericoli delle cure idrotermali ...*, 158.
Antropologia — *L'insegnamento dell' ...*, 260.

- Antropometria** — Il rapporto tra ... e resistenza vitale (SECHER), 331.
- Appetito** — A che cosa è dovuta la mancanza di ..., 381.
- Arancia** — L' ... (STARNA), 5.
- Ascorbico** — L'acido ... (Vitamina C) e il suo comportamento nell'uva e nel vino, 212.
- Asma** — Sulle lesioni anatomiche prodotte dall' ... bronchiale, 79.
— ... bronchiale e ventricolo sinistro, 239.
- Assicurazione** — ..., 238.
— ... infortuni sul lavoro in agricoltura, 79.
- Assicurazioni popolari** — Per una più economica e semplice amministrazione delle ..., 320.
- Assistenza** — Integrazione dell' ... estiva ai bambini mediante l'assistenza invernale, 159.
— In tema di coordinamento dell' ..., 212.
— L' ... sanitaria mutualistica nei suoi aspetti tecnici e morali, 235.
- Atetosi** — Sopra un caso di ... doppia progressiva, 239.
- Atti dell'I.N.A.** — Un nuovo volume degli ..., 315.
- Attività sanitaria** — ... dell'I.N.F.P.S., 158.
- Aviazione** — Alcune caratteristiche di morbidità nel personale di ruolo dell' ... italiana, 147.
- Avvelena** — Ognuno si ... a suo modo, 92.
- Azotemico** — Il polmone ..., 156.
- Azotemie** — Le ... extra renali nei nervosi, 237.
- Azoto** — Variazione dell' ... solubile e delle sue frazioni in condizioni fisiologiche, 59.

B

- Bacillo di Koch** — Ricerche sulla filtrabilità del ..., 239.
- Bambini** — E' pericoloso baciare i ... ?, 381.
- Bellezza** — Operazioni per la ..., 253.
- Bilharziosi** — La ... vescicale nel Fezzan, 355.
- Bilirubina** — Il dosaggio della ... nei liquidi dell'organismo col diazoreagente di Daddi, 239.
- Bilirubinemia** — Ricerche sulla ..., 424.
- Biotipologici** — Profili ... di alcuni lavoratori agricoli e brevi considerazioni sopra la strumentazione razionale agricola, 356.
- Blefaroplastiche** — Le ..., 211.
- Blocco di branca** — La prognosi del ... (SIBILIA e D'ALONZO), 188.
- Bonifica umana** — L'Istituto di ... a Roma, 13.
- Broncografica** — La tecnica ..., 400.
- Brucellosi** — La vaccino-terapia endovenosa delle ..., 79.
- Buoni gratuiti** — Distribuzione, utilizzazione dei ... di visita medica periodica dell'I.N.A., 328.

C

- Caffè e caffeinismo* — *Un problema d'igiene sociale: ...*, 357.
- *Per sostituire il .. ed il the*, 329.
- Calcolosi urinaria* — *Risultati lontani della chirurgia per ...*, 146.
- Calore* — *Il ... disturba i bambini*, 11.
- Cancro* — *Il ... in Svizzera*, 14.
- *Il decorso della mortalità per ... in Svizzera*, 73.
- *dello stomaco* — *Considerazioni su 150 operati per ...*, 210.
- *Eredità nel ...*, 317.
- *del polmone* — *Frequenza del ... negli Stati Uniti*, 317.
- *uterino* — *Profilassi e diagnosi precoce del ...*, 402.
- *Atti della settimana Internazionale contro il ...*, 423.
- Capricciosi* — *I fanciulli ...*, 253.
- Carburanti* — *La tossicità dei ... e dei gas di scappamento degli automezzi, ecc.*, 213.
- Cardiaca* — *L'esame della funzionalità ...*, 356.
- *La valutazione dell'efficienza ... nei cardiopatici sottoposti alle cure termali*, 211.
- Cardiaci* — *Consigli ai ...*, 380.
- Cardialgie* — *Diagnosi e prognosi delle ... di natura anginosa*, 74.
- Cardiologia* — *Alcune credenze fallaci in ...*, 156.
- Cardiopatici* — *Il sesso nella valutazione prognostica assicurativa dei ... (FIANDACA)*, 342.
- *Calcemia e potassiemia nei ... sotto lo stimolo del sistema neuro-vegetativo*, 237.
- *Rapporto creatina-creatinina nei ... scompensati, ecc.*, 237.
- *Ricambio dei corpi creatinici nei ... scompensati, ecc.*, 237.
- Cardiopatie* — *... ed affezioni cardiovascolari (SECHER)*, 118.
- Cardiopazienti* — *Funzionalità gastrica nei ...*, 237.
- Cardiovascolare* — *Come si orienta un medico fiduciario sulle condizioni del sistema ...*, 355.
- Carie* — *La ... dentaria*, 330.
- Cartella bio-clinico-radiologica individuale* — *Sulla importanza della ...*, 401.
- Casa* — *La ... e il problema demografico*, 78.
- *... rurale o borgata rurale?*, 210.
- Casetta* — *La ... eugenica*, 402.
- Casse Mutue* — *Gli Atti del I Convegno Naz. dei Capi Servizi Sanitari delle ... lavoratori dell'Industria*, 234.
- Cataratta* — *Disturbi iniziali della ... senile (VELE)*, 324.
- *La ...*, 381.
- Causalità* — *Dell'interpretazione del nesso di ... in medicina legale infortunistica*, 78.
- Cause* — *Sulle ... di malattia*, 327.
- Cefalea* — *... e cacao*, 96.

- Centenari* — *Uno studio sui ...*, 14.
- Centri Sanitari* — *L'attività dei nostri ...*, 176, 177.
- Cheratite* — *Per la prevenzione della ... nei mietitori*, 262.
- Chetosi* — *Contributo allo studio delle ... ipofisarie*, 147.
- Circolazione* — *Pericolo crescente: la ...*, 147.
- Cisticercosi* — *... e pseudocisticercosi luetiche*, 146.
- Clima* — *Il ...*, 11.
- Climatoterapiche* — *Le risorse ... della Sicilia*, 236.
- Colonie solari* — *L'organizzazione delle ...*, 159.
- Comitato Medico Consultivo* — *Riunione del ... e dei medici di assicurazione*, 12.
- *La sessione invernale del ...*, 93.
- *Atti del ...*, 372.
- *Seconda riunione dell'anno XVII del ...*, 255.
- Contratti sinistrati* — *Capitali dei ... per morte esaminati dal Servizio Sanitario nell'anno 1938*, 176.
- Convalescenziari* — *I ... dei lavoratori*, 79.
- Coronarica* — *L'insufficienza ...*, 155.
- Coronariti* — *Le ... in clinica*, 239.
- *Aspetti clinici delle ...*, 239.
- Correlazioni** — **Saggio sulle ... tra il perimetro del collo ed altri caratteri antropometrici in un gruppo di 500 soggetti maschi veneti (VICENTINI)**, 393.
- Coscienza* — *Per una più alta ... sanitaria dei lavoratori*, 59.
- Cosmetica* — *... della pelle*, 173.
- *... e alimentazione*, 173.
- Costituzionale* — *Ricerche sulla valutazione ... militare con i due quozienti biometrici del Pende*, 210.
- Costituzione** — **Cause di morte e ... (CIATTI)**, 134, 205.
- *... e concausa nei confronti delle assicurazioni individuali*, 146.
- **Razza e ... (CIATTI)**, 221.
- Crampi* — *... e dolori muscolari*, 172.
- *... professionali*, 253.
- Cuore** — **Ipertrofia idiopatica del ... in A. V. (CLAUSI SCHETTINI)**, 15.
- *Riconoscimento profilattico delle malattie di ... nell'infanzia*, 236.
- *Considerazioni su 500 casi di vizio organico di ...*, 237.
- *Il ... degli sportivi*, 383.
- *Le malattie di ... quale pericolo sociale dal punto di vista pediatrico*, 400.

D

- Demografia* — *... in Italia*, 236.
- Denaro* — *... in mano ai bambini*, 253.
- Denti* — *I ... e la salute*, 11.
- Dermatosi* — *... uratiche*, 147.
- Diabete* — *Ricambio proteico e proteinasi ematiche nel ... pancreatico*, 239.

- *La dieta uvale in malati di ... mellito*, 402.
- Diabetici* — *I criteri clinici di valutazione della capacità lavorativa dei ...*, 233.
- Diaframmatica* — *Sopra alcuni particolari aspetti dell'ombra ... non aventi significato patologico* (RICCIOTTI), 148.
- Dietetici* — *Problemi ... nella pratica assistenziale*, 212.
- Digerite* — ... meglio, 380.
- Digestione* — *Cenni sulle condizioni degli organi della ... nella Assicurazione Vita*, 355.
- Dimagranti* — *I danni di certe cure ...*, 96.
- Distrofia* — *Su di una strana associazione di ... tipo Cusching e tubercolosi polmonare*, 357.
- Dormire* — *Si deve ... in inverno a finestra aperta?*, 11.
- Dormite* — *Mentre voi ... il vostro organismo veglia*, 92.
- Droghe medicinali* — *L'autarchia per le ... ottenuta con il contributo dell'Impero*, 14.
- Duodeno-digiunale* — *Su di un fattore iperglicemizzante ...*, 213.
- Durata della vita* — *La ... nei vogatori*, 383.
- Durata media* — *La ... dell'esistenza umana*, 13.

E

- Edilizia* — ... scolastica, 59.
- Elettrocardiografia* — *Precisazione sul valore dell' ... per la diagnosi di insufficienza coronarica*, 239.
- Elettrocardiogramma* — *Le modificazioni dell' ... dopo prova di sforzo nella diagnosi dell'angina di petto*, 320.
- *L' ... e la sua importanza pratica nella diagnostica delle malattie del miocardio*, 357.
- *Le modificazioni dell' ... dopo prova di sforzo nella diagnosi dell'angina di petto*, 400.
- Ematologia* — ... forense, 158.
- Ematoma* — ... sottodurale traumatico a sindrome psichica, 159.
- ... sottodurale traumatico, 159, 160.
- Ematuria* — *Per la diagnosi di ...* (BIASIOTTI), 214.
- Emeralopia* — ... per carenza di Vitamina A, 302.
- Emoglicolisi* — *Sul comportamento della ... nella avitaminosi B*, 302.
- Endotelioma* — *Contribuzione allo studio dell' ... primario della pleura*, 372.
- Enfisema* — *L' ... sottocutaneo traumatico generalizzato ed un nuovo trattamento di elezione*, 303.
- Enterite* — ... del Tacazzè, 158.
- Epatonefrosi* — ... acuta da avvelenamento da apiolo a scopo abortivo, 213.
- Epididimiti* — *Sulle ... non specifiche*, 402.
- Epilessia* — *L' ... nella legge invalidità*, 423.
- Epitelioma* — ... gastrico, 230.
- Equilibrio* — ... e movimenti di equilibrio, 146.

- Ereditarietà* — *La dottrina dell' ... base biologica del razzismo*, 58.
- Eritema nodoso* — *Su di un caso di ...*, 400.
- Eritrosedimentazione* — *La velocità dell' ... nelle cardiopatie valvolari croniche*, 154.
- Ernia* — *Riflessi sociali ed assicurativi dell' ...*, 210.
- Esaurimento* — *L' ... nervoso*, 327.
- Esercizi* — *Gli ... corporei della donna*, 327.
- Esercizio fisico* — *I benefici dell' ...* (MARCHESI), 87.
- Esercizio* — *... dei giovani*, 173.
- Estate* — *Dove passare l' ... ?*, 11.
- *Un pregio dell' ...* (MARCHESI), 242.
- Età biologica* — *Il laboratorio nella determinazione dell' ...* (BIASIOTTI), 407.

F

- Febbre ondulante* — *Sulla terapia antipiretica della ...*, 236.
- Fenoltaleina* — *La prova della ... nelle ipertonie e nelle nefropatie bilaterali*, 234.
- Fibrocellule muscolari* — *Contributo allo studio della rigenerazione delle ... e delle fibre elastiche vasali*, 160.
- Fiduciario* — *Il medico ... e l'antiselezione nell'assicurazione sulla vita*, 301.
- Flaiani-Basedow* — *Le alterazioni dell'apparato cardio-vascolare nel morbo di ...*, 155.
- Forestale* — *Il diradamento ...*, 254.
- Fosforo* — *Microdeterminazione del ... (inorganico, acido solubile lipidico totale) nel sangue e negli escreti*, 239.
- *Il ... ematico negli adulti normali*, 240.
- *Il ... negli essudati e nei trasudati*, 240.
- Freddo* — *Malattie da ... ? No, malattie da raffreddamento*, 380.
- Frutta* — *... e legumi nella dieta umana*, 96.
- *L'azione curativa delle ...*, 254.
- Fungo* — *Il ... giapponese*, 254.

G

- Gastrectomia* — *Il peso corporeo dopo la ... per ulcera*, 75.
- Geloni* — *Come si curano i ...*, 380.
- Giardiasi* — *La ... delle vie biliari*, 80.
- GIL* — *Per la difesa sanitaria degli iscritti alla ...*, 13.
- Glandole a secrezione interna* — *Alterazioni istologiche nelle ... per effetto della accelerazione centrifuga*, 401.
- Glicemia* — *I metodi per la determinazione della ... da preferirsi nella pratica dell'A. V.* (BIASIOTTI), 359.
- *Comportamento della ... nei diabetici dopo stimolazione del pancreas*, 237.
- *Ricerche sulla ... nella prima infanzia*, 424.

- Glicosuria* — *Contributo sperimentale sul meccanismo della ... florizina*, 158.
- Glucosio* — *Sopra l'azione antichetogena del ...*, 401.
- Glutatione* — *... e febbre*, 79.
- *Ricerche sul ... ematico nelle leucemie*, 80.
- *Le variazioni del ... nell'asfissia locale provocata con la stasi e l'ischemia degli arti inferiori*, 80.
- Glutationemia* — *Ricerche cliniche e sperimentali sui rapporti tra ... e glicemia*, 80.
- Gotta* — *La dieta apurinica nella ...*, 358.
- Gozzismo* — *Inchiesta sul ... in Valtellina*, 79.
- Granulie polmonari croniche* — *Sulla diagnosi differenziale delle ... (considerazioni radiologiche ed anatomiche)*, 211.

I

- Ide* — *La nuova reazione colorata di ... per la diagnosi di sifilide* (BIASIOTTI), 42.
- *La reazione di ... nella diagnosi sierologica della sifilide*. (BIASIOTTI), 97.
- Igiene* — *... della mente e dello spirito nell'indirizzo sociale della medicina*, 211.
- *Coloniale* — *Note d' ...* (CICU), 90.
- Influenza* — *L' ...* (CONFORTO), 2.
- *Verso la vaccinazione specifica dell' ... epidemica*, 147.
- Infortuni* — *Risultato del I° anno di applicazione della nuova legge ...*, 58.
- *Sull'organizzazione di gare concernenti la prevenzione degli ... nelle grandi aziende*, 147.
- *La prevenzione degli ... agricoltori*, 210.
- *Autocinema sonori e prevenzione degli ... agricoltori*, 382.
- Insonnia* — *La ... può essere provocata dal vostro intestino*, 254.
- *Soffrite di ...?*, 381.
- Insulina* — *L'azione dell' ... sulla pressione arteriosa nei diabetici*, 237.
- *Curva glicemica da ... inibendo o eccitando farmacologicamente il sistema neuro-vegetativo*, 238.
- Insulina* — *Sulle cause della scarsa azione ipoglicemizzante del sangue di animali trattati con forti dosi di ...*, 302.
- Insuline* — *Le ... ad azione ritardata*, 357.
- Insulinica* — *Azione della terapia ... sull'apparato genitale femminile*, 424.
- Intestino* — *Il calore minaccia l'...*, 172.
- Intossicato* — *... dalla città*, 173.
- Invalidità* — *Concorso di ... nella nuova legge infortuni*, 356.
- *I problemi medico-legali dell'assicurazione ...*, 372.
- *La pensione ... e vecchiaia a tutti i cittadini in Finlandia*, 236.
- Iperalimentazione* — *Sulla dieta di ... dei tubercolosi spedalizzati*, 372.
- Ipertensione* — *... (SECHER)*, 180.

- Ipertensione* — *L' ... endocranica negli ipertesi arteriosi*, 370.
 — *... da stimolo del vago centrale e farmaci orto e parasimpaticotonici*, 356.
Ipertensione arteriosa — *L'indagine radiologica del cuore e dell'aorta nell' ...*
 (RICCIOTTI), 304.
 — *L' ... essenziale nell'assicurazione invalidità*, 419.
Ipertensione intracranica — *Su due casi di ... acuta secondaria ad otopatia*, 303.
Ipertesi — *Azione dell'insulina da sola e con sostanze ad azione similare sulla*
pressione sanguigna negli ..., 238.
Ipertesi renali — *Uricemia ed uricuria negli ... Il carico di acido urico come*
prova funzionale per il rene, 213.
Isteria — *La grande simulatrice: la ...*, 92.

J

- Juta* — *Sull'azione farmacologica della ...*, 159.

K

- Koch* — *Ricerche sulla filtrabilità del bacillo di ...*, 239.

L

- Lassativa* — *Piante ad azione ...*, 380.
Lattanti — *Ginnastica dei ...*, 173, 381.
Lavoro — *Il ... nell'autarchia*, 147.
 — *..., fatica e strapazzo (DI LILLO)*, 308.
Legumi — *Frutta e ... nella dieta umana*, 96.
 — *Il valore nutritivo dei ...*, 381.
Leishmaniosi — *Come prevenire le ... (FIANDACA)*, 6.
Lesioni chimiche — *Insegnamento delle... di guerra nelle Università*, 14.
Leucemia — *... eosinofila*, 80.
 — *La durata della vita nella ...*, 75.
Linfadenosi — *Su di un interessante caso di ... aleucemica*, 401.
Lotta — *L'importanza della ... negli esercizi corporei dell'uomo*, 381.
Luetica — *Particolare manifestazione iniziale ... a localizzazione unicamente*
polmonare, 372.

M

- Malarici* — *Recuperabilità militare dei ... e terapia splenocontrattile*, 303.
Malati — *La cura in casa dei ...*, 381.
Malattie — *Le ... che non si vedono ma che si intuiscono*, 381.
Malattie infettive — *La difesa dell'esercito in guerra contro le ...*, 402.

- Malattie interne — Trattamento delle ... secondo il principio degli esercizi, 381.*
— Le ... venereo-sifilitiche nella Marina da guerra italiana dal 1873 al 1938, ecc., 301.
Malta — La terapia delle febbri di ... con la maretina, 159.
Maratona — Come si vince la ..., 327.
Massaggio — Il ..., 381.
Massaie — Le ... rurali nella lotta contro le sanzioni, 159.
Maternità — Il rifiuto della ..., 92.
Matrimonio — ... ed esame prematrimoniale, 96.
Medicina assicurativa — Problemi di ..., 78.
— Convegno di ... all'Università di Lipsia, 94.
Medicina del lavoro — Assistenza fascista nel campo della ..., 355.
Medicina di A. V. — Il II Congresso Nazionale di ..., 93, 174.
— Congresso Internazionale di ..., 94.
Medicina legale — La ... dei delitti contro la integrità e la sanità della stirpe, 77.
— La ... nella legislazione assicurativa e previdenziale italiana, 319.
Medico-legale — Il giudizio prognostico ..., 77.
— L'assistenza ... dei lavoratori in Italia, 78.
Medico legali — Considerazioni ... sulla relazione della malattia causa di morte nell'A. V. (STARNA), 137.
Melitense — Sull'azione della tossina ... Azione sul sistema nervoso e sul sangue, 237.
Membrana polmonare — Lo stato funzionale della ... studiata per mezzo della crioscopia dell'espettorato, 159.
Meningite — Sulla ... tubercolare post-traumatica sperimentale, 147.
Mentali — Le malattie ... negli Stati Uniti, 262.
Mestiere — La scelta del ... e della professione alla luce delle qualità fisico-psichiche individuali, 213.
Metabolismo — Contributo allo studio del ... azotato durante i processi di ricostruzione, 357.
Metalur — Profilassi della ..., 59.
Microcitockol — Prime esperienze su di un nuovo metodo colorato di ... (CURIONE), 116.
Miele — I pregi del ... (CLAUSI), 376.
Miocardio — La prognosi delle affezioni del ..., 74.
Miopia — La ... difetto o adattamento?, 11.
Missione — La grande ..., 357.
Morbo di Buerger — Concetti e limiti di invalidità per ... (MANOZZI), 48.
Mortalità — ... generale nel Regno, 96.
— Variazioni stagionali della ... secondo le cause di morte, 329.
— ... per malattie dell'apparato circolatorio in Italia, 179.
— ... per diabete in Italia, 357.
Morte improvvisa — Contributo allo studio della ... o rapida, 317.
Mosche — ... ed infezioni, 358.
Mutualistica — L'assistenza sanitaria ... nei suoi aspetti tecnici e morali, 235.

- Mutualità — Tappa della ... Il nuovo statuto tipo*, 211.
Mutue — Le ... malattie per i lavoratori dell'industria nel nuovo ordinamento, 357.
 — *La collaborazione tra l'I.N.A. e le ... di malattia*, 303.

N

- Naso — Il sangue dal ...*, 327.
Natalità — ... nei comuni capoluogo di Provincia, 18.
 — *... in Italia, Germania e Francia*, 14.
 — *... nel Regno*, 96.
Natalità e mortalità — Andamento statistico della ... in Grecia (BASILIADES), 152.
Nefropatie — Sul comportamento dello zolfo e del glutatione ematico nelle ..., 79.
 — *Azione di alcune diete sulle ... gravidiche*, 383.
Nervosi — Disturbi ... o disturbi ghiandolari?, 11.
Nevralgia — ... essenziale del trigemino e novarsenobenzolo, 424.
Nylander — Un semplice metodo per aumentare la sensibilità della prova di ..., 76.
Norma di vita — Perchè ognuno abbia una ..., 327.
Notiziario — ... dell'Amministrazione sanitaria del Regno (1938), 157, 423.
Nuzialità — ... nel Regno, 96.

O

- Obesità — Influenza della ... sulla durata della vita*, 330.
Occhiali — Ancora in tema di ... di protezione, 402.
Oculistici — Osservazioni statistiche intorno a 6000 esami ... praticati su operai di Torino, 358.
Olio — Sull'azione dell' ... di lino cotto, 159.
Olive — Le ... da tavola (STARNA), 322.
Oncogenesi — Radiobiologia del terreno nella ..., 231.
Orientamento professionale — L' ... a tipo selettivo dei fanciulli minorati quale mezzo di prevenzione di precoce invalidità, 211.
Ormoni — La posizione degli ... sessuali di fronte al problema del cancro, 59.
 — *Rapporti chimici e biologici tra ... sessuali ed idrocarburi cancerogeni*, 303.
Ormonico — Qual'è il vostro tipo ..., 254.
Ospedale — ... Italiano di Tunisi, 320.
Ossalemia — ... e malattie articolari croniche, 79.
 — *Ricerche sull'influenza dell'apporto esogeno di acido ossalico sulla ... dei conigli*, 80.
Ossalico — Il ricambio dell'acido ... nell'uremia, 80.
 — *Ricambio dell'acido ... e malattie articolari*, 79.
Otorinolaringoiatria — Traumatologia medico-legale ed infortunistica in ..., 318.
Ozono — Un gas meraviglioso: l' ..., 254.

P

- Pane* — Il ... e la razza, 58.
 — Il ... arreca forza, 327.
- Papilla da stasi* — Sulla assenza della ... nei tumori cerebrali, 80.
- Paralisi del facciale* — Come si stabilisce la ..., 381.
- Parkinsonismo* — Risultati terapeutici nel ... postencefalitico, 424.
- Pb tetraetile* — ... intossicazione da ..., 239.
- Pelle* — La ... in estate (CLAUSI SCHETTINI), 166.
- Periodici medici* — Elenchi aggiornati dei ... italiani, 14.
- Perivisceriti* — Le ... croniche plastiche primitive giovanili, 210.
- Perizie* — Esame delle ..., 78.
- Pesca* — La ... oceanica e l'autarchia, 58.
- Pesce* — La misura della freschezza del ..., 179.
- Petroff* — Importanza diagnostica del Terreno di ..., nelle malattie tubercolari, 372.
- Piedi* — La cura dei ..., 173.
- Plasma* — Sul dosaggio del potere fibrinolitico del ..., 239.
- Plastica* — Considerazioni su alcuni casi di chirurgia ..., 211.
- Pleuriti* — Le ... controlaterali in caso di Pnx artificiali, 319.
- Pleurocorticaliti* — Le ..., 158.
- Pneumoconiosi* — Sulle ... e sulla silicosi in modo particolare, 401.
- Pneumoencefalo* — Su di un caso di ... traumatico, 159.
- Pneumoperitoneo* — ... terapeutico, 372.
- Pneumotorace* — ... spontaneo con pleurite essudativa specifica (BAFFA), 295.
 — ... da sifilide gommosa del polmone, 239.
- Poliglobulie* — Le ... degli arteriopatici, 59.
- Polmonite* — ... traumatica e polmonite nei traumatizzati, 58.
- Polso* — Che dice il vostro ..., 10.
- Polveri* — Le ... nell'industria dei mulini, 330.
- Pressione arteriosa* — La ... e le sue alterazioni (SULTANO), 263.
 — Le modificazioni della ... in seguito a traumi del pancreas, 238.
 — Modificazione della ... in seguito ad iniezioni intra-parenchimali di soluzioni sclerosanti nel pancreas, 238.
 — Le modificazioni della ... in seguito a mutilazioni sperimentali del pancreas, 238.
 — Retinica — ... nei tumori intracranici, 418.
- Prestiti* — Somme concesse per ... senza interesse agli assicurati dell'I.N.A. per operazioni chirurgiche, 12.
- Prevenire* — ... le malattie, 212.
- Primavera* — Mali e cure di ... (CLAUSI SCHETTINI), 82.
 — La ..., 92.
 — Cure di ...; corpi ringiovaniti e coscienza appassita, 173.
- Psicotecnica* — Secondo corso di cultura in ... del lavoro, 95.
- Ptialo-reazione* — La ... di Zambrini in medicina interna, 237.

Ptosi renale — La ..., 77.

*Ptosi palpebrale — Contributo allo studio del trattamento chirurgico della ...
con particolare riguardo all'introduzione della tecnica di Nida*, 401.

Pulce — La ..., 92.

Q

Quadriplegia — Polinevritica fin dall'inizio di una cura con anastafilotossina, 401.

R

Rachide — Radiologia morfodinamica del ..., 356.

Radio Igea — La ..., 260.

Radiologia — La ... in medicina legale e nell'infortunistica, 77.

Radium — Il ... nel campo della chirurgia estetica, 211.

Raffreddamento — A proposito di malattie da ..., 11.

Raffreddore — Come si cura un ..., 327.

Ragazzi — Fuga di ..., 173.

Razza — La difesa della ... nella scuola, 213.

— *Il problema della ...*, 262.

— *Concorso per uno studio su « Il problema della ... e l'Africa Italiana »*, 95.

— *La ... dal punto di vista biologico*, 302.

Razzista — A un anno dal manifesto ..., 402.

*Reclus — La malattia di ... può considerarsi come lo stadio di diffusione del
fibroadenoma cistico della mammella*, 160.

Refezioni — Le ... scolastiche, 159.

Renale — Il potere proteolitico del plasma nell'insufficienza ..., 240.

— *Metodi semplici per constatare una insufficienza ...*, 76.

— *La funzione ... e le sue alterazioni (SULTANO)*, 385.

Rene — I traumatismi del ... dal punto di vista medico-legale, 212.

Responsabilità civile — Del fondamento giuridico della ..., 402.

Reumatica — L'infezione ... come causa di invalidità, 421.

Reumatiche — Riflessi sociali delle malattie ..., 212.

Reumatismo — Il ..., 11.

— *Il ... come malattia sociale e la necessità di una lotta antireumatica in
Italia*, 358.

Rischi tarati — Considerazioni sulle assicurazioni dei ..., 320.

*Roentgen-Chimografia — Moderne realizzazioni dell'indagine radiologica:
la ... (RICCIOTTI)*, 36.

S

Salute — Il collaudo della ..., 179.

Salvia — Una nuova droga ipoglicemizzante: La ..., 237.

Sanatoriale — Esiti a distanza della cura ..., 400.

- Sanatoriali* — *Statistiche sull'esito lontano delle cure ...*, 74.
- Sarcoma* — *Il ... primitivo dello stomaco*, 302.
- ... *su ferita di guerra*, 401.
- Sarcomi* — *I ... della mammella*, 356.
- Scheletro toracico* — *Considerazioni sull'indagine radiologica dello ... in medicina* A. V. (RICCIOTTI), 403.
- Sciatica* — *La ...*, 92.
- Sclerodermia* — *Contributo a favore dell'origine ovarica della ...*, 302.
- Scuole* — ... *di ieri e di oggi*, 212.
- Sedentari* — *Malati ...*, 262.
- Sederci* — *Impariamo a ...*, 92.
- Sedimentacione* — *La curva de la velocidad de ... en el Pronostico de la tuberculosis pulmonar*, 402.
- Selezione* — *Sulla ... medica nella pratica assicurativa*, 300.
- Semeiologia* — *Manuale di ... medica, fisica e funzionale*, 370.
- Semeiotico* — *Sommario ... clinico*, 212.
- Seno muliebre* — *Importanza del ... per la bonifica umana e l'ortogenesi della razza*, 212.
- Servizi sanitari* — *Collaborazione dei medici per il potenziamento dei ...*, 303.
- Sessuale* — *Energia ...*, 10.
- Sfortuna* — *La ...*, 172.
- Sforzo* — *Il comportamento allo ... del polso, del respiro, della pressione arteriosa, della velocità del circolo e della pressione venosa*, 146.
- Siero* — *Sulle proprietà del ... fresco (contributo alla conoscenza delle triptasi sieriche)* Nota I, II, III, IV, 240.
- Sieroterapia antidifterica*, 424.
- Sifilide** — **La nuova reazione colorata di Ide per la diagnosi di ...** (BIASIOTTI), 42
- *Contributo allo studio della ... polmonare*, 356.
- *Sui rapporti tra ... e tubercolosi polmonare*, 371.
- **Le sieroreazioni Lipaffini e la ...** SULTANO), 198.
- *Valore della reazione di Ide e di quella di Fukuda per la diagnosi della ...*, 318.
- *Sulle riattivazioni delle reazioni sierologiche nella ... con particolare riguardo al metodo di Raika*, 303.
- Sindromi polmonari* — *Alcune ... simulanti la tubercolosi*, 211.
- Sinistri* — *Confronto tra i ... verificatisi fra gli assicurati dell'I.N.A. nel quinquennio 1932-36 e 1937* (CIATTI), 399.
- Società Italiana per il progresso delle scienze* - XXVIII Riunione, 382.
- Sole* — *Pillole di ...*, 254.
- Solfato di rame* — *Avvelenamento da ... per via genitale*, 158.
- Somatici** — **Considerazioni su alcuni dati ... su gruppi di popolazione italiana** (CIATTI) 44.
- Sordo* — *Per far parlare il proprio bambino ...*, 11.
- Spettrale* — *Analisi ... nella diagnosi di alcune intossicazioni*, 59.

- Spinaci* — ... (ferro sotto forma di verdura), 381.
- Splenectomia* — Su di un caso di ... per voluminosa milza malarica torta sul peduncolo, 372.
- Spondilolistesi* — Contributo clinico allo studio della ..., 80.
- Sport* — Il compito dello ... nell'esercizio fisico dell'uomo, 173.
- Quali ... devono scegliere i tipi principali di costituzione, 327.
- La donna e lo ..., 330.
- Lo ... e la donna, 357.
- Fenomeni di adattamento durante lo ..., 384.
- Stanco* — Mi sento ..., 254.
- Statistica sanitaria* — ... anno 1938 Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti di Roma, 319.
- Statura* — ... media in Italia, 179.
- Suicidio* — Due rari casi di ..., 158.
- ... per ferite multiple da punta e taglio alla regione precordiale, 158.

T

- Tabacco* — La lotta contro il ..., 92.
- La tossicità del ... e la difesa della razza, 262.
- Takara-Ara* — Valore pratico della reazione di ... come metodo di indagine della funzionalità epatica nella prevenzione del Saturnismo, 59.
- Tavole finanziarie* — Nuovissime ... a cura del Centro Studi e addestramento dell'I.N.A., 78.
- Temperatura* — La ... esterna e il sangue umano, 254.
- Tempo* — Gli organi che annunziano il cambiamento di ..., 381.
- Tessera* — La ... sanitaria per le persone addette ai lavori domestici, 328.
- Tics* — I ... (CONFORTO), 374.
- Tifo esantematico* — Vaccinazioni contro il ... eseguite nel 1938 sull'altipiano etiopico con vaccino Wergl, 355.
- Tifoide* — Possibilità dell'immunizzazione attiva contro la febbre ... mediante l'ingestione di latte inquinato e pasteurizzato, 146.
- Variazioni della statistica della morbidità per febbre ... in rapporto alla vaccinazione antitifida, ecc., 159.
- Tifoidee* — Note sul Resolutin Centanni nelle infezioni ..., 158.
- Contributo allo studio delle febbri ..., 159.
- Tifoidi* — L'influenza dell'acqua del Sele sulla mortalità per infezioni ... in Puglia, 383.
- Tiroide* — Ricerche biometriche e morfologiche sulla ghiandola ... nella provincia di Bergamo, 320.
- Influenza della ... sulle ossidasi degli organi, 372.
- Tiroidea* — Saggi di funzionalità ..., 424.
- Tomografia* — La ... nella pratica fisiologica, 212.
- Toracoplastica* — Il decorso post-operatorio della ... anterolaterale elastica, 302.

- Tossici* — *I ... voluttuari*, 179.
- Tossinfezioni* — *Sulle ... per mezzo delle uova*, 58.
- Trauma* — *... e tumori cerebrali*, 79.
- *II ... remoto fattore morbigeno nel sinistro di A. V. (STARNA)*, 350.
- Traumatizzati* — *Reperti viscerali in ... cronici*, 158.
- Traumi encefalici* — *Ricerche sperimentali sulle lesioni e complicazioni dell'apparato respiratorio in seguito a ...*, 78.
- Tromboangioite* — *L'alcolizzazione degli splancnici nella ... obliterante*, 211.
- Tuberculare* — *Contro il più grave pericolo ... dell'adolescenza*, 58.
- *Mortalità ... e sopravvivenza del tubercolotico*, 418.
- Tubercolari* — *La prevenzione e la diagnosi precoce delle lesioni ... in regime assicurativo*, 213.
- Tubercolosi* — *L'emottisi della ... polmonare*, 58.
- *La diminuzione della mortalità per ... in Italia dal 1924 al 1927 in relazione ad alcuni fattori ambientali e sociali*, 78.
- *La ... polmonare nei vecchi*, 147.
- *La diagnosi presintomatica della ... nei militari*, 158.
- *La ricerca della ... polmonare nei Collegi Militari della Romania*, 179.
- *La ... dei gangli linfatici cervicali*, 317.
- *Il mestiere in rapporto alla ...*, 329.
- *La ... in Germania*, 330.
- *Trauma, ... infortunio sul lavoro*, 402.
- *La cura chirurgica della ... polmonare*, 356.
- *XI Conferenza Internazionale contro la ...*, 259.
- *Nozioni pratiche di climatologia nella cura della ...*, 302.
- Tumore* — *Un caso di ... o mieloplassi della epifisi superiore del perone*, 302.
- Tumori* — *L'ereditarietà dei ...*, 229.
- *Mortalità per ... maligni in Italia*, 230.
- *I ... maligni ai tropici*, 231.
- *L'eventuale fattore esterno nella genesi dei ...*, 303.
- *Trattamento dei gangli linfatici nei portatori di ... maligni del cavo orale*, 356.

U

- Ucko* — *La reazione di ... nelle epatopatie*, 75.
- Ulcera gastro-duodenale* — *Il fattore ereditario familiare nell' ...*, 75.
- Ulcere peptiche gastriche* — *La cicatrizzazione delle ... dopo profuse emorragie*, 157.
- *Modificazioni ematologiche nei revisionati a distanza per ... perforate*, 358.
- Umore nero* — *Perchè siamo di ...? (STARNA)*, 162.
- Universo* — *L' ... governa l'umanità*, 92.
- Uomini* — *... di grandi dimensioni o uomini vigorosi?* 10.
- Uomo medio* — *Dall' ... all'età biologica (CIATTI)*, 65.
- Uremia* — *Il ricambio dell'acido ossalico nell' ...*, 80.

- Uricemia* — *Ricerche sperimentali sui rapporti tra l' ... e l'ossalemia*, 80.
Urine — *Osservate le vostre ...* (CLAUSI-SCHETTINI), 248.
 — *Il comportamento delle ... dopo competizioni sportive*, 384.

V

- Vaccinazione* — *Obbligatorietà della ... antidifterica*, 258.
Vaiolo — *Recrudescenza del ... negli Stati Uniti*, 96.
Varianti etniche — *Esistono ... regionali in Italia?*, 179.
Vecchi — *Ricerche fisico-chimiche e immunologiche nei ...*, 229.
Vecchiaia — *L'importanza in A. V. della diagnosi di ...*, 153.
 — *Ricerche sul ricambio idrico della ...*, 239.
Vegetali — *... sì, ma di buona qualità*, 173.
Velocità di sedimentazione — *Influenza meteorologica sulla ... delle emazie*, 358.
Vertigini — *Sulla patogenesi delle ...*, 371.
Vetro — *L'igiene e la sicurezza dell'industria del ...*, 212.
Visita — *La ... agli studenti di medicina in Argentina*, 383.
Visita — *La ... del medico fiduciario in A. V.*, 422.
Visita medica — *... agli studenti*, 14.
 — *La ... ai domestici*, 179.
Vita — *Il prolungamento della ... in Italia*, 73.
Vitamina C — *Azione terapeutica della ... nello scompenso cardiaco*, 237.
 — *C* — *Sull'apporto di ... nel pane da parte del lievito*, 400.
 — *E* — *Influenza della vitamina ... sulla guarigione delle ferite cutanee*, 160.
Vivi — *... cento anni*, 172.

W

- Wassermann* — *Le reazioni di ... positive specificamente e in via transitoria*, 76.

Z

- Zambrini* — *La reazione di ... nella tubercolosi polmonare*, 357.
Zinco — *Sulla patologia professionale degli operai addetti all'estrazione elettrolitica dello ...*, 303.
Zolfo — *Azione ipotensiva dello ...*, 80.

INDICE DEGLI AUTORI

(Comprende i soli lavori originali)

BAFFA, 295.

BASILIADES, 152.

BIASIOTTI, 42, 97, 214, 359, 407.

CIATTI, 44, 65, 134, 205, 221.

CICU, 90.

CLAUSI-SCHETTINI, 15, 82, 166,
248, 376.

CONFORTO, 2, 374.

CURIONE, 116.

D'ALONZO, 188.

DI LILLO, 308 .

FIANDACA, 6, 60, 342.

MANOZZI, 48.

MARCHESI, 87, 242.

RICCIOTTI, 36, 148, 304, 403.

SECHER, 118, 180, 331.

SIBILIA, 188.

STARNA, 5, 137, 162, 322, 350.

SULTANO, 198, 263, 385.

VELE, 324.

VICENTINI, 393.

Felle campo

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



anno VIII
numero 1
5 Febbraio
1939 - XVII
edizione in abbonamento postale - Roma

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



Corporate Heritage
& Historical Archive

La " Polizza del Rurale „ dell' Istituto Nazionale delle Assicurazioni

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, conscio dei rischi particolari cui vanno incontro coloro che alla terra dedicano tutta la loro attività, ha creato la

Polizza del Rurale

a mezzo della quale ha inteso di fiancheggiare, nei limiti delle sue competenze, l'opera di assistenza veramente grandiosa che il Governo Fascista ha posto in atto a favore di chi lavora la terra.

La « Polizza del Rurale » infatti, oltre ai grandi benefici, che sono comuni a tutte le forme di assicurazione sulla vita, contiene anche alcune clausole eccezionali rivolte unicamente alla tutela degli agricoltori.

Le riportiamo testualmente affinché il pubblico possa apprezzarle in tutto il loro valore economico e sociale:

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

Tale concessione è rinnovabile.

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

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

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

Tutti i

Lavoratori Agricoli

che sono tenacemente legati alla terra che coltivano e ai loro cari, che di essa vivono, non possono non apprezzare questa « Polizza del Rurale » e quindi non esiteranno a richiederla a garanzia del loro lavoro, della loro vecchiaia e del calmo benessere delle proprie famiglie.

Tutta l'organizzazione dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni è sempre pronta a dare, a chiunque ne faccia richiesta, chiarimenti e consigli.

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

Facilitazioni presso le Case di Cura:

ROMA - Casa di Salute « Immacolata Concezione » per malati di artrite, sciatica e reumatismi, Via Pompeo Magno N. 14. Riduzione 50 % cure ambulatorie. Retta 1^a classe L. 50; 2^a classe L. 40; 3^a classe L. 25.

TORINO - Casa di Cura « Villa Maria » - Clinica moderna di medicina e chirurgia, Via Villa della Regina N. 14. Riduzioni 30 % e 40 % sulle tariffe in vigore.

Di prossima istituzione:

BRUNICO (Bolzano) - Consultorio, presso l'Agenzia Principale.

REGGIO EMILIA - Consultorio presso l'Agenzia Generale, Via Emilia S. Stefano N. 3.

Ivi funzioneranno:

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

PROVVIDENZE SANITARIE IN VIGORE

A FAVORE DEGLI ASSICURATI

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

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

13) *Elettrocardiogramma.*

14) *Misurazione della pressione arteriosa.*

15) *Teleradiografia del torace.*

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

D) *Consultori gratuiti per il collaudo dell'organo della vista per tutti gli assicurati:*
in Roma, Via Sallustiana, n. 51 (Direzione Sanitaria Centrale).

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

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 Stabilimenti Termali: vedi elenco che segue.

N) Pubblicazioni di medicina preventiva e d'igiene:

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

2° Sotto il platano di Coo, 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 Rosmini, 20, tutti i giorni non festivi.

Bressanone (Consultorio), presso l'Agenzia Principale, Via Roma, 5, tutti i sabati del mese mattino e ogni mercoledì riservato alla G. I. L.

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

Trento (Sub-Centro e Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Via Bellenzani, 14, tutti i lunedì e giovedì 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.

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

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.

Venezia Giulia

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

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

Emilia

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

Riaccenza (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.

Salerno (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Corso Garibaldi, Pal. Natella, tutti i lunedì del mese.

Calabria e Sicilia

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

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 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 o la R. di Ide: 4-5 cc. di sangue, o meglio 1-2 cc. di siero centrifugato;

per la reazione citochol: 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 Ide 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

(1) Dentisti; (2) Oculisti; (3) Otorinolaringoiati

AGRIGENTO

- (1) *Agrigento*: Dr. A. CUCURULLO.
Canicatti: Dr. G. CASSARO, P. Palma.

ALESSANDRIA

- (1) *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. Le BELLONE.
Tortona: Dr. C. TORTI.
(2) *Alessandria*: Dr. E. ALTARA, V. Milano, 19 - Dr. F. DURANDO, V. Legnano, 11.
Casale Monferrato: Dr. A. GUASCHINO.
(3) *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

- (1) *Ancona*: Dr. L. PANAREO, C. Vitt. Emanuele III, 9.

AOSTA

- (1) *Aosta*: Dr. A. CHIAMPO - Dr. T. SPIRITO - Dr. G. BALMA, P. Vitt. Emanuele, 2 - Dr. A. BOFFA, P. Vitt. Emanuele, 7.
Ivrea: Dr. G. MATUINO - Dr. G. PUGLIESE.
(2) *Ivrea*: Dr. M. C. GARZINO, Osp. Civile.
(3) *Ivrea*: Dr. U. MAGGIOROTTI.

AQUILA

- (1) *Aquila*: Dr. G. B. DE ANGELIS.
(3) *Aquila*: Dr. S. CIPOLLONI, V. S. Marciano, 31.

AREZZO

- (1) *Arezzo*: Dr. M. MICHELINI, V. F. Crispi, 2.
(2) *Arezzo*: Prof. Dr. A. ALIQUÒ MAZZEI.

ASCOLI PICENO

- (1) *Ascoli Piceno*: Dr. A. MONDOZZI, V. B. Cairolì - Dr. L. PENNESI, V. Malta; Dr. A. TASSONI, V. Malta.
(3) *Fermo*: Dr. A. LODOVICI, V. Sapienza, 4.

ASTI

- (1) *Asti*: Dr. A. DEGIAN - Dr. C. IVALDI - Dr. L. MALAGOLI.
(2) *Asti*: Dr. C. LOVISOLO.
(3) *Asti*: Dr. A. GENTILE.

BARI

- (1) *Andria*: Dr. F. SARDANO.

BERGAMO

- (1) *Bergamo*: Dr. E. AVETTA, V. Monte Grappa, 7 - Dr. G. BRAUN, Viale Roma, 12 - Dr. G. CALDEROLI, V. XX Settembre, 46 - Cav. Dr. C. CASTELLI - Prof. Dr. G. CAVAZZENI, V. Roma, 6 - Dr. V. DAL LAGO, P. V. Veneto, 1.
(2) *Bergamo*: Prof. Dr. A. BUSACCA, V. Tasso, 4 - Prof. Dr. A. SEGUINI, V. Roma, 8 - Dr. G. ZONCA, V. XX Settembre, 14.
(3) *Bergamo*: Dr. I. CALDEROLI, V. XX Settembre, 46 - Dr. G. PALVIS, V. XX Settembre, 7.

BOLOGNA

- (1) *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.
(2) *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.
(3) *Bologna*: Prof. Dr. A. CANEPELE, Viale XII Giugno, 12 - Dr. G. B. FACCHINI, V. Artieri, 2.

BOLZANO

- (1) *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.
(2) *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.
(3) *Bolzano*: Dr. A. BRIANI, V. Duca d'Aosta, 2 - Dr. A. SCHNABL, P. Grano, 2.
Merano: Dr. M. DIESBACHER, Viale di Maia - Dr. G. NUSSEBAUMER, Via Armando Diaz, 13.

BRESCIA

- (1) *Brescia*: Dr. O. BERTOLI, C. Magenta, 26 - Dr. E. CASTELLI, V. Dante, 42 - Dr. M. JORI, Corso Vittorio Emanuele, 58 - Dr. G. B. RIETTI, V. Mazzini, 6 - Dr. G. RIETTI, V. Mazzini, 6 - Dr. D. SALVAGNI, Viale Stazione, 6 - Dr. D. SCACHERI, Corso Palestro, 27.
Gardone Riviera: Dr. G. GOIO.
Salò: Dr. G. SIMONI, P. Vitt. Em., 96.

CAGLIARI

- (1) *Cagliari*: Dr. L. FRONGIA, V. Manno, 88 - Dr. G. PINNA-STARA, Viale Diaz.
Iglesias: Dr. E. SPINAS, V. Roma, 5.
 (2) *Cagliari*: Prof. Dr. GALLENGA R., R. Clinica Oculistica - Prof. Dr. G. MOSSA, V. Pola, 7.
Iglesias: Dr. B. GARAU, V. Umberto, 12.
 (3) *Cagliari*: Dr. A. CANESSA, V. Manno, 5 - Dr. LO LANDADIO, C. Felice, 28.
Iglesias: Dr. A. TORNU, P. Sella.

CALTANISSETTA

- (2) *Caltanissetta*: Prof. Dr. E. CAVALLARO, V. Tuminelli, 2 - Prof. Dr. G. NICOLETTI, V. Tuminelli, 4.
 (3) *Caltanissetta*: Dr. P. RESTIVO, V. Gaetani, 37.

CAMPOBASSO

- (1) *Campobasso*: Dr. A. MARTINO - Dr. SANTORO, Manfredi.
 (2) *Campobasso*: Dr. N. BARBATO - Comm. Dr. E. GRIMALDI.
Agnone: Dr. S. SAVASTANO.

CATANIA

- (1) *Catania*: Dr. M. DI GRAZIA, V. Garibaldi, 9 - Dr. S. GRECO, V. Etnea, 270 - Dr. G. MILONE, V. Umberto, 41 - Dr. R. MUSUMECI GRASSI, V. Vittorio Emanuele, 215 - Dr. F. POLITI, V. Etna, 208.
 (2) *Catania*: Prof. Dr. M. DE CRISTOFARO, V. Plebiscito, 280 - Prof. Dr. G. FAVALORO, V. S. Maddalena, 59.
 (3) *Catania*: Prof. Dr. A. LIOTTA, V. Mancini, 6.

CHIETI

- (1) *Chieti*: Dr. Cav. E. MASTROPASQUA, V. S. Gaetano, 7.
 (2) *Chieti*: Prof. Dr. G. COZZOLI, Corso Maruccino, 104.
Lanciano: Dr. V. SERAFINI.

COMO

- (1) *Como*: Dr. V. GORIN, V. Garibaldi, 19 - Dr. A. PADERI, V. Indipendenza, 4 - Dr. L. TORI, P. Grimaldi, 2.
Lecco: Dr. M. HEUMANN, V. Roma, 28.
 (2) *Como*: Prof. Dr. G. GASPARINI, V. Volta, 30.
 (3) *Como*: Dr. F. BECCHERLE, V. Volta, 33 - Dr. G. TORLASCHI, V. Natta, 7.

COSENZA

- (1) *Cosenza*: Dr. G. ANDREASSI, V. Mazzini - Dr. O. CERBELLI, P. Ferrovia - Dr. A. CHIMENTI, V. Trento - Dr. F. LOFFREDO, V. Isonzo.

CREMONA

- (1) *Cremona*: Dr. L. BERTOLOTTI, V. Beltrami, 4 - Dr. E. REBIZZI, P. Roma, 17 - Dr. R. Zannini, V. Blasio, 5.
Casalmaggiore: Dr. O. BOLES.
 (3) *Cremona*: Dr. F. BOCCHI, V. Manna, 8.

CUNEO

- (1) *Cuneo*: Dr. F. MANFREDI.
 (2) *Alba*: Dr. G. VARALDI.
 (3) *Cuneo*: Prof. Dr. G. DONADEI, V. Gallo, 5.
Saluzzo: Dr. U. RACCA, V. Gualtieri, 5.

ENNA

- (1) *Enna*: Dr. D. COLOMBRITA, V. Roma, 262.

FERRARA

- (1) *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.
 (3) *Ferrara*: Dr. A. MANFREDI, V. Borgoleoni, 122 - Dr. E. MURATORI, V. Palestro, 62.
 (2) *Ferrara*: Dr. S. CECCOLI, Vicolo del Teatro, 2 - Dr. M. VERZELLA, Corso Porta Mare, 11.

FIRENZE

- (1) *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

- (1) *Foggia*: Dr. G. ARBORE - Dr. E. DI MAIO - Dr. G. BUONO di Luciano.
Manfredonia: Dr. P. MELUCCO.
S. Severo: Dr. P. RECCA.
 (2) *Foggia*: Dr. A. ALTAMURA.
Carlantino: Dr. N. DE SIMONE.
S. Severo: Dr. G. COLIO.
 (3) *S. Severo*: Dr. A. CERVASIO.

FORLÌ

- (1) *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.
 (2) *Forlì*: Dr. P. MARCHINI, Corso A. Diaz - Dr. O. SANTONOCETO, V. Giovanni dalle Bande Nere.
 (3) *Forlì*: Dr. F. SEGANTI, V. Madenti.

GENOVA

- (1) *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

- (1) *Gorizia*: Dr. P. U. NETZBANDT.
 (3) *Gorizia*: Dr. G. COMEL - Dr. S. RUZZATI.

GROSSETO

- (1) *Grosseto*: Dr. A. ANGELINI.

IMPERIA

- (1) *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.
 (2) *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.
 (3) *Bordighera*: Dr. E. VERDUN, V. Vitt. Emanuele, 8.
Sanremo: Dr. M. DE MARCHI, V. Vitt. Emanuele, 18.
Ventimiglia: Dr. E. VERDUN, V. Vitt. Emanuele, 18.

LIVORNO

(1) *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.
 (2) *Livorno*: Dr. M. PARDUCCI, V. del Fante, 3.
 (3) *Suvereto di Livorno*: Dr. L. CHIERICI.

LUCCA

(1) *Altopascio*: Dr. G. L. PIEGAIA.
Viareggio: Dr. G. GIUFFRIDA.

MANTOVA

(1) *Mantova*: Dr. G. CONSIGLIO, C. Umberto I, 89 - Dr. R. LASAGNA, V. Chiassi, 2 - Dr. E. PONGILUPPI, P. Imperia - Dr. M. PREDARI, V. Marangoni - Dr. L. VENERI, C. V. Emanuele, 64 - Dr. G. ZAGNI, V. B. Grazioli, 32.
 (2) *Mantova*: Prof. Dr. D. FERRI, V. Battisti - Prof. D. PREVEDI, C. V. Emanuele, 7.
 (3) *Mantova*: Dr. FUCCI, V. Carlo Poma, 15 - Dr. L. ZAPPAROLI, Corso Vittorio Emanuele, 103.

MASSA-CARRARA

(1) *Carrara*: Dr. G. BATT. LODOVICI, V. Lunense.

MATERA

(1) *Matera*: Dr. D. MARINARO - Dr. S. LO RUSSO.

MESSINA

(1) *Messina*: Dr. F. TODARO, V. Dei Verdi.
 (2) *Messina*: Dr. V. LA ROSA, V. Pavia - Prof. Dr. F. SCULLICA, V. Cavour, 131 isol. 336.
 (3) *Messina*: Dr. C. CAMINITI, V. Garibaldi, 27, isol. 272 - Prof. Dr. G. SALVADORI, V. Colombo, 40 - Dr. V. VALSECCHI, V. U. Bassi, 120.

MILANO

(1) *Milano*: Dr. G. ALTARA, Corso Roma, 63.
 (2) Prof. Dr. A. BUSACCA, Foro Bonaparte, 46.
 (1) *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. Lumi, 3.

MODENA

(3) *Modena*: Gr. Uff. Dr. G. Siffi)k:390), P. Muratori, 31.

NAPOLI

(1) *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. GIUFFRÈ, 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.

(3) *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

(1) *Novara*: Dr. F. BORRINI, Dr. D. SCENDRATI.
 (2) *Novara*: Dr. Prof. G. LADDONI, Ospedale Maggiore.

PADOVA

(4) *Padova*: Dr. L. ZOLDAN, V. Altinate, 69.
 (3) *Padova*: Prof. Dr. E. RUBATTELLI, V. Gabelli, 17.

PALERMO

(1) *Palermo*: Dr. P. AVELLONE, V. XII Gennaio, 15 - Dr. G. CIMINO, V. Villafermosa, 6 - Dr. G. DI CARLO, V. Roma - Dr. P. GARLO, Largo Santa Sofia, 1 - Dr. C. MILAZZO, P. G. Verdi, 22 - Dr. A. NICOSIA, P. Aragona, 4 - Dr. R. PEZZOLI, P. Castelnuovo, 11 - Dr. G. PIAZZA GARGANO, P. San Domenico, 23 - Dr. F. PIZZUTO, V. Villareale, 38 - Dr. A. RIBOLLA, V. Rosolino Pilo, 12 - Dr. E. TEMPESTINI, V. Maqueda, 200.

(2) *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, V. Garzilli, 24 - Prof. Dr. S. LONGO, Corso Scinà, 941 - Prof. Dr. P. STELLA, P. Castelnuovo, 4.

(3) *Palermo*: Prof. Dr. G. ALAGNA, V. Roma, 391 - Dr. F. CAMPO, Via Stabile, 109 - Dr. G. FERRUZZA, V. Lincoln, 96 - Prof. Dr. A. ZANOLA, V. Rodi, 1.

PARMA

(1) *Parma*: Dr. S. ALBERTI, V. Farini, 52.
Parma: Prof. Dr. F. CANDIAN, Viale Umberto I.
 (3) *Parma*: Prof. Dr. F. LASAGNA, Piazzale Cervi, 17 - Prof. Dr. U. TASSI, V. XXII Luglio, 15.

PERUGIA

(1) *Perugia*: Prof. Dr. F. BRAJO, Corso Vanucci.

- (2) *Perugia*: Prof. Dr. C. GIANNANTONI, Corso Vannucci, R.
(3) *Perugia*: Dr. A. BAROLA, V. Fani 2.

PIACENZA

- (1) *Piacenza*: Dr. E. CAVANNA, GOBBI, V. San Marco, 5 - Dr. U. MISTRALETTI, V. Chiapponi, 37 - Dr. G. PATRIOLI, V. Sopramuro.

PISA

- (1) *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

- (3) *Pistoia*: Dr. M. A. CASANUOVA, V. della Madonna, 9.

POLA

- (1) *Pola*: Dr. F. STOCO.
(1) *Polag* Dr. M. DE PIERA.
(3) *Pola*: Dr. E. MAZZARO.

REGGIO CALABRIA

- (1) *Reggio Calabria*: Dr. R. S. RETEZ, Corso Vittorio Emanuele.
(2) *Reggio Calabria*: Prof. Dr. G. SALVADORI, V. D. Tripepi, 34.

ROMA

- (1) *Roma*: Dr. A. BENAGIANO, V. Salaria, 44 - Prof. Dr. B. DE VECCHIS, V. Cornelio Celso, 1 - Dr. BONCRISTIANI, V. Arenula, 53 - Dr. A. PIERLUIGI, Corso Trieste, 141 - Dr. A. ERCOLANI, Largo Magnagrecia, 3.
(2) *Roma*: Prof. Dr. D'AMICO, V. Farini, 6 - Prof. Dr. C. MAZZANTINI, V. Milano, 24 - Prof. Dr. I. NEUSCHÜLLER, V. Regina Elena - Prof. Dr. B. STRAMPELLI, Corso Italia, 33.
(3) *Roma*: Prof. Dr. G. TURTUR, Via XX Settembre, 95 - Dr. S. CIPOLLONI, V. Cola di Rienzo, 297.

ROVIGO

- (1) *Rovigo*: Dr. B. BENATTI - Dr. A. BORELLINI.
Adria: Dr. G. FERROCI - Dr. N. GIORDANI.

SALERNO

- (1) *Salerno*: Dr. A. CONVERSO, V. Roma, 47,
(2) *Salerno*: Dr. V. TURCO, C. V. Emanuele, 130.

SASSARI

- (1) *Sassari*: Dr. A. FENU, Vicolo Bartolinis - Dr. G. NIEDOU, V. Manno - Dr. R. TOCCO, P. Castello.
(2) *Sassari*: Prof. Dr. V. SABA, V. Roma, 14.

SAVONA

- (1) *Savona*: Dr. Cav. uff. G. GASTI, Corso Principe Amedeo, 2-5 - Dr. Comm. P. PAGGI, V. Paleocapa, 3 - Dr. G. VETRANA, V. Guido

SIENA

- (1) *Sienna*: Dr. P. MARZANO, V. di Città 3.
(3) *Sienna*: Dr. Prof. L. BELLUCCI.

SONDRIO

- (1) *Sondrio*: Dr. L. OTTANI, Via XXVIII Ottobre, 8.

TARANTO

- (1) *Taranto*: Dr. V. BARBARO, Corso Umberto - Dr. F. MONTANARI, P. G. Bruno, 33 - Dr. C. SANTOSTASI - Dr. N. VITANTONIO, Corso Umberto.
(2) *Taranto*: Dr. V. CARDUCCI, V. D'Aquino - Prof. Dr. A. MARICOSCI, V. di Palma - Dr. R. MARINOSCI, V. Regina Elena, 33. - Prof. Dr. VILLASEVAGLIOS, V. De Cesare, 1. 29 - Dr. C. VASSI, V. Santa Chiara, 20.
(3) *Taranto*: Prof. Dr. A. BIASOLI, V. Due Mari, 18 - Dr. V. BATTISTA, V. Cavour, 27 - Dr. V. NATALE, V. Massari, 5.

TERAMO

- (1) *Teramo*: Dr. G. BIANCO - Dr. A. SACCONI.

TORINO

- (1) *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. TOMMASSINELLI, V. Mercati, 3 - Dr. V. TOMMASSINELLI, P. Vittorio Emanuele, 20.
(2) *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. VAUDETTE, V. Cernaia, 18 - Prof. Dr. F. VERDERAME, Corso Oporto, 31-bis.

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. DIONADEI, 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

- (3) *Trapani*: Dr. M. SAMMARTANO, V. Mercè.

TRENTO

(1) *Trento*: Dr. F. AGOSTINI - Dr. C. LACHMANN
P. Silvio Pellico, 2 - Dr. F. RIGHI, V. Belen-
zani, 27 - Dr. C. SEPPL, V. Gazzoletti.

Arco: Dr. E. Pernecher.

Levico: Dr. F. Caliani.

Rovereto: Dr. M. SOMMADOSS) - Dr. G.
ZANNINI.

(2) *Trento*: Dr. G. GENTILINI, P. Venezia, 2 -
Dr. G. GRILLO, Via Santa Maria Maddale-
na, 21.

Teatro, 6 - Prof. Dr. G. GARBINI, Via Roma,
37 - Dr. D. MAESTRANI, Via Rosmini, 25 - Dr.
Cav. G. MAFFEL, Via Oss. Mazzurana, 16.

TREVISO

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

TRIESTE

(1) *Trieste*: Dr. L. CHIUMINATTO, V. San Fran-
cesco, 20 - Dr. A. FERRAGUTI, V. Coroneo, 10
- Dr. A. MINAS, V. A. Diaz, 10 - Dr. G. OTTO-
GHIAN, V. XXX Ottobre, 17 - Dr. B. REBEZ,
V. G. Gallina, 2 - Dr. G. ROSANZ, V. San Ni-
colò, 33.

(1) *Trieste*: Dr. G. MANZUTTO, V. Roma, 22.

(1) *Trieste*: Dr. A. ROCCO, V. Mercato Vecchio,
3 - Dr. Cav. G. MONTINI, V. Cesare Becca-
ria, 8.

UDINE

(1) *Tolmezzo*: Dr. P. CANDUSIO, P. XX Set-
tembre.

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

(3) *Udine*: Dr. F. PELLIZZO, V. Rivis, 32.

VARESE

(1) *Varese*: Dr. R. BERTOLI, V. Orrigoni, 15
- Dr. C. FRANZI, V. Cavour, 30 - Dr. S. GU-
SCETTI, via Piave, 2 - Dr. L. MANGARELLI, C.

Roma - Dr. G. P. RIVA, V. Cairo, 33 - Dr. V.
BARBEDO, V. Magenta, 52.

Gallarate: Dr. F. OTELI - Dr. A. PATA-
RINO.

Tradate: Dr. L. COOPMANS DE JOLDI.

(1) *Varese*: Dr. E. MORETTI, V. Piave EO.

Luino: Dr. R. MARGARITELLA, Viale Um-
berto I, 18.

(3) *Varese*: Dr. S. ROVERA - Dr. G. SIOLI, P.
M. Grappa, 14.

Somma Lombarda: Dr. P. A. BURATTI.

VENEZIA

(1) *Venezia*: Dr. SERENA ANTONIO, Cannaregio.

(2) *Venezia*: Dr. E. NISTA, Calle P. Angelo,
5314.

(3) *Venezia*: Dr. G. BREGANZATO.

VERCELLI

(1) *Vercelli*: Dr. C. A. POZZOLO.

(2) *Vercelli*: Dr. L. PAGANI, V. Garibaldi, 20.

(3) *Vercelli*: Dr. P. PETTERINO, V. Oldoni.

VERONA

(1) *Verona*: Dr. G. BRIVIO, V. Marsala - Dr.
L. CARAZZA, P. Dante, 8 - Dr. E. FRANCHINI,
Corso Vittorio Emanuele, 9 - Dr. A. SAGRAMO-
so, V. Santa Chiara, 13 - Dr. C. TAPPARINI,
Viale N. Bixio, 17.

Bardolino: Dr. P. PEDUZZI.

Legnano: Dr. U. BONFANTE

VICENZA

(1) *Vicenza*: Dr. L. CARLE, Corso Principe Um-
berto, 53 - Dr. S. FIORETTI, V. Morette - Dr.
L. MAARTINELLI, S. Corona.

Arzignano: Dr. G. VERONESE.

(1) *Vicenza*: Dr. C. ANTUZZI, P. Duomo, 4.

(3) *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

Case specializzate per malattie ner- vose:

PADOVA

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

Case specializzate in ostetricia e gi- necologia:

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, Gal-
leria R. Margherita, Sc. I; riduzione del 30 %
sulle tariffe in vigore.

TREVISO

Casa di cura Prof. P. Brisotto, Ponte Gari-
baldi: riduzione del 30 % sulle tariffe in vi-
gore.

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.

TREVISO

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

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

ABBAZIA (FIUME)

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

BOLOGNA

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

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

BRESCIA

Poliambulanza delle specialità medico-chirurgiche, Piazzale Garibaldi: riduzione 25 % e 30 % sulle tariffe in vigore.

CALTANISSETTA

Casa di cura del Dr. Ballati: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

CATANIA

Istituto medico del Lavoro, Via De Felice, 37: gli assicurati con polizze popolari pagheranno L. 10 per una visita una volta l'anno.

CATANZARO

Istituto clinico diagnostico e fisioterapico del Dr. G. Mazza, Via Duomo: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

COMO

Istituto cardiologico per la diagnosi e la cura delle malattie della circolazione del Prof. G. Galli, Via Volta, 46: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

COSENZA

Casa di Salute Catalani *Villa Amelia*: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

GENOVA

Policlinico del Lavoro, Via Benedetto XV: gli assicurati con polizza popolare pagheranno L. 10 per una visita una volta l'anno.

— Istituto medico per inalazioni del Dott. Bruno Oxilia, Via XX Settembre, 1-2: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

MESSINA

Istituto di terapia fisica del Prof. Dr. Giuseppe Spagnolio, Piazza Stazione: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

MESTRE (VENEZIA)

Ospedale Civile Umberto I: riduzione 10 % e 20 % sulle tariffe in vigore.

MILANO

Casa di salute *Villa Porpora*, Via Eugenio Carpi, 30: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

NAPOLI

Sanatorio *Carlo Forlanini*: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore e diaria ridotta di L. 20.

PALERMO

Clinica Prof. Arnone, Via Ugdulena, 2: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

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

PAVIA

Casa di cura Prof. Eugenio Morelli, Piazza XXIV Maggio: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

PIACENZA

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

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.

— Clinica Odontoiatrica R. Università: riduzione 20 % sulle tariffe in vigore.

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

Casa di salute « Immacolata Concezione » per malati di artrite, sciatica e reumatismi. Via Pompeo Magno, 14: riduzioni 50 % cure ambulatorie. Retta 1^a classe L. 50; 2^a classe L. 40; 3^a classe L. 25.

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.

Casa di cura « Villa Maria », villa della Regina, 14; riduzioni 30 % e 40 % 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

ABANO 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.

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.

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 presso l'ufficio rappresentanza dello Stabilimento della Fonte Vecchia 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^a classe; 15 % 2^a e 3^a 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 Giberti al quale gli assicurati potranno rivolgersi per informazioni e per assistenza.

SAN CASCIAO BAGNI (Siena)

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

Isole Italiane dell'Egeo

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.

RODI (Dodecanneso)

R. Ufficio di Igiene, analisi e ricerche di laboratorio: riduzioni dal 30% al 50% sulle tariffe in vigore.

— R. Ospedale, radiografie dal 30% al 50% sulle tariffe in vigore. Retta giornaliera per ricovero L. 20, compresi esami, medicazioni ed interventi chirurgici.

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.

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 rivolgersi alla Rappresentanza Generale per l'Egitto ed il Sudan, Alessandria d'Egitto - 1, Via Re Fuad I. ticate da specialisti.

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.

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

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

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

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'I. N. A.

BIMESTRALE DI MEDICINA PREVENTIVA E DELLE ASSICURAZIONI

Direttore: Prof. Dott. ILARIO ROMANELLI

Redattore-Capo: Dott. ALBERTO STARNA

Redattori: Dott. P. CIATTI, Dott. M. CLAUSI-SCHETTINI

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

1. Provvidenze Sanitarie a favore degli assicurati dell'INA . I-XII

2. Consigli agli assicurati:

- a) Dott. C. CONFORTO, L'influenza . 2
- b) Dott. A. STARNA, L'arancia . 4
- c) Dott. S. FIANDACA, Come prevenire la leishmaniosi . . . 6
- d) Rassegna di articoli d'igiene . 10

3. Notiziario 12

4. Studi e ricerche di medicina delle Assicurazioni Vita:

- a) Dott. M. CLAUSI-SCHETTINI, La ipertrofia idiopatica del cuore . 15
- b) Dott. T. RICCIOTTI, La roentgenchimografia 36
- c) Dott. M. BIASOTTI, La nuova reazione di Ide per la diagnosi della sifilide 42

5. Indagini di Statistica Medica:

Dott. P. CIATTI, Considerazioni su alcuni dati somatici su gruppi di popolazione italiana . . 44

6. Medicina legale delle Assicurazioni Vita:

Dott. F. MANOZZI, Concetti e limiti d'invalidità per M. di Buerger . 48

7. Dalle riviste che riceviamo in cambio 57

8. Semeiotica di Medicina delle Assicurazioni Vita:

Dott. S. FIANDACA, Sulla raccolta di notizie anamnestiche ecc. 60

9. Varie:

Dott. P. CIATTI, Dall'uomo medio all'età biologica 68

10. Dai Libri e dai Periodici . . . 73

11. Pubblicazioni ricevute 77

12. Vuoti nelle file dei nostri fiduciari 85

NORME PER I COLLABORATORI:

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

Consigli agli assicurati

L' INFLUENZA

I rigori invernali e soprattutto i passaggi di stagione, danno luogo a recrudescenza di piccole epidemie di influenza. Sotto questo vago nome va tutta una sintomatologia spesso poco definibile che può interessare tutti i sistemi organici. E' influenza quel vago malessere generale con senso di prostazione, dolori di capo, occhi lacrimosi e temperature che appena si elevano dal normale, ed è anche influenza la famosa « spagnola » che tanta strage produsse nel 1918 e 19.

Quale ne sia l'agente patogeno non è ancora possibile dire, malgrado che illustri scienziati se ne siano occupati, si sa soltanto che col passaggio da soggetto a soggetto questo « quid » che provoca l'influenza si può virulentare in un modo tale da dare forme gravissime polmonari e persino a carico del sistema nervoso. Si sono infatti verificati casi di encefalite influenzale ed altre varie manifestazioni morbose come prostatiti, osteiti, ecc.

Ma come avviene il contagio? Molti ritengono che questo si produca solo col contatto, invece è stato dimostrato che la maggior parte degli ammalati devono la loro influenza all'aver respirato in ambienti impregnati di goccioline che il malato emette nell'atto di starnutire. Naturalmente il contagiarsi o meno dipende dalla resistenza organica che varia da soggetto a soggetto, non solo ma anche dallo stato delle mucose orali e faringee che più irritate sono (fumo, flogosi croniche, ecc.) più facilmente

danno ricetto a quel « quid » che provoca l'influenza.

Hanno pure grande gioco nel propagarsi dell'influenza le seguenti cause:

1) Le brusche variazioni di temperatura.

2) Lo stato dell'umidità dell'aria; a tale proposito è pernicioso il passaggio dall'aria secca (per esempio quella di un appartamento con riscaldamento centrale) e l'altra dell'esterno che in inverno è molto umida.

3) La diminuzione della irradiazione solare.

4) I facili e repentini raffreddamenti del nostro corpo.

Spesso contingenze della vita ci impediscono di tener conto di piccoli accorgimenti che potrebbero esserci salutari, dei quali sono maestre le nostre madri che fin da bambini ci obbligano ad osservarle.

E' di grande importanza, ad evitare l'influenza, osservare che il nostro vestiario sia in rapporto alla temperatura e allo stato igrometrico dell'aria. La scelta della stoffa è di grande importanza in quanto è risaputo che pochi sono i tessuti che non permettono la dispersione del calore del corpo. Tra questi primeggiano la lana e la seta naturale. Di grande importanza poi è di evitare i rapidi raffreddamenti. Ecco perchè bisogna curare di non stare soverchiamente coperti in locali chiusi e ben riscaldati mentre bisogna all'uscita ben

coprirsi e respirare specialmente col naso a bocca chiusa per fare in modo che l'aria, attraverso le mucose nasali si riscaldi convenientemente, e non tenga a contatto dei polmoni quanto è ancora troppo gelida.

Per quanto le malattie da raffreddamento siano in rapporto con l'influenza bisogna far notare che l'umidità specialmente agli arti inferiori è particolarmente nociva e può produrre malattie del gruppo reumatico. Comunque è sempre di grande interesse portare scarpe che impediscono il passaggio dell'acqua, e calzare con pedalini di lana che mantengono il piede con una temperatura pressochè costante. L'uso delle soprascarpe di gomma è particolarmente indicato per quelli che per necessità di vita sono costretti a stare a contatto con strade fangose.

Le norme igieniche riguardano soprattutto la profilassi dell'influenza che oltre al vestiario riguarda il regime di vita, la dieta, l'igiene delle mucose orali e nasali.

Si è detto che l'uso di alcuni medicinali disinfettanti delle mucose nasali sia sufficiente per evitare l'influenza. Ciò non è però perfettamente esatto in quanto anche la mucosa orale può essere la via di introito del contagio. E' certo che un'accurata pulizia della cavità orale e nasale costituisce un coefficiente di successo contro l'infezione, specialmente se

si fa uso dei comuni disinfettanti (clorato di potassio, alcuni preparati alla formaldeide, ecc.) e nasali (oliogomenolato, naftolo, ecc.). Per quanto riguarda la alimentazione essa dev'essere nei periodi di epidemia particolarmente corroborante e digeribile badando che essa non provochi la stitichezza, affezione da combattere in quanto pare che il ristagno fecale provochi uno speciale terreno recettivo per l'influenza.

Una delle vie di introduzione particolarmente preferita dall'influenza è quella delle fauci e special modo delle tonsille. Quei soggetti che molto spesso vanno incontro a tonsilliti sono frequentemente affetti da influenza. L'uso di gargarismi è particolarmente indicato per questi soggetti anche a scopo preventivo. Nel popolo è in uso il limone sia in soluzione che a pezzi. Questa pratica è particolarmente raccomandabile quando non si hanno altri mezzi medicinali a disposizione.

Questi consigli di indole profilattica non hanno la pretesa di volere esporre quanto si può e si deve fare contro l'influenza, specialmente nei periodi di epidemia e quando si accompagna a febbre bisogna sempre ricorrere al Medico perchè come si è detto questa malattia può assumere forme assai gravi e dar luogo a postumi e a complicazioni molto importanti.

Dott. C. CONFORTO

L' ECO DELLA STAMPA

è una istituzione che ha il solo scopo di informare i suoi abbonati di tutto quanto intorno ad essi si stampa in Italia e fuori. Una parola, un rigo, un intero giornale, una intera rivista che vi riguardi, vi son subito spediti, e voi saprete in breve ciò che diversamente non conoscerete mai.

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

L' ARANCIA

L'indagine storica ci dice che questo frutto è oriundo della Cina. Il suo albero è così ricco e festoso di foglie che bene si collocherebbe in quel paesaggio orientale, tutto luce e colore, come lo vediamo raffigurato sulle scatole di lacca che ornano i salotti della fine dell'ottocento. Ma in quelle piante, dagli esili rami fioriti, il nostro occhio non riconosce la pianta familiare dell'arancio; si sofferma invece sugli ampi tetti delle pagode o sopra un ponte arcuato e sottile che unisce le due rive sottostanti di un ruscello che si snoda per tutto il quadrato.

Io, per me, preferisco trovare le origini dell'arancio in qualche cosa di più classico, ad esempio nel giardino delle Esperidi. Anche voi, se riandate con la memoria ai ricordi della prima infanzia, nei quali la realtà passa per gradi insensibili al sogno, ricorderete quel rettangolo cinto di mortella ove le aiuole con sinuosi ghirigori delimitano graziosi vialetti per i quali sciamano in allegria le tre belle figlie di Espero.

Sono giovanissime, quasi acerbe nelle forme; i capelli, tirati sulla fronte e stretti da un fiocco alla nuca, scendono sulle spalle in larghe anella. Aretusa è bruna; ma le sorelle sono bionde, ed il sole scherzando nei riccioli li trasforma in un'aureola dorata. Sopra di loro le fronde lucenti dell'arancio accompagnano, con un sommesso stormire, lo scoppiettio delle risa; le grosse arance d'oro occhieggiano fra le foglie le loro piccole vivaci guardiane.

Non è forse così che avete sognato l'origine di questa pianta tanto diffusa in Sicilia? Non può essere stato altro frutto, se non l'arancia, quello che la

Terra donò per le nozze di Ero con Giove. A colui che volesse osservare come ragioni storiche vietino un simile ravvicinamento, mi sarebbe facile controbattere che in questo caso egli non ha compreso il valore estetico di questo aggraziato frutto, così profumato nella corteccia e saporito nella polpa. Esso è il figlio del Mezzogiorno, delle terre solatie del Mediterraneo, ed in quella sfera v'è infatti racchiusa la mitezza di un'aura marina ed il tepore d'un raggio di sole.

Quante volte bambini un'arancia regalataci dalla mamma non è servita a calmare il nostro pianto niente affatto musicale?

Rigirare tra le mani quella perfetta palla, cercando un aspetto diverso da quello offertogli al primo sguardo è lo spasso del bambino ancora incerto nei passi. Poi, quando egli passa ad affondare le piccole unghie nella morbida corteccia per sbucciarlo, cento boccucce gli irrorano le mani del limpido profumo dell'arancia. Giunto infine alla polpa ogni spicchio degustato è una piccola golosità soddisfatta e una gradazione diversa lo attende a quello seguente.

Ciò succede non solo ai bambini ma un po' anche a noi adulti che spesso in primavera ed in estate troviamo più gradevole una succosa arancia a certe bevande le quali di dissetanti hanno soltanto il nome. Per i malati, i convalescenti, per coloro che viaggiano in epoche calde, l'arancia con l'allegro colore della corteccia sembra sia fatta apposta, dolce e acidula com'è, per rincorare ed offrire un leggero alimento.

Nè il valore alimentare è poi tanto trascurabile; la composizione centesima-

le dell'arancia ci dice infatti che essa contiene:

albumina nel 0,8%; zucchero e sostanze estrattive per 11,6%; grassi nel 0,2%; le quali sostanze rappresentano, in un frutto di medio volume, un valore energetico di 50 calorie.

Ma, accanto a questa ricchezza, l'arancia ne contiene un'altra difficilmente dosabile, la vitamina antiscorbutica o vitamina C che costituisce di per sé sola una qualità preziosa. Questa vitamina è quella che evita lo svilupparsi dello scorbuto, malattia con manifestazioni soprattutto emorragiche delle mucose, ben nota ai nostri naviganti del XV e XVI secolo allorché l'alimentazione dei marinai era fatta a bordo con viveri mal conservati e stantivi.

Da circa trent'anni si conosce questa vitamina e ne sono stati dimostrati i disturbi che conseguono alla sua mancanza (carezza); essa si trova negli erbaggi crudi e soprattutto nelle frutta fresche tra le quali primeggiano l'arancia ed il limone. Nella nostra alimentazione, in cui le verdure fresche crude sono spesso trascurate, una succosa arancia costituisce un utile apporto per il completamento del vitto, troppo ricco di valori in calorie ma deficiente in vitamine. Questo frutto perciò costituisce, al pari della mela, un elemento alimentare indispensabile.

Esistono due tipi fondamentali di arance dolci nel bacino del Mediterraneo; l'arancia di Malta o di Giaffa e la varietà detta portogallo.

Quest'ultima, che prospera lungo le coste della penisola iberica, presenta una buccia a grana grossa con molti semi e presenta un sapore agrodolce. Invece l'arancia di Malta, della quale sono ricche le nostre contrade di Sicilia, di Calabria e della costa campana, presenta una buccia fina, quasi liscia, la polpa è più dolce ed i semi sono pochi. Le varietà più pre-

giate sono quelle siciliane di Paternò e quelle calabresi di Aderno. Una varietà di questo tipo è l'arancia sanguigna che è così detta appunto per il colorito più carico, quasi di sangue, della buccia e della polpa; ma il sapore è ugualmente ottimo.

L'arancia è per la nostra Patria un agrume prezioso perchè costituisce, oltrechè un elemento di colore locale per alcune regioni, una vera ricchezza per l'esportazione. L'Italia è la terza nazione del mondo dopo gli Stati Uniti e la Spagna come produttrice di arance e circa un terzo del prodotto annuo viene esportato per un quantitativo di circa 8 o 900 mila quintali, il che rappresenta un valore di oltre 80 milioni di lire. Come vedete il profumo della Conca d'oro alle porte di Palermo o delle vallate calabresi può divenire nella realtà commerciale un vero rivoletto d'oro.

Nulla va disperso di questa pianta sempre bella nel suo lucido fogliame, fragrante in autunno di fiori e carico per tanti mesi dell'anno di bei pomi color d'oro; perchè anche i frutti non commerciabili sono utilizzati nella scorza per l'estrazione della essenza.

Mi auguro che questi pochi cenni vi invoglieranno a gustare l'arancia la quale, come si dice in Calabria: la mattina è oro, il pomeriggio è argento, poichè sempre gradito al palato e bene accetto allo stomaco è questo frutto, tanto la mattina a colazione come dopo il desinare.

Esso, che è delizia dei bambini e ha dato un nome all'Italia presso gli antichi, costituisce anche per tutti gli adulti un utile completamento nell'alimentazione invernale. La ricchezza di energie latenti racchiuse nell'arancia fa sì che ad essa dobbiamo ricorrere per ristorare il nostro organismo che ama l'alimentazione semplice e frugale più degli intingoli e delle salse preparate dalla sapienza culinaria.

Dott. A. STARNA

COME PREVENIRE LE LEISHMANIOSI

Le leishmaniosi sono un gruppo di malattie infettive, dovute ad un essere piccolissimo (protozoo) appartenente al primo gradino della scala animale, caratterizzate da sintomatologie varie a carico del sangue e dei visceri, della cute e delle mucose.

Sono affezioni particolarmente diffuse nelle zone tropicali e sub-tropicali; meritano di essere ricordate in queste pagine oltre tutto perchè esse si riscontrano con relativa frequenza nella maggior parte dei nostri possedimenti coloniali ed anche nell'Italia meridionale ed insulare.

Mi piace innanzi tutto chiarire l'apparente difficoltà della denominazione: leishmaniosi deriva dal nome dell'autore (Leishmann) che scoperse il parassita patogeno della forma clinica più grave (quella viscerale). Invero quasi contemporaneamente un altro autore — Donovan — aveva fatto la stessa scoperta, onde il parassita della leishmaniosi viscerale si suole chiamare « leishmania donovani » per rendere onore ad entrambi gli scopritori.

Le principali forme morbose di leishmaniosi sono:

- 1) *l. viscerale*;
- 2) *l. cutanea o bottone d'oriente*;
- 3) *l. delle mucose o espundia*.

Gli agenti patogeni che provocano i tre quadri morbosì non sembrano identici; la forma viscerale come si è detto, è dovuta alla « leishmania donovani », la cutanea ad un parassita patogeno scoperto da Wright, e la mucosa ad un altro parassita scoperto da questo stesso autore.

Leishmaniosi viscerale o Kala-Azar.

Il nome Kala-Azar con il quale viene anche designata l'affezione deriva dalla denominazione data al morbo in India, dove la diffusione è maggiore per indicare la gravità di decorso (Kala-nero, Azar=malattia).

La *l. viscerale* venne per la prima volta osservata in forma epidemica nell'Assam. In seguito fu riscontrata in tutta l'Asia del Sud, nell'Asia Centrale, nell'Arabia, nell'Egitto, nel Sudan: in queste regioni sono state osservate delle vere e proprie epidemie. Casi isolati che via via si vanno facendo sempre più frequenti, sono stati osservati in Italia (Italia meridionale ed insulare) in Grecia, in Spagna, nelle isole dell'Egeo, in Tunisia, in Libia e nelle nostre colonie dell'Africa Orientale. Si ritrova più frequentemente nelle zone costiere che all'interno.

L'affezione colpisce l'uomo nelle varie età secondo le località: in India sono più colpiti gli adulti; in Europa e nell'Africa i bambini, malgrado, per queste ultime regioni, recenti ricerche abbiano dimostrato che la malattia si riscontra molto frequentemente anche negli adulti.

Il quadro clinico a malattia già costituita è caratterizzato da tre sintomi principali: febbre, aumento di volume della milza, anemia. La sintomatologia però non è sempre così caratteristica, potendo qualcuno dei segni essere appena accennato e qualche altro di quelli sopra non considerati (ad es. disturbi dell'apparato digerente, emorragie ecc.) viceversa prendere, sia pure temporaneamente, il sopravvento.

Il primo sintomo a comparire di solito è la febbre; raramente l'affezione ha decorso apiretico.

Un particolare, su cui richiamo l'attenzione, consiste nel fatto che i pazienti colpiti dalla malattia all'inizio di essa, malgrado temperature anche elevatissime non si sentono molto abbattuti; particolare che, se non utilizzabile per sospettare il Kala-Azar, è utile per allontanare il sospetto di un tifo.

Durante il primo stadio della malattia, che suole protrarsi per parecchi mesi (circa 6), si può notare un graduale oscuramento della cute, l'aumento relativamente precoce dell'addome (per ingrandimento della milza), il progressivo notevole dimagrimento.

Dai pochi accenni riportati sul quadro morboso iniziale della l. viscerale si può rilevare come questa malattia non abbia prodromi caratteristici, nè sintomi subiettivi precoci tali da far sospettare la presenza di essa.

In proposito ricorderò che l'accertamento diagnostico nella malattia in oggetto si giova di un esame, che nella maggior parte dei casi riesce di somma utilità e cioè della ricerca del parassita nel sangue, nella milza o nel midollo osseo.

Maggiore interesse presenta ai fini preventivi il problema della trasmissione della malattia. In questo campo ancora oggi regnano molte incertezze: cercherò di riassumere le principali notizie ed in particolare quelle che allo stato attuale delle conoscenze, godono maggior fiducia.

La trasmissione diretta della l. viscerale da uomo a uomo, teoricamente possibile, non pare possa praticamente verificarsi, considerato oltre tutto, che il parassita circola nel sangue e s'annida negli organi interni (milza, fegato, midollo osseo). E' stata accennata da qualche studioso la possibilità di trasmis-

sione diretta coll'atto sessuale, ma anche tale possibilità deve essere considerata dubbia.

Molto più probabile appare la trasmissione a mezzo di un essere animale intermedio, che ospita il parassita della l. e lo trasmette successivamente all'uomo.

Quali ospiti intermedi trasmettitori della malattia sono stati incolpati le zanzare, le pulci, le cimici, i pidocchi e le zecche, appunto perchè tali insetti vivono molto vicini all'uomo. Nessun dato certo tuttavia permette di convalidare il sospetto che gli insetti indicati siano dei veri trasmettitori.

In alcune regioni del bacino del Mediterraneo sono stati riscontrati affetti da leishmaniosi in discreto numero i cani (in Spagna fino all'11% circa). Questa osservazione ha fatto sì che, specie per il bacino del Mediterraneo, il cane venisse sospettato quale animale trasmettitore della malattia. Non è ancora chiara la parte spettante al cane nei riguardi della trasmissione del Kala-Azar, tuttavia si può ritenere escluso che tale animale possa rappresentare un serbatoio di parassiti.

Nelle Indie dove il Kala-Azar è molto diffuso verosimilmente l'ospite intermedio è rappresentato da un insetto — *phlebotomus argentipes* —, simile ad una piccola mosca (mosca della sabbia). Pare infatti che nel corpo di tale insetto siano stati ritrovati i parassiti della leishmaniosi.

La diffusione di questo insetto corrisponde presso a poco a quella del Kala-Azar; inoltre esistono senza dubbio dei rapporti tra le abitudini di vita dell'insetto e il dilagare della malattia. Così ad esempio il Kala-Azar si diffonde rapidamente sotto forma di epidemia in special modo nelle località umide, calde, dove la rigogliosa vegetazione impedisce la penetrazione della luce, tra

le capanne degli indigeni dove il pavimento non è protetto ed è sporco da escrementi animali; mentre cessa completamente ad altitudini oltre i 700 metri.

Da quanto è stato esposto è facile arguire come la profilassi e pertanto la prevenzione della malattia non può giovare di conoscenze ben precise sulla trasmissione del male e quindi urta contro difficoltà che, allo stato attuale delle conoscenze, sono insormontabili. Le misure di ordine preventivo non possono essere che quelle di carattere comune al gruppo di malattie a cui la leishmaniosi appartiene e quelle basate sulle ipotesi enunziate circa la trasmissione della malattia, considerate come vere.

Le misure profilattiche di ordine generale mirano alla distruzione dell'insetto trasmettitore ed all'allontanamento dei focolai di infezione. Poichè però il primo obbiettivo non può essere messo in atto se non parzialmente e per certe località, il maggior numero di sforzi è diretto all'accertamento dei focolai di infezione ed al loro isolamento. Di grande importanza infatti resta ai fini preventivi l'accertamento e la cura dei soggetti già malati in quanto è evidente come ogni malato rappresenti un focolaio, dal quale gli agenti trasmettitori possono prelevare materiale per nuove infezioni.

Sono infatti sorti in quasi tutte le zone dove la malattia è diffusa dei dispensari e dei centri di accertamento, nei quali l'affezione viene diagnosticata, curata o segnalata per la cura alle istituzioni competenti. Nell'Italia meridionale, specie in Sicilia, già da vari anni esistono dei dispensari per l'accertamento e la cura del Kala-Azar istituiti in special modo presso gli ospedali e le cliniche pediatriche.

Nei riguardi della prevenzione indi-

viduale, le misure profilattiche debbono essenzialmente mirare a porsi in condizione da evitare la trasmissione del parassita della leishmaniosi da parte dell'insetto trasmettitore. Per le località (specie l'India), ove la trasmissione per mezzo della mosca della sabbia sembra quasi accertata (almeno come quella più frequente a verificarsi) la lotta contro questo insetto direttamente od indirettamente deve costituire la misura più atta per prevenire l'infezione. Così si avrà cura di scegliere le abitazioni nei punti più elevati, che queste siano bene esposte alla luce ed all'aria, che intorno ad esse non permangano immondizie od escrementi animali, che il pavimento sia ben protetto possibilmente a cemento ecc.

E' utile ricordare che per la mosca della sabbia la zanzariera non serve in quanto l'insetto è così piccolo da attraversarla senza difficoltà.

Per le località ove non si conosce il modo di trasmissione del Kala-Azar è ovvio che le misure profilattiche si limitano a quelle di carattere generale con particolare riguardo all'igiene delle abitazioni ed a quella personale.

Sarà buona norma, considerare molto probabile l'ipotesi della trasmissione della malattia per mezzo di un insetto, proteggersi in tutti i modi possibili dalla puntura delle zanzare ed evitare che nelle abitazioni o peggio sulla persona pervengano e si annidino pulci, cimici, pidocchi ecc.

Per quanto infine sia da escludere che il Kala-Azar possa essere contagiato dal cane, è consigliabile evitare ogni dimestichezza con questo animale.

Leishmaniosi cutanea o bottone d'oriente.

Il nome di bottone d'oriente deriva dal fatto che l'affezione fu riscontrata in un primo tempo in Oriente; ma nu-

merose osservazioni hanno dimostrato che essa è diffusa in gran parte del mondo. Si riscontra in Calabria ed in Sicilia, nelle nostre colonie dell'Africa settentrionale ed orientale; è molto diffusa in Algeria e Tunisia, dove gli indigeni sono affetti fino al 30% della popolazione. La maggior diffusione in ogni modo è nelle regioni tropicali e sub-tropicali dell'oriente (India, Asia Minore ecc.).

La malattia si sviluppa generalmente durante le stagioni secche, sulla fine della stagione estiva o in principio dell'autunno, in prevalenza nelle località sabbiose ed asciutte; di preferenza nelle città o nei villaggi, più raramente nella campagna. Colpisce prevalentemente i bambini.

La l. cutanea è affezione che interessa quasi esclusivamente la cute, in particolare le zone di essa abitualmente scoperte (viso, mani, piedi), che non dà disturbi dello stato generale (febbre ecc.) se non eccezionalmente, che guarisce anche spontaneamente dopo sei mesi, 1 anno circa lasciando cicatrici indelebili.

Il quadro morboso generalmente si inizia con una o più piccole macchie rosso giallastre che subito si trasformano in piccole papule bruno-rossiccie fortemente pruriginose della grandezza all'incirca di una lenticchia, simili a quelle provocate dalla puntura di un insetto. Dopo pochi giorni sulla papula si forma una piccola vescicola che successivamente si rompe e dà luogo ad una ulcera rotonda. Questa ben presto si ricopre di croste giallastre, si presenta indolente, dura, e si va ingrandendo fino a raggiungere anche le dimensioni di una moneta da due lire o più.

Come si trasmetta questa affezione è problema ancora non completamente soluto. Sembra molto probabile che de-

gli insetti saggenti il sangue (forse del genere *phlebotomus*) siano dei propagatori del parassita, ma in proposito non esiste certezza.

L'osservazione secondo la quale gli europei la cui biancheria è stata lavata da individui affetti da l. cutanea ammalano essi stessi della malattia, fa supporre che l'affezione possa essere trasmessa attraverso la biancheria. Questa ipotesi sembra molto probabile ed è convalidata dal dato sperimentale secondo il quale la trasmissione della malattia direttamente da un uomo all'altro sembra possibile. Se si applicano infatti ad un individuo sano sopra piccole lesioni cutanee le croste dell'ulcera contenenti di solito molti parassiti, la malattia si sviluppa.

E' ancora oggetto di discussione se la l. cutanea possa essere trasmessa dai cani, perchè se è vero che i cani affetti della malattia sono molti, non è ancora bene accertato se la l. canina sia uguale a quella umana, nè il modo come possa verificarsi la trasmissione.

Da quanto è stato brevemente esposto è facile intravedere quali sono le misure atte a prevenire l'affezione allo stato attuale delle conoscenze.

Innanzitutto, poichè la l. cutanea si sviluppa principalmente sulle zone della cute scoperta, è consigliabile che esse siano oggetto di particolare attenzione nei riguardi dell'igiene, evitando quanto più possibile i contatti con oggetti sudici, evitando le morsicature di insetti, procedendo alla rapida disinfezione ed alla protezione di ogni piccola lesione cutanea. E' buona norma coprire con calzature le estremità inferiori.

Considerata la possibilità che la malattia possa contrarsi attraverso la biancheria, è prudente curare che questa non venga lavata da persone affette dalla malattia o da indigeni, specie nelle

località ove l'affezione è particolarmente diffusa.

Misure particolarmente utili possono considerarsi: la scelta delle abitazioni nel senso di evitare che esse siano poste in vicinanza di zone già infette o tra agglomerati di case indigene ove la malattia è diffusa; la lotta contro gli insetti, ammessa l'ipotesi che il morbo possa essere trasmesso da insetti suggenti il sangue (flebotomi).

Infine, poichè non si può escludere che la malattia possa essere trasmessa dai cani deve costituire buona norma di prevenzione evitare ogni domestichezza con i cani.

Leishmaniosi delle mucose o espundia.

Questa forma di leishmaniosi è diffusa in tutta l'America tropicale in specie nelle regioni ricche di foreste; solo eccezionalmente si riscontra negli altri continenti.

Il quadro clinico iniziale di essa è identico a quello della l. cutanea; il decorso successivo invece è diverso in quanto nell'espundia in un secondo tempo compaiono delle lesioni a carico delle mucose. Queste ultime sotto forma di

ulcere, a punto di partenza quasi sempre sul setto nasale, possono comparire anche dopo anni dall'apparente guarigione delle lesioni iniziali cutanee ed in genere provocano la distruzione dei tessuti del naso fino ad intaccare anche lo scheletro osseo.

In quanto alla trasmissione del morbo nulla ancora si conosce di preciso: le varie ipotesi non differiscono da quelle già accennate a proposito della l. cutanea.

Sembra assai probabile che la malattia venga trasmessa con la puntura di alcuni insetti e tra questi è ritenuto maggiormente responsabile il flebotomo intermedio, insetto suggente il sangue che si ritrova con frequenza nelle foreste dell'America del Sud. Infatti i boscaioli che vanno più degli altri soggetti alle punture di tali insetti, ammalano della l. delle mucose più di frequente.

Le misure di ordine preventivo pertanto sono identiche a quelle ricordate per la l. cutanea; la massima attenzione nel caso in specie deve essere rivolta alla difesa contro le punture di insetti.

Dott. S. FIANDACA

RASSEGNA DI ARTICOLI D'IGIENE

Viva Cien Años, Ottobre 1938, Vol. VI, n. 2, Buenos Aires.

Dott. DE LIO, *Che dice il vostro polso?*

Sebbene sia un'operazione semplice e modesta questa indagine richiede delle conoscenze provette per accertare con la palpazione ciò che più chiaramente ci dà il tracciato. Accanto alle accelerazioni fisiologiche ve ne sono altre patologiche; lo stesso deve dirsi del polso lento mentre le modificazioni del ritmo sono sempre patologiche.

Dott. RAMALLON, *Energia sessuale.*

L'istinto a torto è ritenuto come unico regolatore di questa energia anche perchè molte

persone desiderano aumentarlo sproporzionatamente superando i propri limiti.

Prof. PALANTI, *Uomini di grandi dimensioni o uomini vigorosi?*

Dopo aver ricordato il precoce sviluppo somatico negli adolescenti ai nostri giorni rispetto alle passate generazioni l'A. fa presente l'importanza che le ghiandole endocrine hanno per la costituzione e le caratteristiche morfologiche dell'adulto. Giustamente rileva che l'apparenza può essere ingannatrice e che gli individui semigiganti rassomigliano a certe frutta selezionate molto voluminose, magnifiche nell'aspetto ma di scarso valore nutritivo e di poco sapore.

Dott. ALZUA, *La miopia: difetto o adattamento?*

Certamente i lavori da tavolo molto contribuiscono allo sviluppo di questo difetto il quale si divide in due grandi classi, miopia maligna di origine infiammatoria, e la miopia degli scolari che è quella abituale. Recenti ricerche tenderebbero a interpretare la miopia più che come un difetto quale processo di adattamento dell'uomo alle necessità della vita moderna.

Dott. BARILARI, *Il clima.*

Non tutti gli organismi si comportano ugualmente nei riguardi della temperatura d'ambiente poichè mentre un determinato clima è benefico a molte persone può essere dannoso ad altre e pertanto occorre l'indicazione medica soprattutto per i climi che si allontanano molto da quelli abituali del soggetto.

Dott. PERRUSI, *Disturbi nervosi o disturbi ghiandolari?*

Poichè due sistemi nervosi e ghiandolari determinano il buon funzionamento del nostro organismo allorchè anche altri organi sono deficienti il rendimento lavorativo può essere buono purchè i sistemi suddetti funzionino bene.

Hijo mio, dicembre 1938, Vol. III, n. 9, Buenos Aires.

Dott. ALZUA, *Dove passare l'estate?*

Sono esposti i criteri che devono portare alla scelta di una villeggiatura, al mare, in pianura o in montagna soprattutto per i bambini per i quali il primo clima specialmente rappresenta una vera sorgente di salute; ma bisogna conoscerne le controindicazioni.

Prof. BUSSETI DE PLA, *Per far parlare il proprio bambino sordo.*

Sono esposti i consigli alla madre per risvegliare l'attenzione del ragazzo e vincerne l'emozione provocando l'istinto della parola utilizzando il giuoco.

Dott. SCHIAVONNE, *Il calore disturba i bambini.*

Indiscutibilmente il calore è un fattore predisponente nei disturbi digestivi e nutritivi pertanto nei mesi estivi la vigilanza sull'alimentazione deve essere maggiore in modo da evitare ogni errore dietetico.

La Vie Saine, dicembre 1938, anno VI, n. 4.

Dott. F. HEIM, *A proposito di malattie da raffreddamento.*

Sono causate soprattutto da brusche variazioni di temperatura, di umidità e dalla diminuzione dell'irradiazione solare; a ciò bisogna aggiungere la diminuita resistenza dell'organismo dovuta alla moderna civilizzazione. Una sana educazione fisica ed un giusto criterio di coprirsi nella stagione fredda, avendo soprattutto cura alle scarpe, potranno prevenire i raffreddori.

I denti e la salute.

Viene messa in evidenza l'importanza delle vitamine nell'alimentazione infantile per un regolare sviluppo della dentatura; successivamente sono indicate le attenzioni da avere per prevenire la carie la quale può costituire un pericoloso focolaio d'infezione per l'organismo.

Il reumatismo.

E' una malattia diffusa in Svizzera al pari della carie dentaria; tanto che in quella Nazione i due terzi dei militari malati sono causati dal reumatismo. In base ad osservazione empirica sembra che la mela abbia un'azione antireumatica specialmente consumata prima di coricarsi ciò che è stato confermato da alcune considerazioni mediche.

Vita Ratgeber, gennaio 1939, n. 27, Zurigo.

Si deve dormire in inverno a finestra aperta?

A questa domanda si deve rispondere affermativamente. Se si pensa che nell'atmosfera viziata della camera da letto l'uomo deve passare otto ore della sua giornata, vale a dire un terzo della sua vita, non sarebbe da meravigliarsi se al momento di alzarsi le sue membra sono più pesanti del piombo e il suo capo è tutt'altro che fresco.

Si riscaldi perciò la stanza da letto due ore avanti di coricarsi e si lasci aperto, durante la notte uno spiraglio della finestra. L'aria della notte è più pura di quella del giorno. Si ponga il letto non molto vicino alla finestra, si adotti una buona veste da notte e delle adatte coperte facendo in modo però che non risultino troppo pesanti. A quest'ultimi precetti devono fare attenzione specialmente i pletorici.

Notiziario

Nuovo concorso per medici presso l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

E' bandito un concorso per titoli ed esami a 6 posti di Medico nel ruolo del Servizio Sanitario dell'I.N.A.

Il termine utile per la presentazione della domanda scade alle ore 12 del 15 aprile p. v., limite di età 35 anni. Non è consentito l'esercizio privato della professione ed i medici sono tenuti a prestare servizio in qualunque residenza sia loro destinata. Stipendio lordo iniziale L. 17.169,40; eventuali aggiunte di famiglia e contributo per il trattamento di quiescenza.

Per chiarimenti ed informazioni rivolgersi al Servizio Personale della Direzione Generale dell'I.N.A. (Via Sallustiana, 51).

La docenza ad un nostro collaboratore.

Siamo lieti di apprendere che nel gennaio u. s. il dott. Fabio Marsella, Medico Capo dell'I.N.A. ha conseguito con voto unanime della Commissione la Docenza in Medicina Legale e delle Assicurazioni.

La Commissione era costituita dai Professori Moriani, Cazzaniga, Leoncini, Benassi e Palmieri.

Al nostro valente collaboratore Prof. Marsella inviamo i rallegramenti più fervidi.

Riunione del Comitato Medico Consultivo e dei Medici di Assicurazione Vita

Il 15 e 16 c. m. presso la Sede del C.I.R.T. in Roma si terranno le sedute della sessione invernale del Comitato Medico Consultivo. Successivamente il 17 nella stessa Sede avrà luogo l'assemblea annua di tutti i medici di Direzione degli Enti di assicurazione vita.

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

	Quinquennio 1931-35	Anno 1936	Anno 1937	Anno 1938	Totale 1931-38
<i>Interventi per:</i>					
1) Cancro ed altri tumori	42.787	24.422	31.332,50	30.282,25	128.773,15
2) Malattie delle ghiandole endocrine .	12.000	—	—	10.000	22.000
3) Malattie apparato circolatorio . .	21.648	895	—	8.523,40	31.066,40
4) Malattie del sistema nervoso ed organi dei sensi	66.861	—	16.766,70	15.377,85	99.005,55
5) Malattie apparato respiratorio . .	11.500	5.527	3.728,40	700	21.455,40
6) Malattie apparato digerente . . .	327.486	122.269,20	121.401,60	73.943,40	647.347,20
7) Malattie apparato urinario e genitale	165.908	38.791,50	37.782,50	39.224	281.706
8) Malattie della gravidanza e del parto	10.200	—	11.978,40	—	22.178,40
9) Malattie della pelle e tessuto cellulare	13.304	3.075	3.750	—	20.129
10) Malattie delle ossa ed organi della locomozione	16.881	—	—	12.504,40	29.385 40
TOTALE LIRE	688.575	197.226,70	226.740,10	190.505,30	1.303.047,10

Scuola di perfezionamento in Medicina legale e delle Assicurazioni della Regia Università di Roma.

Nel biennio 1936-38 si sono iscritti alla scuola 56 allievi cui sono state impartite complessivamente ben 407 lezioni integrate da numerose esercitazioni e dimostrazioni pratiche. Agli esami di profitto sono stati ammessi 33 specializzandi, tra i quali 4 laureati in giurisprudenza. Nelle due sessioni del 1938 hanno conseguito il diploma di specialista 28 candidati.

Per la difesa sanitaria degli iscritti alla G. I. L.

Tra il Comando Generale della G.I.L. e l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni è intervenuto un accordo per il quale l'I.N.A. mette a disposizione degli iscritti alla G.I.L. tutta la sua attrezzatura sanitaria.

La durata media dell'esistenza umana.

Alcuni scienziati svizzeri hanno studiato la media di vita degli europei.

Le cifre variano per le diverse Nazioni e ciò dipende da circostanze geografiche, climatiche, nuziali, professionali ecc.

Nei paesi nordici la vita è molto più lunga che in quelli del sud. Secondo le ultime statistiche la mortalità più bassa in Europa si ha in Svizzera, perciò la durata della vita è più lunga (61-63 anni). Gli altri paesi che vengono subito dopo sono la Norvegia e la Finlandia. La media della vita nel centro della Europa è di 45 anni. La Cecoslovacchia fa eccezione con una media di anni 56. In Francia la media è di 59. In Italia a causa della grande diversità di clima vi è la maggiore sproporzione. Infatti mentre in Lombardia è di 58-60 anni in Sicilia, la regione più calda d'Italia, le cifre sono le più basse di Europa con una media di vita di 45 anni.

In conclusione gli scienziati svizzeri hanno calcolato che la media di vita di un europeo è di 56 anni.

(da *Minerva Medica*).

L'Istituto di bonifica umana a Roma.

Con R. decreto-legge il Pio Istituto di Santo Spirito e Ospedali Riuniti di Roma è stato autorizzato a costruire ed arredare un Istituto di bonifica umana e ortogenesi della razza del quale facemmo cenno nell'ultimo numero. La spesa preventiva di lire 10.000.000 verrà concessa in mutuo dall'Istituto Nazionale Assicurazioni dall'I.N.F.P.S. e dalle I.N.F.A.I.L.

Nastri bianchi nella nostra famiglia.

La casa del dott. Vittorio Accarino è stata allietata il giorno 2 di gennaio d. m. dalla nascita di una graziosa bambina.

Il dott. Michele Andreucci ha avuto il giorno 8 febbraio la dolce sorpresa di un bel maschietto.

I migliori rallegramenti ai colleghi ed auguri ai piccoli nati.

Spigolature mediche

NATALITÀ NEI COMUNI COPOLUOGO DI PROVINCIA.

Mentre la relazione annuale sul movimento della popolazione nel Belgio ci apprende che nel 1936 in tre delle nuove Provincie del Regno il quoziente di mortalità ha superato quello di natalità e a Buenos Aires si pubblica uno studio sul movimento della popolazione il quale rivela che la natalità è discesa dal 48 % nel 1889 al 16,67% nel 1937, così come in vari altri Stati si assiste ad un declino impressionante delle nascite, in Italia si può rilevare un fenomeno di ripresa della natalità dovuto alle migliorate condizioni economiche e soprattutto alla vigile e provvidenziale politica demografica del Regime. La popolazione del Regno con i nazionali della Libia ha toccato al 31 ottobre 1938 i 44.000.000 e nei primi mesi dello stesso anno i quozienti di natalità dei capoluoghi di Provincia sono stati i seguenti: Littoria al primo posto con 49,7 ‰, Zara con 42 ‰, Foggia con 39,2 ‰, Matera con 38,8 ‰. Si arriva in ordine decrescente ad Alessandria con 14,7 ‰. Littoria da un quoziente di 47,5 è passata a 49,7 e Alessandria da 13,4 è passata a 14,7. Il progresso è dunque generale e si osserva sia nei capoluoghi che occupano i primi posti sia in quelli che occupano gli ultimi posti nell'ordine della natalità.

NATALITÀ IN ITALIA, GERMANIA E FRANCIA.

La « Revue de l'Alliance Nationale contre la depopulation » riporta un diagramma nel quale risulta il bilancio demografico del triennio 1935, 36.37 che si chiude in attivo per l'Italia con un'eccedenza di 1.151.000 nati, in Germania con 1.429.000 e in deficit per la Francia di 42.000.

Nell'articolo è posta in evidenza l'opera del Duce in favore dell'incremento demografico.

(Dal *Notiziario Demografico*).

UNO STUDIO SUI CENTENARI.

Su dodici individui appartenenti alla Repubblica georgiana la cui età variava tra i 95 e i 142 anni, si sono compiute osservazioni cliniche radiologiche. Clinicamente le alterazioni più notevoli riscontrate furono: atrofia della pelle con pigmentazione, perdita di tessuto adiposo, ipotonia dei muscoli e atrofia dei genitali.

In complesso i processi fisiologici della senilità in questi centenari (i quali conservavano un'attività normale per la loro età e una memoria lucida) avevano presi in modo uniforme tutti i vari organi, senza essere stati mai influenzati da malattie speciali salvo la malaria. I soggetti erano tutti esenti da tubercolosi e da forme reumatiche.

(*The Lancet*, 15 ottobre 1938).

L'AUTARCHIA PER LE DROGHE MEDICINALI OTTENUTA CON IL CONTRIBUTO DELL'IMPERO.

Le principali droghe esotiche che l'Italia importa attualmente dall'estero sono rappresentate dalla cassia, dal tamarindo, dall'aloë, dalla canfora e dall'oppio per un valore che nel 1937 si aggirava sui sette milioni di lire. Tali droghe provengono a noi per la maggior parte dalle Colonie Inglesi, e poi dalla Cina, dalla Turchia, dagli Stati Uniti e dal Canada. Ora l'Impero può assicurarci la completa autarchia anche in questo campo.

Anche la « canfora » ci può venire dalla Etiopia, ricavandola da una pianta arbore-scente, la « meriandra benghalensis » chiamata dagli indigeni « Nebebà ».

(da *Forze Sanitarie*, 31 dicembre 1938, n. 24).

CANCRO IN SVIZZERA.

Se si analizzano le statistiche date dalla Lega Nazionale contro il cancro in Svizzera, distinguendo i diversi gruppi di età, si constata che la mortalità per cancro è di-

minuita per tutti i gruppi di età fatta eccezione per quello delle persone di età superiore a 70 anni. La regressione della mortalità deve essere attribuita ai progressi della terapia. Con il miglioramento dei metodi di cura la mortalità per cancro sarebbe diminuita indietreggiando fino alle età avanzate, le quali pagano invece un pesante tributo alla malattia.

(da *Minerva Medica*).

ELENCHI AGGIORNATI DEI PERIODICI MEDICI ITALIANI.

L'Ufficio Stampa medica ha pubblicato la V edizione degli « Elenchi aggiornati dei Periodici medici italiani ». L'iniziativa, che ha dovuto superare varie difficoltà, dato il numero dei periodici (500 circa) e la instabilità di alcuni di essi, è degna della massima considerazione, rivolta come è ad uno scopo pratico. I periodici sono riportati prima in ordine alfabetico poi secondo le materie trattate e in ultimo secondo le regioni in cui vengono pubblicati.

L'ISTITUTO NAZIONALE PER LE RELAZIONI CULTURALI CON L'ESTERO NEL CAMPO DELLA MEDICINA.

Si è riunita la Commissione per la Medicina, la Biologia e l'Igiene presieduta dal Prof. G. Bastianelli.

La Commissione ha preso particolarmente in esame le condizioni attuali della stampa medica italiana e si è occupata della diffusione all'estero delle pubblicazioni più meritevoli. E' stata pure studiata la creazione di una Rivista di medicina, biologia e igiene redatta in quattro lingue allo scopo di far conoscere all'estero gli studi scientifici italiani.

VISITA MEDICA AGLI STUDENTI.

Il Decano della Facoltà medica di Lilla ha stabilito che prima dell'immatricolazione gli studenti siano sottoposti ad un esame radiologico e alla cutireazione tubercolinica; se i risultati sono negativi gli studenti saranno istruiti sulle precauzioni da adottare per proteggersi dal contagio nei reparti per tubercolotici.

INSEGNAMENTO DELLE LESIONI CHIMICHE DI GUERRA NELLE UNIVERSITÀ.

Il Ministero della Guerra ha segnalato la opportunità che nelle R. Università agli studenti in medicina siano impartite nozioni sulle lesioni determinate dagli aggressivi chimici di guerra.

Studi e ricerche di Medicina nelle Assicurazioni Vita

L'IPERTROFIA "IDIOPATICA", DEL CUORE IN ASSICURAZIONE VITA

Dott. MARIANO CLAUSI-SCHETTINI

Medico di Direzione dell' I. N. A.

Il Bouillaud nel 1836 dimostrò che le lesioni degli orifizi valvolari del cuore, già descritte dal punto di vista anatomicopatologico dal Morgagni, « sono per solito dei reliquati di un processo infiammatorio acuto » che chiamò endocardite e di cui stabilì il rapporto etiologico col reumatismo articolare acuto.

Prima del Bouillaud, dopo gli studi del Lancisi, le nozioni sulle malattie del cuore si erano mantenute incerte e frammentarie, tanto che il Senac (1749) aveva soltanto potuto pubblicare un trattato « Sulla struttura del cuore, la sua azione e le sue malattie » il quale è appena un abbozzo di patologia. Il Morgagni portò un notevole contributo allo studio delle cardiopatie al quale consacrò le lettere XVII e XVIII della sua celebre opera. Egli per primo descrisse in modo completo quella sindrome che oggi nei trattati vien detta ingiustamente di Adams-Stokes.

Ugualmente incerti e incompleti erano i mezzi di indagine semiologica che andavano dalla percussione, scoperta da Avenbrugger ed applicata dal Corvisart alla diagnosi delle malattie di cuore, all'ascoltazione scoperta ed applicata da Laennec.

La scoperta del Bouillaud venne a dare un vigoroso impulso allo studio delle cardiopatie e richiamò l'attenzione degli studiosi quasi esclusivamente sui vizi valvolari, i quali vennero man mano bene illustrati di pari passo col progresso dei metodi d'indagine applicati alla diagnostica delle cardiopatie. Così in breve volgere di tempo si giunge a conoscere

le cause e i segni di tutte le affezioni delle valvole e del pericardio.

Tuttavia restava nell'ombra un'importante, anzi il più importante, lato della patologia del cuore e ben presto gli studiosi dovettero accorgersene. Vennero così gli studi sulle miocarditi acute, sulle degenerazioni ed alterazioni croniche del miocardio a dare ragione di certe asistolie che non potevano trovare in un vizio valvolare la loro spiegazione. Ancora oggi però resta confuso un altro importante capitolo della patologia del cuore, quasi trascurato dai moderni trattati e assorbito in forma incerta da altri capitoli o designato sotto etichette che creano contatti inesistenti ed associazioni errate tra forme morbose del tutto diverse, non già perchè manchino le forme da inquadrare, che si trovano abbondanti invece nella letteratura e nella pratica, ma perchè manca una esatta interpretazione e discriminazione di esse. Non mancano studi e ricerche al riguardo e mentre vi sono alcuni osservatori che attribuiscono grande valore patologico a certi grossi cuori che si incontrano nella pratica in assenza di lesioni valvolari, di ipertensione arteriosa, di alterazioni renali, di lesioni pleuro-pericardico-polmonari, di infezioni o di elementi che possano esser presi come causa di una miocardite o come testimoni di essa, ve ne sono altri che non vi annettono alcuna importanza. Negare poi questa forma di ipertrofia cardiaca solo perchè non se ne riesce molte volte a scoprire la causa o assegnarle una causa banale e spesso insufficiente,

o inquadrarla nel capitolo delle miocarditi è per me un errore. Si può discutere sulla qualifica di « idiopatica » perchè non ci indica l'essenza del fenomeno; ma in medicina essa non è un punto di arrivo, bensì una sosta, una designazione provvisoria e pur necessaria senza della quale non si può qualche volta contrassegnare una forma morbosa.

Io penso che un gran passo si sia fatto su questa via con i lavori di Laubry e Walser sulle miocardie. Il termine di miocardia fu coniato dal Laubry ma è un po' arbitrario se anche ha il fascino della novità, in quanto non si tratta di una « patia » nel senso di Aschoff, nè si potrebbe parlare di una miocardite o di una miocardosi, non essendo in questa forma realizzata nè una « patite » nè una « patosi ». Si sa infatti che l'anatomia patologica suole assegnare alle « patie » tipi di lesioni sclerotiche in cui la reazione connettivale è squisitamente cellulare, iperplastica, mentre assegna alle « patiti » tipi di lesioni veramente infiammatorie in cui la reazione connettivale è di difesa ed accompagnata da fenomeni vascolari e cellulari, e alle « patosi » nel senso del Pianese tipiche lesioni essenzialmente degenerative delle cellule parenchimali, con susseguente reazione mesenchimale.

Nella miocardia nessuno di questi tre tipi noi troviamo, ed è certo difficile inquadrare questi casi sotto una etichetta che non si presti a critiche, come cuore da sforzo, cuore dei bevitori di birra, miocardite sine materia ecc.

Anche il termine di ipertrofia idiopatica del cuore non è esente da critiche in quanto non sempre l'ipertrofia esiste e non molto di rado la dilatazione prende il suo posto. Inoltre in diversi casi si può individuare la causa dell'ipertrofia alla luce delle moderne conoscenze e lo appellativo di « idiopatica », anche se nulla ci dice, deve ancora e solamente

restare per certe forme di origine oscura ma realmente esistenti nelle quali sembra che la deficienza stia costituzionalmente nel cuore stesso, anche se esso ha le apparenze della validità, e che su tale deficienza possano agire sfavorevolmente delle influenze che su un cuore normale non avrebbero azione dannosa.

Ogni cuore ipertrofico, anche quando mancano assolutamente le cause comuni ed efficienti dell'ipertrofia, deve essere ritenuto come un cuore che ha contratto già delle ipoteche sulle sue capacità di lavoro latenti. Nasce allora la tendenza alle degenerazioni grasse, alle iperplasie connettivali seguite da sclerosi, all'esaurimento funzionale, e quindi uno stato potenziale o attuale di debolezza inguaribile. Talora questi stati di debolezza sono transitori e regredibili, fino a un certo punto, quando le capacità non vengano superate.

Ho parlato di sclerosi e di degenerazioni grasse ma non vorrei che si pensasse ad una sopravvalutazione dell'anatomia patologica così come essa oggi ci illumina nel determinismo dello scompenso cardiaco. Essa infatti non ci può molte volte spiegare certe asistolie, per usare il termine non molto proprio di Breau, dove l'inchiesta più minuta resta senza risposta alcuna. La patologia del miocardio non sta tutta nelle degenerazioni della fibra cardiaca e nelle sclerosi interstiziali, anzi queste lesioni sono spesso la conseguenza e non la causa della stanchezza del cuore. Essa invece sta in buona parte nelle modificazioni delle proprietà funzionali della fibra miocardica indotte da cause estrinseche o, per quel che riguarda il nostro studio, forse da cause insite nella fibra stessa a volte risvegliate da fattori esterni che intervengono a turbare un equilibrio che sembrava perfetto e che poteva anche prolungarsi per lungo tempo se tali fattori non fossero intervenuti. Lesione struttu-

rale del miocardio ed insufficienza cardiaca non sono espressioni equivalenti.

Talvolta nel cadavere si trovano lesioni abbastanza estese del miocardio senza che in vita vi fossero stati dei disturbi dell'attività cardiaca, il che dimostra che le lesioni del miocardio, entro certi limiti, possono essere compatibili con una funzione normale del cuore. Per contro si danno casi, come quelli classificati da Laubry nel capitolo delle miocardie, nei quali ai segni di una grave insufficienza del cuore non fa riscontro alcuna alterazione del miocardio; oppure se qualche lesione esiste essa non è tale da poter dare conto della gravità dei fatti. In tutte queste varie forme i clinici, constatata la deficienza del cuore, notata l'assenza di sclerosi renale, di vizi valvolari, di sinfisi pericardica, di ipertensione ecc. hanno sempre adoperato una comune etichetta: miocardite. Ma non è giustificato parlare di miocardite solo perchè alla autopsia l'esame del cuore rivela la presenza di lievi alterazioni degenerative e sclerose, specie poi quando queste alterazioni fanno difetto. Certo le lesioni del miocardio possono compromettere il normale funzionamento del cuore; ma esse non hanno un valore patogenetico esclusivo, perchè spesso debbono essere interpretate come la conseguenza e non come la causa dell'insufficienza cardiaca.

La degenerazione grassa delle fibre miocardiche può essere compatibile con un lavoro normale del cuore, s'intende, entro certi limiti. Hasenfeld e Rodow hanno dimostrato che un cuore nel quale si sia provocata la degenerazione grassa mediante avvelenamento da fosforo sopporta come un cuore normale un restringimento sperimentale dell'aorta. Makenzie riporta certi casi in cui un cuore dalle pareti assottigliate e dalle fibre degenerate mantiene la sua funzione pure esistendo una tensione arteriale

elevata. La vacuolizzazione delle fibre muscolari, a volte incolpata di certe insufficienze cardiache è interpretata da Menetrier come conseguenza di un edema paranchimale, mentre da altri autori è interpretata come un artefatto della preparazione istologica. L'iperplasia connettivale è considerata da Lissauer come una conseguenza dell'edema cardiaco. Questo A. in 10 individui morti per asistolia ha trovato che le lesioni anatomiche erano insufficienti per spiegare la gravità dei fatti. Il carattere secondario, in alcuni casi, delle lesioni del miocardio, interstiziali e parenchimatose, è confermato dalle osservazioni di Cesa Bianchi. Esaminando il cuore di topi uccisi dopo essere stati sottoposti per diversi giorni ad una corsa continua di 8 a 12 ore questo A. ha trovato delle lesioni del miocardio che variavano a seconda della intensità della fatica. Esse andavano dalla perdita della striatura trasversale alla degenerazione grassa e rottura della fibra muscolare. Inoltre nei casi più pronunciati notavasi ipertrofia, congestione, edema ed iperplasia connettivale. Le lesioni non avevano però un carattere permanente, perchè tenendo a riposo i topi e poi uccidendoli; esse non si riscontravano più. Queste osservazioni costituiscono un sostegno alla teoria del « cuore cardiaco » e d'altra parte dimostrano che la fatica può produrre quelle stesse lesioni che caratterizzano la miocardite e che sono invocate a spiegare la stanchezza del cuore. E' un capovolgimento dei rapporti, in quanto quella che è considerata la causa diventa conseguenza nello studio di certe forme dette di miocardite. Non bisogna però esagerare e occorre ammettere che le alterazioni anatomiche possono essere anche primitive e che esse hanno in ogni modo la loro importanza nel concretarsi di un circolo vizioso fatto di influenze reciproche.

Ognuno sa come molto diversa sia la prognosi di una endocardite cronica reumatica a seconda che il processo infiammatorio è localizzato solamente all'endocardio o ha insieme intaccato il muscolo cardiaco, e come lo stesso vizio valvolare nelle stesse condizioni e in individui diversi produca effetti diversi che vanno da un adattamento del cuore alle nuove esigenze create dal vizio ad una caduta irreparabile, a volte improvvisa. In certi individui un vizio valvolare consente una vita lunghissima, mentre in altri determina a scadenza più o meno breve una insufficienza del cuore irreparabile. Gli è che in questi casi il cuore o è lesa dallo stesso processo infettivo o non ha in sé quelle necessarie capacità di riserva per una deficienza della sua costituzione. Il Vaquez ha richiamato l'attenzione sull'importanza di queste insufficienze che insorgono bruscamente e irreparabilmente per quel che riguarda la prognosi dei vizi valvolari. Taluni AA. sostengono che è inutile sapere se esista una endocardiopatia dimostrando la pratica che essa è spesso compatibile con un'attività normale del cuore. Tomas Lewis si disinteressava della diagnosi differenziale dei soffi che si ascoltano sul cuore e Makenzie non dava alcuna importanza alla presenza di una insufficienza mitralica perchè nulla dimostra, secondo lui, che nello stato normale la valvola mitrale non lasci refluire il sangue dal ventricolo all'atrio durante la sistole. Ora se questa è un'esagerazione è altrettanto esagerato dare importanza alla diagnosi di soffio e fermarsi alla insufficienza o alla stenosi senza preoccuparsi delle condizioni del miocardio.

Mi sono alquanto soffermato su questi concetti perchè essi ci saranno molto utili per la valutazione prognostica delle forme che son fatte oggetto di questo studio. Nel settore delle Assicurazio-

ni-vita la ricerca della prognosi lontana, subordinata ad una diagnosi per quanto possibile esatta e corredata da indispensabili conoscenze sulla etiologia, e patogenesi e anatomia patologica delle forme morbose che incidono sulla mortalità, costituisce una speciale caratteristica, un aspetto particolare della Medicina. Se il giudizio medico assicurativo si basa su dati statistici e su considerazioni cliniche noi dobbiamo vedere in ciò non un dualismo o un antagonismo ma un complesso inscindibile, in special modo per quel che riguarda il rischio aggravato, da cui scaturisce la valutazione. Nella formulazione di una prognosi individuale si trova sempre una osservazione statistica anche se sono assenti nelle apparenze e in quel momento le colonne dei numeri. Il clinico che emette un giudizio prognostico in quel singolo ammalato trae gli elementi fondamentali dell'apprezzamento dalla sua esperienza e da quella degli altri che ha appreso sui libri, esperienza che in fondo non è che osservazione di molti casi aventi le stesse caratteristiche del caso in esame e dei quali ha già visto il decorso e l'esito. Se il medico fa, dunque, anche senza accorgersene, della statistica questa non può servire alla formazione di un numero che l'attuario chiede per comporre il suo calcolo matematico se non è dal medico controllata e applicata con discriminazione e discernimento.

Non ci è possibile creare delle caselle che automaticamente e senza discriminazione possano accogliere il singolo rischio per contrassegnarlo con un numero venuto fuori senza il concorso di valutazioni speciali. Fatta diagnosi, per esempio, di insufficienza mitralica non è possibile inquadrare il rischio in una determinata casella senza avere prima fatto delle distinzioni tra le variazioni della tara stessa in rapporto al tipo della

lesione, alla causa che la ha prodotta, all'età del soggetto, allo stato del miocardio ecc., e solo con approssimazione noi potremo assegnarla all'una o all'altra categoria o sottocategoria. Il medico delle assicurazioni vita, per quanto debba avere una mentalità statistica e pertanto non a carattere individualistico, si troverà pure, in ultima analisi, a dovere classificare non l'insufficienza mitralica ma l'individuo affetto da insufficienza mitralica con le sue caratteristiche personali. Colui il quale assume il rischio ci domanda non un numero da applicare per esempio alla sclerosi apicale ma un numero da applicare a quel determinato soggetto portatore di sclerosi apicale che potrà avere in sé le caratteristiche di un rischio mediocre o cattivo o che per essere stato collaudato da dure fatiche sostenute o da altre prove fornite può dare e dà affidamento di una lunga sopravvivenza in rapporto a quella data malattia. In ultima analisi noi dobbiamo adattare il numero di sopra-mortalità non alla cardiopatia ma al cardiopatico, diversamente rischieremo di diventare o troppo severi o troppo arrendevoli. Insomma il medico delle assicurazioni vita deve essere anche un clinico e la clinica è scienza dell'individuale, perchè non è logico ed è fuori della realtà l'assegnazione automatica di una tara ad una casella. Le tavole di sopra-mortalità debbono stare al singolo rischio come la patologia sta alla clinica, e nella determinazione di una tara espressa in numeri se è indispensabile basarsi su dati statistici è pur necessario che essa tara sia quanto più possibile adeguata alle variazioni individuali.

Dopo questa parentesi riprendiamo l'esame dell'ipertrofia idiopatica del cuore.

L'ipertrofia è dovuta all'accrescimento delle pareti del cuore e la dilatazio-

ne all'ingrandimento delle sue cavità. Nel 1806 Corvisart distinse l'ipertrofia dalla dilatazione, e Bertin distinse in seguito tre varietà della prima: ipertrofia semplice, in cui si ha aumento delle pareti senza ingrandimento delle cavità; ipertrofia eccentrica, in cui pareti e cavità sono insieme aumentate; ipertrofia concentrica, in cui le cavità sono ristrette e le pareti ispessite. Bouillaud dimostrò che l'ipertrofia associata a lesioni valvolari era la conseguenza delle turbe meccaniche della circolazione che esse determinano e per molto tempo si pensò che non vi potesse essere ipertrofia senza lesioni valvolari. Un'altra varietà di ipertrofia fu segnalata da Bright collegata alla nefrite interstiziale e in seguito diverse altre ne vennero indicate come quella che si riscontra nelle deviazioni della colonna vertebrale, nelle forme tiroidee, nelle forme pleuropolmonari, nell'ipertensione in genere, nell'accrescimento del corpo ecc., ecc.

Potain faceva osservare che si può avere dilatazione senza ipertrofia, ma questa non è concepibile senza una dilatazione precedente. « Quando il muscolo, dice l'Autore, è così dilatato la massa sanguigna su cui deve contrarsi essendo più considerevole, lo sforzo che esso è obbligato a fornire per spingere il sangue nel sistema arterioso aumenta in proporzione. Ne risulta che l'ipertrofia sussegue necessariamente alla dilatazione ». Ma questa dilatazione non è quella ipotonica da sfincimento del miocardio, bensì è regolata sulle diverse esigenze circolatorie dalla attività tonogena della fibra miocardica. Non è sempre vero dunque che l'ipertrofia sia espressione di una reazione di difesa e che la dilatazione sia invece una segnalazione di pericolo, perchè questa, quando il miocardio sia sano, non è accompagnata da diminuzione di validità della sistole ma

entro certi limiti e in determinate contingenze è ipersistolica. Se il cuore parte da una maggiore lunghezza delle sue fibre l'energia della contrazione aumenta: è questa la legge di Maestrini-Starling. Ciò s'intende naturalmente per la dilatazione tonogena. Lo Starling dimostrò infatti nel 1918 che in condizioni normali l'energia della contrazione del cuore è in funzione della lunghezza delle sue fibre e che il lavoro utile del muscolo non dipende dalla tensione cui è sottoposto all'inizio della sistole come riteneva Franck, ma dall'afflusso di sangue venoso. Già il Murri fin dal 1887 aveva enunciato questa legge, senza averne trovato la ragione nella lunghezza della fibra cardiaca, affermando che « la pienezza delle cavità del cuore in diastole costituisce uno degli stimoli alla sistole ». E' questo in fondo il meccanismo dell'azione della digitale quando il cuore sia in condizioni di poterla risentire. In base a questi concetti Pende ha enunciato il principio dell'ortotono cardiaco. « Il cuore ortotonico possiede la capacità, regolata per mezzo di meccanismi neuro-chimici, di diminuire o allungare attivamente le sue fibre in modo da proporzionare il calibro delle sue cavità alla quantità del sangue che le attraversa ed in modo da poter aumentare l'energia della sistole secondo la legge di Maestrini-Starling, aumentando attivamente la lunghezza delle sue fibre alla fine della diastole, quando fosse necessario di espellere una maggiore quantità di sangue accumulata nelle cavità cardiache e viceversa poter diminuire il volume sistolico col diminuire della lunghezza delle fibre in caso di minor quantità del sangue circolante ». Il Segrè integrando la legge suddetta aggiunge il principio dell'allungamento tonogeno.

Quando le capacità normali di riserva vengono superate e il lavoro richiesto al cuore superi le sue ordinarie forze di

adattamento e di compenso nasce il fenomeno dell'ipertrofia che assicura un nuovo stato di equilibrio circolatorio che permette al cuore di compiere un lavoro che prima dell'ipertrofia non avrebbe potuto eseguire. Ma il nuovo compenso ha già intaccato le riserve del cuore e, aderendo all'opinione di Martius dobbiamo ammettere che le disponibilità del cuore ipertrofico si mantengono al di sotto di quelle di un cuore sano, capace di sopperire alle esigenze circolatorie nel suo volume normale. In forza di questo concetto le valutazioni delle cardiopatie in assicurazione vita si fanno più severe, in proporzione, oltre che degli altri elementi, del grado di ipertrofia raggiunto dal miocardio. Da una tabella del Friedmann riportata da Winternitz risulta l'influenza sfavorevole dell'ipertrofia sul decorso della mortalità in rapporto ai vizi valvolari:

Mortalità normale 100 %.

	Ipertrofia ass.	Ipertrofia modica	Ipertrofia notevole
Quoziente toracico-cuore . .	1,90	1,70-1,90	sotto 1,70
Tutti i vizi valvolari . . .	420 %	589 %	1092 %
Vizi mitralici .	505 %	613 %	868 %
Vizi aortici reumatici . . .	—	366 %	1228 %
Vizi combinati .	302 %	630 %	1558 %

Se nei dati riferiti il senso critico può fare entrare il fattore dilatazione non deve restar dubbio, in rapporto alle conoscenze che noi abbiamo sull'ipertrofia del cuore, che questa non migliora lo stato funzionale dell'organo nei confronti del normale ma, come ho detto prima, rappresenta una ipoteca sulle riserve di esso. Mentre l'ipertrofia dei muscoli dello scheletro costituisce un fatto vantaggioso il cuore ipertrofico costituisce sem-

pre un fatto anormale ed è sempre un fatto patologico.

Nella relazione svolta nel 1937 al III Raduno dei Cardiologi italiani Condorelli, Pepere e Chiovenda vennero alla conclusione di dare all'ipertrofia cardiaca un carattere squisitamente patologico. Scrive il Condorelli che il miocardio nella pienezza delle sue possibilità funzionali non modifica le sue dimensioni per compiere un lavoro maggiore. Nelle cardiopatie valvolari croniche le manifestazioni d'insufficienza di circolo sono da attendersi dove esista notevole ipertrofia cardiaca. Significato grave ha poi la rapidità dello sviluppo dell'ipertrofia. Lo stesso A. aggiunge che l'ipertrofia, espressione di danno miocardico, diventa a sua volta fonte di fatti degenerativi a cause delle turbe circolatorie coronarie che si verificano nelle sezioni del cuore ipertrofiche.

Sulla guida di questi concetti quando ci troviamo in presenza di un cuore che senza cause apprezzabili e riferibili ad ipertensione, nefrite cronica, vizi valvolari, alterazioni miocardiche seriamente ammissibili, in una parola senza il concorso di uno dei tanti momenti etiologici noti dell'ipertrofia noi dobbiamo essere autorizzati a pensare che quel cuore, trovandosi in un regime circolatorio che rientra nella normalità dei casi o che risente azioni varie generalmente non risentite, ha in sé delle note di deficienza che può solo colmare mobilitando le sue riserve.

Questa considerazione vale per i casi in cui si può e si deve ancora pensare ad una ipertrofia primitiva mentre altre volte, con i progressi delle nostre conoscenze etiopatogenetiche è possibile mettere in rilievo altre cause efficienti. Certamente, a mio avviso, il fattore costituzionale gioca in queste forme la sua parte non trascurabile, perchè è noto come la stessa causa in individui diversi

non produce gli stessi effetti sul cuore.

Per Cohnhein il cuore si ipertrofizza esclusivamente per opera di uno stimolo meccanico; ma Baccelli parlava già di una « ipertrofia irritativa » precludendo al concetto della esistenza, accanto alla ipertrofia secondaria o meccanica, di una ipertrofia primitiva dovuta a cause chimiche agenti sul cuore stesso.

Dagli anatomopatologi l'ipertrofia idiopatica del cuore è ammessa in quanto non è dimostrabile anatomicamente l'ostacolo circolatorio e si è indotti a pensare a cause di ordine fisiopatologico che non producono alterazioni dimostrabili. I clinici sono pure restii a formulare tale diagnosi quasi per un senso di ribellione alla parola che sta ad indicare il difetto delle nostre conoscenze e si appigliano a volte a cause che non convincono e non possono essere accettate senza riserva.

La possibilità, intanto, di una ipertrofia essenziale congenita è evidente. Iores afferma che non molto di rado all'autopsia di cadaveri di bambini si riscontrano ipertrofie cardiache che non possono essere spiegate con i dati forniti dall'esame anatomico e che sarebbero dovute a cause che hanno agito durante la vita fetale. Escludendo da questo gruppo le ipertrofie cardiache che si riscontrano insieme con ipertrofia del timo e che formano il gruppo delle ipertrofie da timo iperplastico — contrariamente a quanto pensa Howland, il quale rileva che non possiamo escludere una ipertrofia idiopatica del cuore solo perchè esiste un timo apparentemente grosso tanto che esistono casi di timo grosso senza ipertrofia cardiaca — Manca ha studiato la forma sulla scorta di alcune osservazioni personali. Egli ha trovato nella sezione di un caso di ipertrofia idiopatica congenita del cuore all'esame istologico non ben differenziate, a carattere embrionale.

Secondo Schmineke sono casi questi di raddomiosomatosi. Questo A. sostiene che accanto alle forme circoscritte esistono anche le forme diffuse che possono portare al quadro dell'ipertrofia idiopatica congenita del cuore. Ora se consideriamo che Morpurgo studiando l'ipertrofia muscolare ha potuto affermare che l'ipertrofia si svolge soprattutto a carico delle fibre più sottili, riferendoci a quanto avviene negli adulti e solamente in linea di ipotesi, noi potremmo cercare se esista nelle osservazioni di Manca un fondamento per poterci spiegare l'origine delle deficienze costituzionali ammesse che vengono anche invocate, accanto ad altri fattori, dal Pirera e da numerosi altri AA.

Nel 1885 Germain Sée seguendo l'opinione di Richard Plaff in una sua memoria ammise che « in molti individui dai 12 ai 20 anni il cuore subiva un aumento di volume esagerato in proporzione alle altre parti del corpo » e alla ipertrofia che ne risultava diede il nome di ipertrofia cardiaca di crescita. Secondo l'A. questa forma è caratterizzata da disturbi funzionali; palpitazioni, dispnea, cefalea e da segni fisici: aumento del volume del cuore, soffio sistolico e irregolarità dei battiti cardiaci. Combattuto da Paul e da Huchard questo concetto è stato aspramente criticato e negato dal Vaquez il quale sostiene che « sotto varie influenze il cuore può senza dubbio subire certe modificazioni nel ritmo ed anche delle dilatazioni passeggere. Molto verosimilmente queste dilatazioni si producono durante il periodo di crescita più facilmente che in qualunque altra epoca della vita, ma imputare ad una così detta ipertrofia idiopatica i disturbi significa misconoscere i fatti. Lo stesso A. aggiunge che tale diagnosi deve essere appoggiata dalla radioscopia ed accompagnata dalla descrizione delle cause che hanno provocato e accompa-

gnano l'ipertrofia. In fondo il Vaquez non rigetta il concetto di ipertrofia ma quello dell'idiopatia, e noi vedremo fra poco a proposito della miocardia come esistano realmente le forme di ipertrofia cardiaca senza alcuna causa apparente nella adolescenza e nella giovinezza, così come esistono nelle età più avanzate della vita.

Da una statistica fornita dall'Università di Strasburgo che fin dal 1929 pratica l'esame degli studenti nella Facoltà di Medicina risulta che su 1571 soggetti esaminati, accanto a vizi valvolari riconosciuti o sospetti e all'ipertensione, sono stati osservati 100 casi di aumento del volume del cuore di cui 39 sorvegliabili. Dominici e Businco nel resoconto della visita medica clinico-radiologica eseguita agli studenti universitari di Cagliari riferiscono di aver trovato su 375 soggetti esaminati 23 casi di ingrandimento totale del cuore la cui ombra appariva rotondeggiante. In questi casi all'esame clinico non esisteva che un rumore sistolico dolce alla punta senza segni neppure lievi di insufficienza. Non erano certamente questi soli che praticavano esercizi sportivi, che in fondo e generalmente non dovevano essere eccessivi, faticosi o prolungati trattandosi di studenti. Gli AA. non ci dicono se questi fossero tutti degli sportivi.

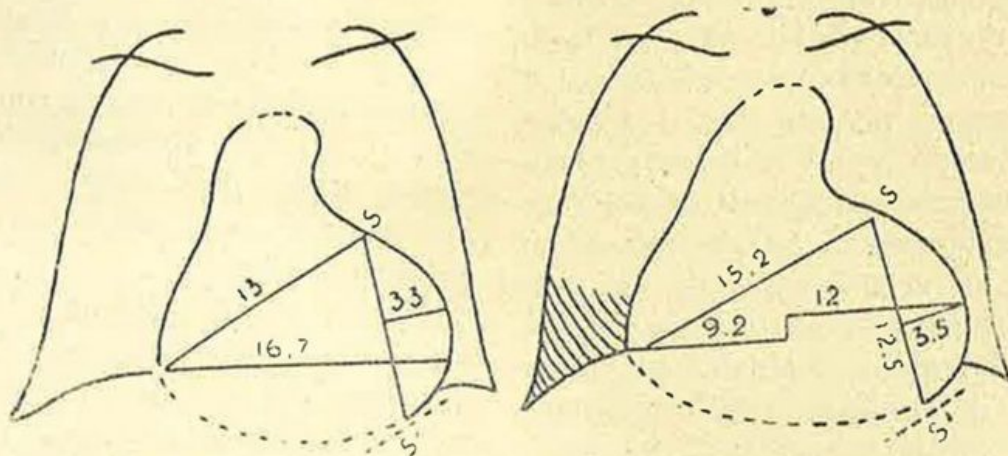
Nel 1879 Larcher in base ai risultati di 830 autopsie concluse che la gravidanza aveva l'effetto di ipertrofizzare il cuore. Questa osservazione fu accettata da Blot e Duroziez e contestata da Gerhardt, da Fredreich e da Frantzel. Quest'ultimo obiettò che il Larcher non aveva tenuto conto della statura delle donne, del loro peso né della causa della morte. Vaquez avendo osservato su 31 donne solo 7 volte uno sviluppo anormale del cuore imputabile, secondo lui, a cause diverse dalla gravidanza conclude che nulla autorizza ad ammettere nella

gravidanza una ipertrofia idiopatica del cuore. Ma il Vaquez ha un partito preso contro queste forme di ipertrofia, in apparenza o in realtà primitive, nelle quali, se non sempre è dato di individuare un momento etiologico comune ed efficiente, non si può parlare di ipertrofia secondaria nel senso usuale della parola. Egli è anche ribelle ad ammettere l'ipertrofia congenita primitiva. Non è nell'indole di questo studio entrare in merito alla questione e cercare di approfondire l'argomento per stabilire se e quando si possa parlare di ipertrofia primitiva, cosa del resto molto controversa ed oscura, ancora non risolta, anche se non mancano studi al riguardo. A me basta fissare che esistono nella pratica forme di ipertrofia cardiaca non secondaria nel senso usuale della parola, qualche volta imputabile a cause endocrine, biochimiche ecc., spesso muta dal punto di vista etiologico, nelle quali a mio avviso non è da escludere molte volte un elemento costituzionale e proprio del cuore.

Il Ramond, cui certo non fa difetto una larga ed illuminata esperienza, illustra un caso di insufficienza cardiaca primitiva con gravi segni di insufficienza ventricolare sinistra. A tal proposito ricorda che spesso l'insufficienza cardiaca primitiva non si manifesta con

una scena così eclatante ma provoca invece extrasistoli, tachicardia parossistica, tachicardia semplice; aritmie di cui svela l'origine miocardica l'esame fisico e specialmente l'esame radiologico che fa osservare un aumento di volume del cuore. Egli afferma che non è raro vedere l'insufficienza miocardica restare latente e non essere riconosciuta che per caso in occasione di un esame radiologico praticato non per il cuore ma per malattie dell'apparato digerente o dell'apparato respiratorio in soggetti che avevano presentato sì e no dei lievi disturbi funzionali senza aver sofferto malattie capaci di ledere il miocardio.

Il Pezzi si occupa della forma in discussione ed ammette, accanto alle ipertrofie cardiache consecutive a lesioni valvolari, a lesioni del pericardio, ad ipertensione essenziale o nefritica, a lesioni croniche del polmone « una ipertrofia cardiaca alla origine della quale non si trova nessuna ragione nè intra nè extra cardiaca e che perciò, all'oscuro come siamo della sua patogenesi, si può chiamare primitiva. Secondo l'A. l'ipertrofia precede le manifestazioni cliniche, spesso sorprende individui robusti nell'età media e a volte dei giovani senza alcun precedente. Quando il cuore comincia a cedere l'ipertrofia si è sviluppata da mesi o da anni. Radioscopicamente

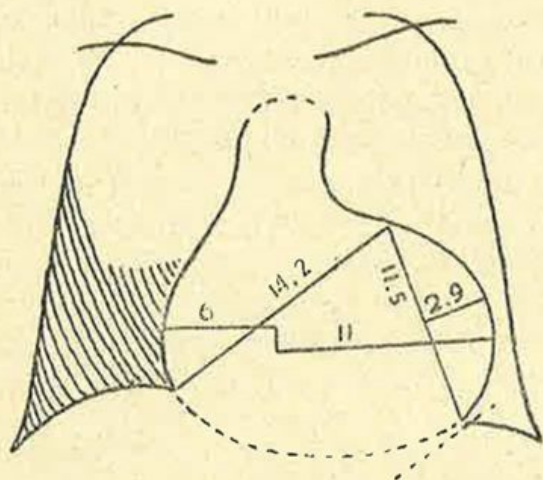


A sinistra: S... Luigi, 55 anni: ipertrofia cardiaca primitiva - Ortodiagramma.

A destra: C... Giuseppe, 52 ani: ipertrofia cardiaca primitiva - Ortodiagramma.

(da PEZZI)

si constata un'ombra cardiaca molto ingrandita che non ha e non adombra mai la silhouette dei cuori voluminosi da vizi valvolari e che ricorda piuttosto l'ombra del versamento pericardico. Lo stesso A. riporta nella sua opera tre ortoradiogrammi dimostrativi con l'illustrazione dei casi clinici rispettivi. Egli con-



Cat... Ruggero, 31 anni: ipertrofia cardiaca primitiva - Ortodiagramma.

(da PEZZI)

clude che « se la diagnosi di ipertrofia cardiaca primitiva è e deve restare una diagnosi eminentemente clinica, pur tuttavia una tale lesione possiede, se non una fisionomia radioscopica caratteristica, dei lineamenti che fino ad un certo punto permettono di identificarla ».

Dalle osservazioni cliniche il Pezzi arriva a domandarsi se in presenza di certi cuori in periodo di perfetto compenso e di normale attività che hanno un volume non troppo esagerato ma al di là della norma non sia lecito sospettare una evoluzione verso l'ipertrofia primitiva. Sembra che il sospetto possa essere concepito quando il cuore oltre ad un aumento di volume presenta una reazione diastolica ampia cioè una pulsazione esagerata non giustificata da tachicardia o da aumento della pressione. In questi casi spesso si trova facile dispnea, algie precordiali, palpitazioni cardiache.

Non credo sia fuor di luogo accennare qui al reperto radiologico del « cuore pallido » sul quale Pezzi per primo ha richiamato l'attenzione. Si osserva talora sullo schermo un'ombra cardiaca di volume e a contorni normali ma di una tinta così chiara che il contrasto normalmente forte fra cuore e campi polmonari appare notevolmente ridotto. Si intende che occorre escludere, perchè il fatto sia attendibile, errori di tecnica come l'utilizzazione di raggi duri e penetranti e l'esistenza di un campo polmonare poco luminoso per circostanze varie. Il pallore, dice il Pezzi, è talora così spiccato e i contorni così sfumati che la delimitazione riesce con molta difficoltà. Tale fenomeno è stato osservato dall'A. sia in cuori di volume normale, sia in cuori piccoli e sia in cuori ingranditi, e tutte le volte che era presente è stata constatata la concomitanza di turbe funzionali a carico dell'apparato cardiovascolare, con sensazioni dolorose alla regione precordiale, lipotimie, polso frequente, sensazione di freddo alle estremità, senso di angoscia e di annientamento. Il Pezzi ricorda il caso di un collega che avvertiva da tempo dispnea da sforzo, incapacità al lavoro di una certa entità e di tanto in tanto attacchi larvati di edema polmonare. Nulla si riscontrava all'esame clinico del cuore, normale era la pressione arteriosa, normale era pure l'elettrocardiogramma e solo la radioscopia rivelava un cuore di volume normale a contorni sfumati, con battiti impercettibili e fortemente pallido. Egli emette l'ipotesi dell'esistenza di pareti ventricolari più sottili del normale.

Tra le forme di ipertrofia « idiopatica, essenziale o primitiva » può essere inquadrata, fino a un certo punto, la miocardia di Laubry e Walser.

Come è stato precedentemente accennato esistono dei casi che presentano i

segni di un vizio valvolare scompensato dei quali invano l'esame clinico e le ricerche anatomopatologiche cercano di dare ragione. Sono quadri morbosi non sostenuti da alcuna lesione anatomica che lasciano perplesso il medico che trovasi ad esaminarli. Alla autopsia si riscontra un cuore ipertrofico e dilatato ma senza alcuna lesione delle valvole, dei vasi coronari, del pericardio, del miocardio, dei reni. Se in certi casi una lesione del miocardio esiste essa è minima e non tale da poter sostenere un quadro clinico così grave. Sono casi codesti in cui l'anamnesi non rivela alcun precedente infettivo ed in cui intervengono fattori nuovi che non siamo abituati a trovare nel comune etiologismo delle cardiopatie. In questa deficienza etiologica e nel carattere progressivo della sindrome sta appunto l'individualità della forma morbosa. Il Walser ha descritto un caso molto tipico. Si trattava di un giovane che si sentiva affaticato dopo il lavoro della giornata ed avvertiva una debolezza insolita dopo un lavoro un po' faticoso. Egli non aveva la sensazione della gravità della malattia nè dava a chi lo osservasse, a prima vista, una tale impressione. La pressione arteriosa era 125-80. Cosicchè si restava stupiti di trovare all'esame dell'apparato cardiovascolare segni di una gravità impressionante, e cioè polso piccolo e frequente, galoppo presistolico e, a carico del fegato epatomegalia. La Wassermann è negativa, nessun dato anamnestico; la madre soltanto riferisce che l'infermo da piccolo soffriva di dispnea che gli impediva di partecipare ai giuochi dei compagni e gli dava molta molestia andando in bicicletta. Exitus improvviso. All'autopsia non si riscontra alcuna aderenza pleurica, ne sinfisi pericardica, non esistono lesioni valvolari, non alterazioni delle pareti. L'aorta è normale, l'esame del polmone rivela un

inferto molto esteso della base destra; fegato e milza ingranditi, i reni pure ingranditi, non presentano alcuna alterazione. Le capsule surrenali sono normali.

L'esame microscopico del miocardio non rileva alcuna alterazione interstiziale nè delle fibre cardiache. Il cuore è molto ingrandito e raggiunge in questo giovinetto di 16 anni il peso di 490 grammi. E' molle, flaccido, a pareti assottigliate e pallide. La dilatazione prevale sull'ipertrofia.

Iosserand e Gallavardin descrissero sotto il nome di « miocardite subacuta primitiva » una sindrome clinica molto simile alla miocardia. Dei tre casi riportati dagli autori due possono essere imputati a lesioni anatomiche del miocardio mentre il terzo non presenta lesioni interstiziali o parenchimatose apprezzabili che possano spiegare la dilatazione ipertrofica del cuore. Tuttavia anche questo caso viene inquadrato a torto dagli Autori nella miocardite subacuta primitiva. E' il concetto puramente anatomo-patologico che domina ancora l'interpretazione dell'insufficienza cardiaca anche se nulla si può chiedere alla anatomia patologica, quando non si vuole ammettere l'ipertrofia « idiopatica » del cuore, prima delle osservazioni di Laubry e Walser.

Paviot, a proposito di due casi d'ipertrofia cardiaca primitiva trae le seguenti conclusioni: « certi grossi cuori affetti da ipertrofia detta idiopatica, senza lesioni valvolari, senza sclerosi del muscolo cardiaco, senza lesioni primitive dei reni debbono essere considerati come miocarditi ipertrofiche senza sclerosi assai lente e continue che portano all'aumento delle fibre cardiache ». Gallavardin così si esprime: « nessuno contesta l'esistenza di fatti di ipertrofia cardiaca voluminosa senza lesioni renali e senza alterazioni del mio-

cardio bene apprezzabili. Se la tensione arteriosa è normale si pensa, malgrado tutto, ad una miocardite difficilmente svelabile con i nostri mezzi di osservazione, perchè è certo un cuore malato quello che è obbligato a raddoppiare o triplicare il suo volume per mantenere nell'organismo una pressione normale. Lo stesso Gallavardin ha riportato dei casi di « cardiopatia non valvolare, di natura indeterminata con voluminosa dilatazione ipertrofica e ipotensione arteriosa ».

La teoria infiammatoria è stata sostenuta anche dalla Scuola di Lione con a capo Paviot e Bouchut, nella monografia di Bonafè. Lo Strumpell parla dello strapazzo funzionale del cuore e ricorda il continuo sovraccarico della circolazione da immoderata introduzione di bevande e di alimenti (cuore da birra di Monaco). Altri parlano di miocardite alcoolica, di cuore da sforzo, di cuore da mioma uterino, di cuore emotivo, di cuore da disendocrinia. Il Laubry parla di ipotonia del miocardio, di una « miocardite funzionale ».

A parte la discutibilità dei fattori invocati dallo Strumpell, quando il cuore e i reni siano sani, si danno molti casi in cui essi non esistono nè isolati nè associati.

Non è senza interesse che io consideri il fattore emotivo. Se l'emozione da sola potesse determinare un insufficienza cardiaca tutti i combattenti avrebbero dovuto conoscerla. Il cuore dei soldati vien messo a dura prova nelle ansie della trincea e nella esplosione degli assalti. I tipi della prima combinazione del De Giovanni, a predominanza simpatico-estesica, longilinei, vibranti di eccitabilità e di vita, che nella idealità della loro psiche, nella sensibilità della loro anima, nel facile tremore, nelle facili palpitazioni cardiache rivelano la loro eccitabilità non pagano un grande contri-

buto alla forma morbosa. Senza dubbio l'emozione è un fattore importante di strapazzo del cuore. Potain e Rendu così si esprimono: « le emozioni imprimevano al cuore delle scosse e lo annientano. Tuttavia esse non debilitano fortemente che i cuori predisposti per una deficienza costituzionale o per un fatto morboso pregresso ». Forse solo le emozioni di una violenza insolita possono intaccare un cuore anche sano.

Leconte e Tisnè su 28 casi che presentavano una tachicardia di guerra seguiti per diversi anni non hanno mai riscontrato segni di insufficienza cardiaca. In 8 casi gli Autori notarono la guarigione completa e negli altri 20 rimase qualche disturbo consistente in palpitazioni, vertigini, tremore. Con questi risultati concordano quelli di numerose osservazioni di altri Autori.

Langeron riporta l'osservazione di un soggetto giovane con note di acromegalia e affetto da insufficienza cardiaca irriducibile con cuore grosso, e pensa ad una forma di miocardia ipofisaria.

Negli Ipopituitarismi si possono avere modificazioni del ritmo (bradicardia) e ipotensione, e nella distrofia adiposogenitale, quando si arriva ad un esagerato sviluppo dell'apide, si possono avere alterazioni circolatorie dovute ad infiltrazioni grasse del miocardio. Nell'iperpituitarismo, e specialmente nell'acromegalia e nel gigantismo, si nota aumento di volume del cuore, dovuto ad iperplasia ed ipertrofia (Souza-Leite, Fournié, Messedaglia). Il cuore dell'acromegalico può andare soggetto a fenomeni di insufficienza e il quadro dell'acromegalia può essere chiuso da una insufficienza circolatoria totale.

Riporto qui i pareri circolari raccolti dal C. I. R. T. su di un caso del genere nel quale il rischio dell'ipertrofia è aggravato da altre tare:

TABELLA A.

Informazioni sanitarie sul rischio (1935)

Età a. 19. Nel 1935 grave trauma in seguito al quale all'assicurato fu praticata la splenectomia. Trattasi di soggetto ripetutamente curato (3 volte) con raggi X per acromegalia. Cuore notevolmente ipertrofico. Press. art. 100 mm. Hg.
Diagnosi: Acromegalia. Ipertrofia cardiaca Splenectomia recente.

	CONSORZIO ITALIANO	CONSORZIO CECOSLOVACCO	DANA	NORSKE FOLKE	COMP. SUISE	SVERIGE	VARMA	CONSORZIO AUSTRIACO	COMPAG. D'ASSUR. GÉNÉRAL
Può concedersi l'assicurazione nella forma « Vita intera »?			si						
Durata massima della assicurazione mista quando non può concedersi la forma « Vita intera »									
Premio normale per assicurazione mista 20 anni o per la minore durata sopra indicata ‰			41,01						
Premio aumentato per ‰			43,91						
Percentuali di aumento.			107						
Tabella di mortalità	H ^M	M ^S G	Tavola minima	Normale N. 1925		18 Comp. Svedesi ed. 1925		M ^S G	A. F.
Sopramortalità ‰			50						
Anni di invecchiamento			22						
Tasso di interesse ‰	4	4	4	4	3 1/2	4	5	4	
Condizioni speciali	Rifiuto	Rinvio di 1 anno	Scaglionamento del capitale assicurato in 5 anni salvo per il caso di morte da infortunio	Rinvio di 1 anno	Rinvio di 2 anni	Rifiuto	Rinvio di 1 anno	Rinvio di 2 anni	Rinvio di 1 anno

E. De Gennas e altri riferiscono di un malato che presentava una sindrome clinica caratterizzata da cirrosi pigmentaria, infantilismo e miocardia. La similitudine di questa osservazione con un'altra di Bezançon, induce gli Autori a pensare ad una sindrome endocrino-epato-genitale il cui studio solleva il problema della origine endocrina di certe cirrosi e di certe insufficienze cardiache senza lesioni anatomiche di miocardite descritte da Laubry.

Il Laubry avendo osservato una donna di 46 anni affetta da fibroma dell'utero, con abbondanti emorragie, sottoposta a Roentgenterapia con scomparsa brusca delle mestruazioni, che presentava insufficienza cardiaca senza causa apparente conclude ammettendo una insufficienza ovarica del determinismo della sindrome.

In verità non sembra che un ipoovarrismo o una soppressione ovarica possano determinare da soli una insufficienza cardiaca. La glandola ovarica può giocare soltanto una parte nella patologia cardiaca per le modificazioni cardiovascolari che determina. Nei giorni che precedono la mestruazione si nota spesso tachicardia, cardiopalmo, aumento della pressione arteriosa, instabilità vasomotoria, formazione di edemi fugaci di origine angionevrotica; durante la mestruazione si hanno invece bradicardia e abbassamento della pressione. Nelle donne che avevano già una tara cardiaca è frequente all'inizio del climaterio o durante il suo corso l'insorgenza di una insufficienza cardiaca sia lenta che acuta. Durante il climaterio possono insorgere anche crisi anginoidi che scompaiono a climaterio superato, e si presentano tachicardia e palpitazioni. La pressione arteriosa aumenta costantemente o quasi (secondo Pawimski nel 100 % dei casi e secondo Marañon nel 94 %). E' il caso di ricordare qui che Dagnini

e Sabatini nel XLIV Congresso della Società Italiana di Medicina interna hanno raccomandato di andar cauti prima di ammettere una ipertensione da menopausa. Nelle donne affette da anemia, tubercolosi, iposurrenalismo la pressione resterebbe normale e in quelle precedentemente ipotese si avrebbero lievi aumenti. Carattere dell'ipertensione è la instabilità, la variazione da un giorno all'altro e da momento a momento contrariamente a quanto si verifica nelle forme arteriosclerotiche e renali. Gli stessi disturbi si hanno nella menopausa artificiale. E' facile immaginare come in queste condizioni il cuore si trovi di fronte ad un cimento nuovo al quale non è abituato e se non ha in se le capacità di adattamento necessarie tradisce la sua impotenza con l'ipertrofia, la dilatazione, l'asistolia.

Le gonadi, se non da sole, hanno la loro importanza nelle modificazioni circolatorie della pubertà. Il « cuore da crescita », viene attribuito allo squilibrio che nella crisi pubere si viene a determinare nel sistema neuro-endocrino. Secondo La Franca le modificazioni del tono vegetativo e l'ipercinesi cardiaca che ne deriva possono alla lunga determinare un aumento di volume del cuore.

Anche volendo considerare il caso descritto da Laubry come un cuore « fibromatoso » (Myomherz dei Tedeschi) noi dovremmo per forza di cose ammettere l'esistenza di una causa nel cuore stesso. Difatti il cuore fibromatoso non costituisce una entità nosologica (Krhel). Esso è a volte l'espressione clinica di alterazioni anatomiche del cuore (Krhel) a volte l'espressione di un infantilismo dell'apparato cardio-vascolare (Strausmann Lehmann).

Jiosuè e Belloir hanno sostenuto che esiste una varietà di insufficienza funzionale del cuore ipertrofico dovuta ad una insufficienza delle capsule surrena-

li, ed hanno appoggiato la loro concezione su quattro casi esaminati.

Secondo questi Autori l'adrenalina sarebbe indispensabile per il mantenimento della tonicità, della contrattilità e della forza del miocardio, e venendo a mancare si realizzerebbe uno stato di stanchezza funzionale del cuore. Questi concetti però contrastano col reperto riscontrato allo schermo radiologico da vari Autori, nell'iposurrenismo, caratterizzato da un cuore piccolo, ipoplasico con aorta angusta.

La trattazione degli ipersurrenismi, sia ipercorticali che ipermidollari, ci porterebbe, per ragioni ovvie, fuori dell'argomento.

Importanti sono le ripercussioni sul cuore delle alterazioni tiroidee.

L'asportazione sperimentale della ghiandola provoca a carico del cuore alterazioni molto simili a quelle che si riscontrano nell'ipotiroidismo spontaneo dell'uomo. Esse consistono nell'indebolimento dell'attività cardiaca (ipotensione e bradicardia) scomparsa delle onde P e T dell'elettrocardiogramma e dilatazione cardiaca (Diaz e Brener). Si notano pure focolai di degenerazione cistica nel miocardio e fatti di sclerosi. Zondek ha osservato nel mixedema delle dilatazioni cardiache scomparse col trattamento tiroideo ed Eppinger ha descritto col nome di pseudo-degenerazione miocardica una sindrome fatta di edemi voluminosi, tachicardia e dilatazione del cuore. Eiselsberg, Bensen, Kish hanno trovato alterazioni istologiche del miocardio caratterizzate da degenerazione e scomparsa della striatura trasversale; qualche volta le fibre muscolari sono gonfie, raddoppiate o triplicate nel loro volume.

Nell'ipertiroidismo le modificazioni dell'apparato cardio-vascolare sono sempre presenti. Esse raggiungono il massimo nel morbo di Flaiani-Basedow. Nel-

le forme pronunciate si nota ipertrofia del cuore che si fa sempre più manifesta negli stadi avanzati della malattia e si passa infine alla dilatazione.

L'esame radiologico oltre ad un aumento di volume del cuore svela un tipo particolare di contrazione caratterizzato da escursioni ampie sistoliche e diastoliche e da espansione e contrazione rapidissime dell'ombra cardiaca.

Poco dopo di Parry, il quale segnalò la presenza delle alterazioni cardiache nel morbo di Flaiani-Basedow, Peter così definì il gozzo esoftalmico: « un grosso cuore, un grosso collo, dei grandi occhi ».

Molti Autori con Kraus ammettono che l'insufficienza del cuore da tireotossicosi è dovuta ad una degenerazione delle fibre muscolari, ma non è il caso che io tratti ora questo argomento.

Riporto qui i pareri circolari raccolti dal C. I. R. T. su di un caso di ipertiroidismo con ipertrofia del cuore nel quale naturalmente l'ipertrofia del cuore assume un significato più grave:

(Vedi Tab. B).

Nella rassegna delle molte possibilità etiologiche ammesse per l'ipertrofia cardiaca, alcune delle quali sono convincenti e possono sostituire il termine di « primitiva o idiopatica » mentre molte altre ci lasciano insoddisfatti, occorre ricordare pure le turbe del dinamismo vago-simpatico, le turbe qualitative e quantitative della vascolarizzazione del miocardio, della ossigenazione, della viscosità e dello stato chimico del sangue (glucosio, calcio, potassio, acido carbonico).

Una menzione speciale merita il cosiddetto cuore da sforzo sul quale gli studi non mancano, specie per opera di Medici specialisti nel campo della Medicina sportiva, ed i pareri non sono concordi.

Dirò subito che l'ipertrofia cardiaca

TABELLA B.

Informazioni sanitarie sul rischio (1937)

Età a. 62. Peso kg. 70. Altezza cm. 166. Torace cm. 99. Addome cm. 93. Padre morto a 66 a. di arteriosclerosi, madre a 70 a. per vecchiaia. Nel 1930 sospetto di ipertiroidismo (dimagrimento, nervosismo, tachicardia, sudori ecc.). Il metabolismo basale risultava elevato (più 15 %); con cure adatte si registrò notevole miglioramento e fu giudicato pressoché guarito. L'es. rad. in quell'epoca mise in evidenza struma retrosternale che spostava la trachea verso sinistra comprimendola un poco; il cuore appariva ingrandito verso sinistra. L'elettrocardiogramma non dava nessun elemento positivo: miocardio sano, cuore clinicamente normale. Obiettivamente: sistema nervoso normale, salvo leggero tremore delle mani, non segni oculari di basedowismo. Cuore ipertrofico in toto, toni normali. Polso 86-96 Press. Art. 125 mm. Hg. Gli altri organi normali.

Diagnosi: Ipertiroidismo. Ipertrofia di cuore.

	CONSORZIO ITALIANO	CONSORZIO CECO-SLOVACCO	DANA	NORSKE FOLK	COMPAGNIE SUISSE	SVERIGE	VARMA	CONSORZIO AUSTRIACO	COMPAG. D'ASSICUR. GÉNÉRALE	MÜNCHENER RÜCK
Può concedersi l'assicurazione nella forma « Vita intera »?		no	si	si		no	no	no		
Durata massima della assicurazione mista quando non può concedersi la forma « Vita intera »	10					10	18	14		
Premio normale per assicurazione mista 20 anni o per la minore durata sopra indicata %	111,40		74,20	64,20		122,18	85,40	86,93		
Premio aumentato per %	141,15		123,46	84,30		164,27	141,30	127,93		
Percentuali di aumento.	127		166	131		134	164	147		
Tabella di mortalità.	M S G		Hk + 2 a. di invecch.	Normale N. 1925		Tav. di mortalità del 1937	C 150	M S G		
Sopramortalità %	100		90	75		150	150	150		
Anni di invecchiamento	11		9			11		12		
Tasso di interesse %	4	4	4	4	3 1/2	3 1/2	4	4		
Condizioni speciali	Rifiuto				Rifiuto				Rifiuto	

da sforzo, come tutte le ipertrofie cardiache, non deve essere considerata come un fatto normale e pertanto deve essere valutata come un rischio aggravato.

Vaquez ritiene che l'ipertrofia cardiaca da lavoro debba essere radiata dalla patologia. Questo Autore insieme con Potain esaminò un certo numero di individui allenati agli esercizi fisici e constatò che il cuore presentava un aumento di volume proporzionato alla durata dell'allenamento per ritornare normale quando questo veniva sospeso.

Mentre sono di una chiara evidenza le ripercussioni sul cuore di uno sforzo isolato ed enormemente intenso non è altrettanto chiaro il rapporto tra sforzi ripetuti a lungo non eccedenti le normali capacità organiche e alterazioni cardiache.

Se noi escludiamo lo sforzo eccezionalmente violento dobbiamo seguire il Raab quando afferma che la dilatazione cardiaca da sforzo è sempre patologica e si verifica soprattutto nei casi in cui esiste una lesione organica. La storia del corridore di Maratona caduto morto appena comunicata agli Ateniesi la notizia della vittoria è l'antico celebre esempio della dilatazione acuta del cuore da sforzo. Un caso simile è quello moderno descritto da Dums di un soldato morto nell'entrare in caserma dopo una corsa fatta per non mancare all'appello, nel quale all'autopsia si trovò una degenerazione delle fibre cardiache di origine molto discussa.

Il Corvisart e il Testa ci tramandarono delle osservazioni cliniche di un aumento del volume del cuore in seguito a fatiche intense. Successivamente Bergmann, per consiglio di Bollinger, istituì delle ricerche nelle quali notò che gli animali sedentari come il maiale e la vacca avevano un cuore relativamente più piccolo di quello degli animali da corsa come il cavallo, il cane e soprattutto

il cervo. Da queste osservazioni alcuni Autori tedeschi conclusero che nell'uomo le fatiche fisiche dovevano determinare un'ipertrofia del cuore. Ma con l'applicazione dei metodi di indagine radiologica cominciano le prime osservazioni sulla diminuzione di volume del cuore dopo gli esercizi fisici di una certa importanza.

Il Moritz non poté constatare aumento di volume del cuore in alcuni lottatori e ciclisti sottoposti a sforzo intenso, servendosi del suo metodo ortodiagrafico e insieme con Dietlen notò addirittura impicciolimento del cuore in individui sottoposti a molte ore di corsa. Dovevano riferirsi dunque ad alterazioni o deficienze preesistenti del miocardio le osservazioni precedenti del Costa di dilatazione acuta fatte su 200 soldati durante le guerre americane e del Fraitzell che descrisse col nome di ipertrofia idiopatica del cuore lo stato di insufficienza cardiaca constatato in seguito a fatica. Il Viziano riporta, dopo aver consultato tutta la letteratura al riguardo, le opinioni di numerosi studiosi che si sono occupati dell'argomento e, sulla scorta delle sue osservazioni e di quelle dei numerosi autori consultati conclude che « al lume delle cognizioni attuali si può dire che il comportamento del cuore sano alla fine di una prestazione fisica sportiva o professionale consiste di regola nella diminuzione della sua ombra all'esame roentgenologico ». A convalidare questa opinione valgono soprattutto le ricerche di Cassinis, Bertolotti, Eppinger, Ackermann ecc. Osservando al contrario il comportamento del cuore durante lo sforzo si constata un aumento della sua ombra e ciò sarebbe conforme alla legge di Maestrini-Starling.

La mancanza di impicciolimento (ipocardiocvolume) dopo sforzo deve far sospettare una debolezza del cuore perchè

non si sa fin dove arrivi la dilatazione tonogena ammessa dal Cassinis e dove cominci quella ipotonica. Il Viziano avverte che questi casi vanno sorvegliati con molta oculatezza.

Se dallo sforzo fisico isolato passiamo ad esaminare il cuore nelle prestazioni fisiche di una certa entità e continuative le cose vanno diversamente e in una certa percentuale noi troviamo dei cuori ingranditi per i quali da alcuni, per lasciare impregiudicata la questione se si tratti di ipertrofia o dilatazione, si adopera il termine di Ipercardiovolume. Si ammette che l'ipercardiovolume, contenuto però entro stretti limiti, sia appannaggio frequente dei tipi di sport di lunga durata (Viziano) e che durante i periodi di maggiore attività sportiva si possa presentare un ipercardiovolume transitorio (cuore stagionale).

Non tutti gli Autori però hanno trovato tale aumento e molti altri lo hanno visto sparire dopo qualche tempo dalla cessazione degli esercizi. Iundel trovò il cuore grosso solo in uno di 10 atleti che da 10 anni avevano abbandonato lo sport e Middleton osservò un aumento nei giuocatori di calcio alla fine della stagione calcistica che perdurava per 5 mesi dalla fine della stagione stessa. Barden trovò il cuore grosso nel 5-10 % degli atleti esaminati e Dedichen, osservando 600 sciatori, trovò una percentuale del 14¹%. Contro l'ipercardiovolumetria si è schierato con una larga casistica il Rautmann secondo il quale non esiste un ingrandimento del cuore normale negli sportivi. L'obiezione che si muove a questa affermazione consiste nel fatto che egli condusse le sue ricerche, valendosi anche di quelle di Deutsch, su individui polisportivi (nel numero di 4000) mentre secondo quelli che ammettono l'ipercardiovolume questo sarebbe minimo o assente proprio nei polisportivi, forse perchè secondo loro, questa

categoria non eccelle in alcun sport e perciò evita le fatiche eccessive.

Secondo le ricerche di Cassinis negli sportivi arrivati al campionismo il cuore è in media meno ingrandito che nei soggetti che ne sono lontani e che pure fanno dello sport. L'Autore interpreta la minore ipercardiovolumetria come una prova di resistenza e di efficienza maggiori. Dunque se un aumento cospicuo del cuore è segno di deficienza anche l'aumento lieve non può essere preso come un segno di maggior validità rispetto al cuore di volume normale.

Dal punto di vista elettrocardiografico il Guarino negli individui sportivi esaminati non ha mai rilevato, ad eccezione di qualche soggetto, alcuna anomalia tale da far ritenere che la funzione cardiaca fosse in qualche modo compromessa per quel tanto che in questi casi l'indagine elettrocardiografica può dare. Secondo l'Autore questo rilievo farebbe escludere una alterazione del miocardio in quei casi nei quali la frequenza cardiaca dopo lo sforzo si è abbassata sotto il valore iniziale, segno questo secondo alcuni, di meiopragia cardiaca.

Le opinioni a proposito dell'elettrocardiogramma degli atleti sono ancora molto disparate e discordi, specialmente quando si vuol chiedere a questo mezzo di indagine più di quel che può dare.

Noi dobbiamo tenere presente che l'ipertrofia cardiaca da lavoro come osserva il Ferrannini non può essere considerata come una manifestazione fisiologica. Se il regime di lavoro aumenta o una malattia mette a cimento l'apparato cardio-vascolare il cuore ipertrofico si trova in uno stato di inferiorità rispetto al normale (Viziano). Un cuore ipertrofico è un cuore compromesso ed ha minorate le sue energie di riserva.

Il Pieraccini, a proposito del cuore da lavoro, ritiene che i lavoratori dal cuo-

TABELLA C.

Parere internazionale sulla circolare de' consorzio italiano N. 223 - C. G. (Esattore Comunale)

Informazioni sanitarie sul rischio (1934)

Età a. 41. Peso kg. 66. Altezza cm. 173. Torace cm. 83. Addome cm. 72. Collo cm. 36. Padre morto a 61 a. di polmonite. 2 fratelli morti a 30 e 17 a. di malattie acute. A 20 a. malaria. Durante la guerra cardiopalmo, fu poi riformato. Obiettivamente: cuore leggermente ingrandito; il limite destro è un cm. fuori della margine sternale destra e mezzo cm. fuori dell'emiclaveare. Press. 140-90 mm. Hg. L'esame radioscopico non fa rilevare segni di lesione organica dell'apparato cardiovascolare. Gli altri organi sono normali. Urine negative.

Diagnosi: Ipertrofia semplice di cuore.

	CONSORZIO ITALIANO	CONSORZIO CECO-SLOVACCO	DANA	NORSKE FOLK	COMPAGNIE SUISSE	SVERIGE	VARMA	CONSORZIO AUSTRIACO	MÜNCHENER RÜCH
Può concedersi l'assicurazione nella forma « Vita intera » ?	no	no	si		no		no	no	no
Durata massima della assicurazione mista quando non può concedersi la forma « Vita intera »	20	20			20		20	20	20
Premio normale per assicurazione mista 20 anni o per la minore durata sopra indicata ‰	49,37	45,01	44,75		41,81		45,70	48,29	
Premio aumentato per ‰	57,80	51,81	48,75		45,81		58,10	52,58	
Percentuali di aumento.	117	115	109		110		127	109	
Tabella di mortalità.	M H	S M G	Tav. per card. leggeri con 2 anni di dim. di età	Normale n. 1925		13 Comp. Svedesi ed. 1928	C ₂	S M G	
Sopramortalità %	75	75	40		50		150	50	fra 50 e 75
Anni di invecchiamento	10	9							9
Tasso d'interesse %	4	4	4	4	3 1/2	4	5	4	
Condizioni speciali				Richiede l'elettrocardiogr.		Rifiuto salvo nuova visita di controllo con elettrocardiogr.			

TABELLA D.

Parere internazionale sulla circolare italiana N. 32 - F. L. (Industriale)

Informazioni sanitarie sul rischio

Età a. 42. Altezza cm. 168. Peso kg. 84. Collo cm. 38. Circonferenza torace cm. 101. Addome cm. 102. Cuore leggermente ipertrofico. Toni netti 75/80; dopo emozioni aritmie. Individuo nervoso eccitabile.

	CONSORZIO ITALIANO	CONSORZIO CECO-SLOVACCO	DANA	MUNCHENER	COMPAGNIE SUISSE	SVERIGE	VARMA	CONSORZIO AUSTRIACO
Può concedersi l'assicurazione nella forma « Vita intera » ?		si	si	no			si	no
Durata massima della assicurazione mista quando non può concedersi la forma « Vita intera »		10		20				
Premio normale per assicurazione mista 20 anni o per la minore durata sopra indicata ‰		96,94	45,20				46,30	48,33
Premio aumentato per ‰		108,81	63,66				63,80	59,03
Percentuali di aumento.		112	141				138	122
Tabella di mortalità.		AHm	Grande tabella per cardiaci	Aumento di età di 9 anni.			C 3	AHm
Sopramortalità %		150 %	160 %	75 %			200 %	100 %
Anni di invecchiamento								
Tasso di interesse %		4 %	4 %				5 %	3 1/2 %
Condizioni speciali	Rifuto				Rifuto	Rifutato per vizio cardiaco (ipertrofia, extrasistole, aortite?).	Sarebbe stata consigliabile effettuare la misurazione della pressione arteriosa.	

re affaticato, anche ad ipertrofia compensata, presentano debole resistenza alle malattie febbrili intercorrenti. « Questi operai dal cuore da sforzo, egli scrive, fanno nei nostri Ospedali da tre a cinque rapide successive comparse e la loro vita si chiude con fatti cardiaci e renali ». Micheli e Queirolo consideravano il cuore grosso da sforzo come una entità patologica e il Michelazzi ha sostenuto che le circostanze estrinseche (affaticamento) hanno una importanza minore di quelle insite nell'organismo e nella predisposizione particolare del cuore. Molti illustri clinici si sono schierati contro una cardiopatia pura da strappazzo che non può esistere quando il miocardio non sia precedentemente compromesso da tare ereditarie, costituzionali, tossiche, infettive (Maragliano, Castellino P., Castellino N., Devoto, Lewis, Brugsch Makenzie ecc.).

Con tali concetti l'ipertrofia del cuore sia detta idiopatica, sia detta primitiva, sia detta da sforzo o sia appellata diversamente deve essere considerata come rischio tarato o da rifiutare, tenuto conto dei vari fattori, delle varie condizioni in cui essa si esplica, dello stato dei rimanenti organi del soggetto, della sua professione o del suo mestiere, dello stato del suo ricambio, delle sue abitudini ecc.

A tal proposito riporto i pareri circolari raccolti dal C.I.R.T. su due casi di ipertrofia semplice in uno dei quali la sindrome non è pura e l'apprezzamento vale solo come indirizzo generale.

(Vedi Tab. C e Tab. D).

Il Semini considera come rischio tarato l'ipertrofia cardiaca primitiva e crede che la sopramortalità possa valutarsi da un minimo di 75 a un massimo di almeno 150 %. Considerato che a se-

conda dei casi, dell'entità dell'ipertrofia ecc. la forma morbosa può consentire una lunga sopravvivenza come può incidere gravemente sulla mortalità si può anche ammettere un minimo del 50 % e un massimo che può arrivare al di là del 150 % fino al rifiuto.

L'argomento che sono venuto esponendo è di un grande interesse in A. V. perchè certamente la forma morbosa nelle sue varie esplicazioni e nei suoi vari determinismi, intesa come una minorata resistenza del cuore, incide sulla mortalità generale, oltre che in forma diretta di malattia cardiaca, come causa di minor resistenza alle malattie, specie infettive.

Nella statistica delle cause di morte figurano miocarditi non precisate e malattie funzionali del cuore nelle quali deve entrare la forma morbosa che ho esaminato, certo per larga parte. Ecco per esempio la statistica del 1936 delle cause di morte per le malattie del cuore nel Regno.

Malattie del miocardio 25.161

a) Miocardite acuta 324

b) Miocardite cronica e deg. mioc. 12.432;

c) Miocardite non specificata 12.405;

Altre malattie del cuore 16.238

a) malattie funzionali del cuore 859;

b) altre non specificate 15.378.

E non c'è bisogno per comprenderne l'importanza del richiamo rivolto nel 1932 dalla Metro Life Insurance ai medici perchè osservassero che il 17 % dei sinistri in quell'anno dipendevano dalle cardiopatie, senza contare, aggiungo io, tutte le morti attribuite ad altre cause morbose ed avvenute per fattori cardiaci trascurati.

(La bibliografia sarà pubblicata negli estratti).

Moderne realizzazioni dell'indagine radiologica: La Roentgenchimografia

Dott. T. RICCIOTTI

Medico di Direzione dell' I. N. A.

La Roentgenchimografia detta anche radiochimografia (da *κῶμα* = onda, *γράφω* = scrivo) consiste in una speciale ricerca radiologica che serve a riprodurre fotograficamente i movimenti di un organo interno, avvicinandosi in questa possibilità alla Roentgencinematografia la quale non si è ancora diffusa per ragioni tecniche ed economiche.

Con l'applicazione della chimografia allo studio dei visceri toracici e addominali l'indagine Roentgen ha compiuto un considerevole passo avanti, uscendo dalla semplice raffigurazione statica per entrare nel terreno dinamico e nello studio anatomofisiologico degli organi in vita.

Prima d'ora a tal fine si ricorreva unicamente alla radioscopia; ma questa non consente un'osservazione molto prolungata dati i pericoli a cui espone paziente e osservatore, nè può permettere lo studio dei particolari quali i reciproci rapporti dei diversi punti in movimento a causa della fugacità dell'immagine sullo schermo. Perciò la chimografia — come si vedrà meglio in seguito — viene ad acquistare una individualità tutta affatto propria apportando alla diagnosi ed alla prognosi preziosi elementi non ricavabili spesso per altra via.

I primi tentativi si debbono a Gott e Rosenthal che nel 1912 ebbero la geniale intuizione del metodo: il fascio di raggi X, dopo avere attraversato il torace del soggetto in osservazione, veniva intercettato da uno schermo di piombo e solo una piccola parte riusciva

a passare attraverso una sottile fessura che lo schermo presentava. La lastra intanto, scorrendo con moto uniforme dietro lo schermo, riportava le impressioni delle successive posizioni assunte dai contorni cardiaci. Nacque così il primo rudimentale apparecchio Roentgenchimografico che presentava ancora troppe imperfezioni e per questo non potè affermarsi nella pratica.

Passarono molti anni fino a che nel 1929 Pleikart Stumpf introdusse una importante modificazione: sulla lamina di piombo egli fece costruire non una sola fessura ma più fessure l'una parallela all'altra. Si otteneva così il vantaggio di prendere in studio molti punti contemporaneamente anzichè due soli come era nello schermo a fessura unica. In questo tipo di chimografo — che è quello usato più comunemente — lo spostamento totale del film o della griglia non può essere superiore ai 12 mm. che è la distanza intercorrente tra una fessura e l'altra per evitare sovrapposizioni dei movimenti registrati dalle fessure vicine.

Tale necessità di limitare le grafiche di ogni rivoluzione cardiaca a pochi millimetri di film ha indotto un italiano, il Cignolini, a costruire un chimografo proprio. Egli distribuisce sui contorni del fascio cardiovascolare in posizioni scelte caso per caso in radioscopia preventiva brevi segmenti della fessura: questa risulta unica ma spezzata in piccoli tratti posti su linee verticali diverse, mentre un cronometro segna i tempi sulla pellicola. Il metodo di Cignolini è prezioso quando si voglia seguire per

un certo tempo il movimento dello stesso punto del contorno; ma per avere una visione globale di tutti i contorni dell'organo in esame si deve ricorrere al chimografo a fessure multiple sovrapposte di Stumpf.

Ridotto così ad un concetto schematico, il chimografo è costituito da una griglia di piombo munita di tante fessure parallele larghe da $1/2$ a 1 mm. ed equidistanti fra loro 12 mm. Questa griglia è posta fra il soggetto e la pellicola radiografica, parallelamente a questa, ed intercetta il fascio Roentgen. Quando si voglia usare l'apparecchio si fa compiere alla griglia un movimento uniforme dall'alto al basso (12 mm. in 3 secondi per il cuore) mentre dal tubo partono i raggi X. In tal modo ogni immagine lineare che si muova in senso perpendicolare alle fessure viene tradotta in una grafica che riproduce la velocità di spostamento: si avrà quindi una grafica pressochè orizzontale se il movimento è brusco, verticale se il movimento è lentissimo, più o meno obliqua se la velocità di spostamento ha un carattere intermedio. Come risultato si ottiene un film (radiochimogramma) che può essere letto direttamente sul negatoscopio come un comune radiogramma oppure — posto in uno speciale apparecchio di proiezione — può riprodurre sullo schermo i movimenti dell'organo in esame.

Passando ora alle applicazioni pratiche si può dire che l'organo su cui si è concentrata l'attenzione dei primi ricercatori e che ancor oggi maggiormente si giova della ricerca radiochimografica è il cuore.

In tal modo la cardiologia è venuta ad arricchirsi di un nuovo strumento d'indagine che in unione con l'elettrocardiografia rappresenta il più

moderno apporto della fisica applicata alla diagnostica in questa importante branca della medicina.

Il chimogramma e l'elettrocardiogramma, pure essendo in intima correlazione fra di loro, non rappresentano il duplicato di una stessa indagine ma hanno ciascuno una particolare fisionomia ed una propria ragion d'essere. Mentre l'immagine chimografica infatti rivela le condizioni della muscolatura striata (miocardio di lavoro), il tracciato elettrocardiografico denuncia lo stato del sistema muscolare specifico; quella è espressione dei fenomeni meccanici del cuore, questo dei fenomeni elettrici captati alla superficie del corpo. E se è vero che nei disturbi di ritmo e nelle sindromi da compromissione del miocardio l'elettrocardiogramma è prezioso, vi sono al contrario i vizi valvolari in cui il tracciato elettrocardiografico quando ha denunciato la prevalenza di una sezione o con termine più corretto la deviazione dell'asse in un certo senso ha detto tutto, se non è addirittura negativo come in numerosi casi di vizi gravi e con fenomeni di scompenso, il che ha portato eminenti cardiologi come il Boden e il Vaquez a mettere in guardia contro i reperti negativi poichè non costituiscono una garanzia sicura che il cuore sia sano e normale. Si comprende quindi la grande importanza che viene ad assumere molte volte il metodo radiochimografico capace di mettere in evidenza non solo la sede, la forma e le dimensioni dell'ombra cardiaca ma anche l'attività della sua muscolatura di lavoro centro propulsore nella dinamica circolatoria ed appare perciò più che giusto, al punto in cui oggi stanno le cose, che nelle cliniche e negli istituti specializzati il chimogramma e l'elettrocardiogramma non si scompagnino mai l'uno dall'altro, rientrando tutte le molteplici manifestazioni della sofferen-

za cardiaca nel dominio dell'una o dell'altra indagine.

Esaminiamo ora il chimogramma del cuore ottenuto con l'apparecchio a griglia mobile di Stumpff. Esso risulta di un'area opaca a contorni dentellati, che richiama nel suo insieme l'immagine cardiaca quale si osserva nel teleradiogramma del torace.

Essendo la seghettatura dei margini l'espressione della contrazione del muscolo cardiaco, dal carattere dei singoli componenti è possibile dedurre con sicurezza lo stato del muscolo in quel punto. Si distinguono nel contorno cardiaco, come in un radiogramma qualunque del torace, varie zone corrispondenti alla proiezione delle singole parti dell'immagine cardiovascolare: regione dell'atrio destro, regione vascolare destra, regione dell'aorta, della polmonare e atrio sinistro, regione del ventricolo sinistro. In ciascuna di queste sezioni il movimento ha caratteristiche proprie. Ad es. i movimenti ventricolari hanno la fase sistolica più rapida della diastolica (la prima caratterizzata da una linea orizzontale, la seconda da una linea obliqua) invece nella zona aortica e polmonare il movimento riveste caratteristiche opposte. Nella regione atriale gli uncini si presentano di vario aspetto, appiattiti, talvolta arrotondati, spesso bifidi. Generalmente nelle lastre ordinarie l'arco medio di sinistra si continua senza alcun accidente con l'arco inferiore; invece nel chimogramma si può stabilire con precisione il punto di passaggio tra i due archi (punto G) poichè i primi uncini ventricolari contrastano per la loro grande ampiezza e per la loro asimmetria coi piccoli uncini atriali. Così pure la punta si riconosce al disotto della cupola diaframmatica per le strisce di differente densità dovute ai movimenti di sollevamento e di abbas-

samento della regione nonchè al grado variabile di riempimento nella sistole e nella diastole.

Perciò con la chimografia si possono trovare con precisione i punti G e G' ed osservare lo sviluppo e l'attività reale delle singole cavità cardiache e dei distretti vasali.

Oltre alla forma delle strisce si deve osservare anche il numero di esse. Normalmente gli uncini compresi nello spostamento del film o della griglia (12 mm. in 3 sec.) e che corrispondono alle rivoluzioni cardiache sono tre o quattro. Se sono di più e si presentano stretti e appuntiti all'estremità vogliono dire contrazione del miocardio rapida e frequente come si ha ad esempio nella tireotossicosi; se invece sono di meno ed hanno notevole spessore ed estremità smussa vogliono deporre per una contrazione lenta e rara (ad es. intossicazione da sali biliari). Per tal modo già allo stato fisiologico possono aversi variazioni nel numero e nella larghezza degli uncini in rapporto alla fase respiratoria, alla posizione del corpo ecc.

In condizioni patologiche la Roentgenchimografia ci mostra alcuni quadri caratteristici di cui ricordo i principali:

1) Stenosi aortica: movimento accentuato nel ventricolo sinistro, scarso nell'aorta;

2) Stenosi mitralica: ampio movimento nell'atrio sinistro, piccolo nel ventricolo;

3) Insufficienza aortica: si ha un ampio spazio tra le strisce nella zona aortica quale espressione del movimento « a getto » dell'aorta;

4) Insufficienza mitralica: grosse strisce arrotondate in corrispondenza del ventricolo sinistro. Grande ampiezza di movimento nel territorio dell'arteria polmonare;

5) Extrasistolia: grande ampiezza

e durata di un movimento ventricolare sinistro corrispondente alla contrazione che avviene dopo la pausa compensatoria, ecc.

E così per molte malattie del cuore le cui caratteristiche radiochimografiche, tenuto conto degli aumenti di volume a carico di questa o quella sezione, non è difficile indovinare richiamandosi alla patogenesi ed all'anatomia patologica delle varie forme.

Di particolare utilità riesce l'indagine Roentgenchimografica in alcuni stati morbosi.

La massima importanza ai fini dell'Assicurazione Vita viene ad assumere la presenza di un infarto miocardico che denuncia una pregressa trombosi delle coronarie di natura arteriosclerotica o luetica. Qualunque ne sia la genesi, scomparso l'attacco pseudoanginoso della crisi acuta, nessun segno all'infuori del reperto elettrocardiografico e chimografico potrebbe far sospettare al medico la gravità del rischio essendo il soggetto in apparenza sano e negativo l'esame clinico. Ma l'esame chimografico rivela, dopo gli studi di Schilling, Bickenbach ecc., che a distanza di settimane e mesi nella zona ove l'infarto avvenne e che spesso è situata sul contorno ventricolare sinistro in prossimità della punta il movimento è estremamente ridotto o abolito come si può arguire dalle strisce confuse o appena accennate e meglio si apprezza con l'apparecchio di proiezione sotto forma di un brusco arresto dell'onda di contrazione al confine della zona lesa.

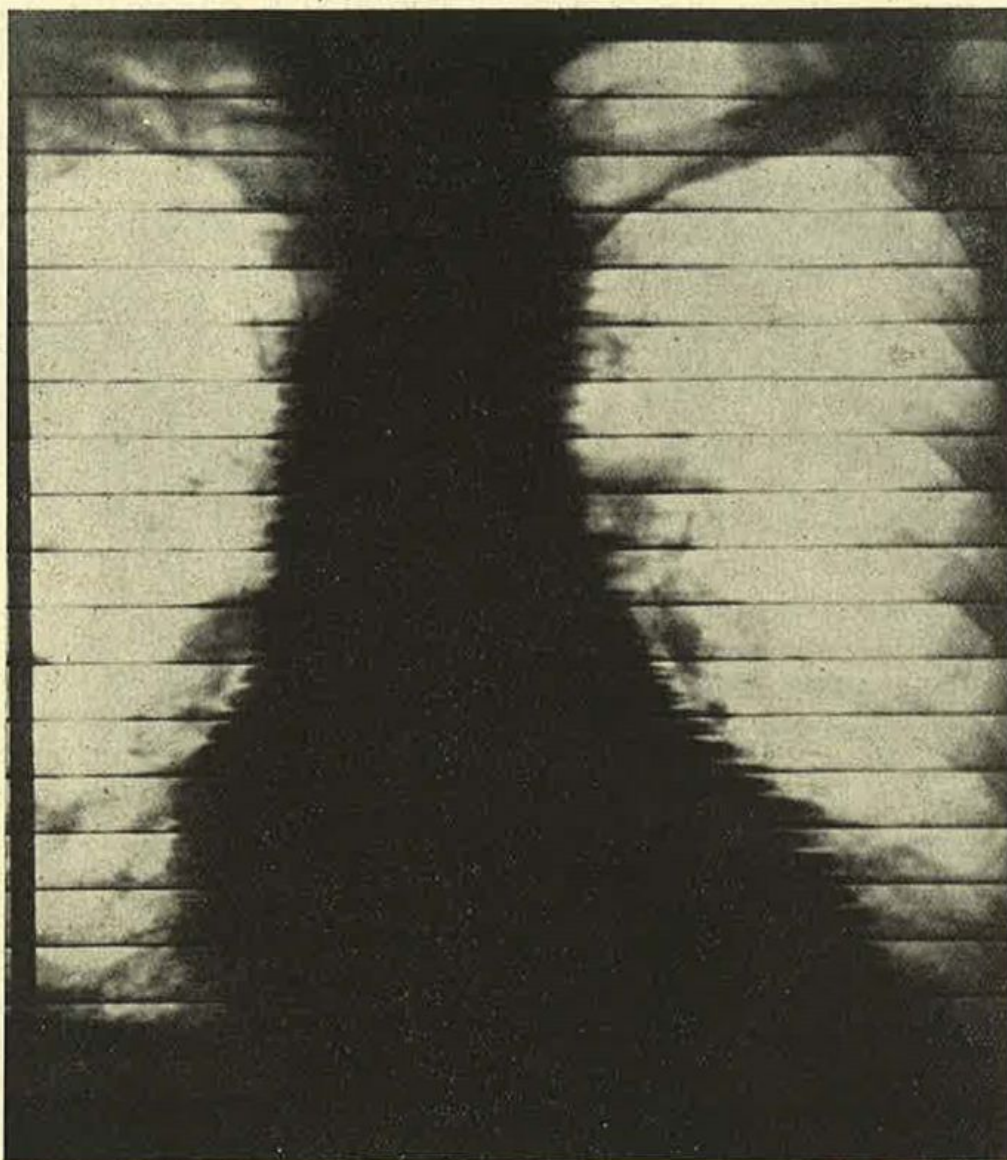
Altra evenienza in cui si ha un quadro chimografico molto caratteristico è il blocco atrio-ventricolare (v. fig.). In tal caso si osserva che gli atri pulsano con una frequenza molto superiore a quella dei ventricoli; poichè essendo interrotta la trasmissione dello stimolo gli

impulsi che originano nel nodo di Kaith e Flack si trasmettono solo agli atri e i ventricoli battono con il ritmo proprio lento e valido (strisce poco numerose, larghe, smusse).

Le ricerche di Weltz hanno dimostrato che la pulsatilità aortica dipende più dal movimento di locomozione che dalla distensione del vaso sotto l'ondata sistolica. Perciò nell'aortite e nella sclerosi dell'aorta, essendo questa fissa e indeformabile, si osserva una diminuzione della pulsatilità che spesso fa contrasto con le contrazioni rimaste ampie nel ventricolo sinistro.

La diagnosi differenziale tra aneurisma aortico e tumore del mediastino in senso lato può essere notevolmente chiarita dalla presa di un chimogramma che permette di seguire i contorni uncinati della aorta ascendente o discendente attraverso l'opacità cardiaca fino al diaframma e di apprezzare il carattere del movimento che ad esempio nello struma è unidirezionale mentre nell'aneurisma aortico è espansivo.

Altre diagnosi differenziali molto difficili dal punto di vista clinico e su cui la chimografia spesso è in grado di portare notevoli chiarimenti sono l'infiltrazione ilare e l'ingrossamento ilare da stasi; la miocardite con scompenso e la pericardite con notevole versamento (in quest'ultima le pulsazioni si affievoliscono e scompaiono sui contorni cardiaci mentre restano invariate nell'aorta) e così molti quadri nella cui discriminazione il fattore movimento ha un peso decisivo. Quante volte il radiologo non ha desiderato di fermare stabilmente in una grafica quella rapida successione di movimenti nel cui studio ha visto celata la chiave della diagnosi? Oggi questa possibilità è soddisfatta e l'albero ancora tenero della radiologia è venuto ad arricchirsi di un nuovo ramo che già lar-



Blocco atrio-ventricolare. Sono evidenti sul contorno sinistro del cuore il maggior numero e il diverso aspetto degli uncini atriali in confronto agli uncini ventricolari.

gisce buoni frutti e molti ancora ne promette per l'avvenire.

Infatti in questo campo è tutto un fervore di opere e di studi che giustificano le migliori speranze. Nel polmone il metodo chimografico ha dimostrato che non esiste una vera dominante verticale quale era intesa finora mentre esistono regioni polmonari soggette ai movimenti costali e diaframmatici e che la zona polmonare posta inferiormente agli ili segue i movimenti delle costole, ciò che costringerà a rivedere alcune concezioni sui vantaggi che si ottengono con la frenicoexeresi nelle le-

sioni del lobo superiore (Perona). Le aderenze sottili che tante volte sfuggono all'indagine radiologica diretta sono quasi sempre rivelate dalla Roentgenchimografia.

Nell'esofago si mettono in evidenza assai bene in caso di stenosi e neoplasmi le abnormi contrazioni al di sopra dell'ostacolo o del punto leso e l'assenza di ogni movimento nel tratto situato al di sotto di esso. Nello stomaco si studiano con esattezza le iperperistalsi nell'ulcera e l'arresto dell'onda peristaltica ai limiti con la lacuna di riempimento determinata dal tumore. I chimogrammi

dell'esofago, stomaco e intestino si osservano anche con l'apparecchio di proiezione che riproduce il movimento perchè non possa sfuggire la eventuale esistenza di movimenti invertiti. Le infiammazioni e specialmente i tumori dell'apparato digerente trovano la loro espressione chimografica in turbe cinesiche — caratteristico il movimento a fisarmonica del colon trasverso accentuato nello spasmo da colite — e nelle note *lacune di riempimento* che nel chimogramma proiettato si traducono in *lacune di movimento*. Chimogrammi si sono infine ottenuti — sembra con risultati soddisfacenti — anche nell'apparato urinario (uretere e vescica).

Tali in rapida sintesi i principi tecnici e tali le realizzazioni pratiche della Roentgenchimografia a tutt'oggi. Ma la larga messe del dottrinale che va sempre crescendo attende ancora di essere raccolta in una adatta sistemazione. Allora quando la nuova metodica si sarà affiancata sempre più alla clinica e all'anatomia patologica anche la Medicina Assicurazioni Vita non tarderà ad utilizzare per suo conto tutti quegli elementi che potranno riuscirle di giovamento.

Sta di fatto per ora che nell'ambito nostro la Rchimografia merita di essere segnalata come un potente sussidio a molte diagnosi cui aggiunge il documento obbiettivo di una lastra la quale ci fornisce con una precisione che per la sua stessa natura deve definirsi fotografica utilissime nozioni sulla tonicità e contrattilità delle fibre cardiache e quindi sullo stato anatomico-funzionale del cuore che tanta parte viene ad assumere nella valutazione prognostica del soggetto in esame. Perciò è naturale e logico che specie nell'esplorazione dell'apparato cardiovascolare accanto all'esa-

me elettrocardiografico e teleradiografico dovrà figurare sistematicamente quello Roentgenchimografico che dell'uno e dell'altro rappresenta il necessario complemento.

Con la Roentgenchimografia che si va sempre più affermando nella pratica l'indagine radiologica, superati i limiti del campo statico entro cui nella sua giovane esistenza si è gloriosamente mossa, è entrata nel concetto « vitale » anatomo-fisiologico che deve presiedere allo studio dell'essere vivente. Su questo terreno — senza cadere nel facile ottimismo che accompagna ogni innovazione — si può con fondamento pensare che la radiologia spazierà largamente e supererà le previsioni del grande fisico tedesco Kölliker il quale agli albori dell'era radiologica affermava che la meravigliosa scoperta del Roentgen avrebbe avuto nell'ambito della scienza applicazioni molto più vaste di quanto allora non fosse lecito supporre.

Il chimogramma riprodotto si riferisce ad un caso osservato dal Prof. G. A. Weltz.

A lui ed ai suoi collaboratori Dr. Peters e Dr. Brockschmidt rinnovo qui il mio vivo ringraziamento per la cortese ospitalità concessami e per gli utili insegnamenti di cui mi sono stati prodighi nello scorso ottobre durante la mia permanenza nel loro Istituto Radiologico a Monaco.

BIBLIOGRAFIA

- BODEN, *Elettrocardiografia per il medico pratico*, Soc. Libreria, 1935.
 BORDET E FISCHGOLD, *La Radiokymographie du cœur et des vaisseaux*, Masson, 1937.
 CIGNOLINI, *Radiologia Medica*, 1932.
 PERONA, *Minerva Medica*, 1936.
 STUMPF, *Das Roentgenographische Bewegung und seine Anwendung*, Thieme, Leipzig.
 STUMPF, Weber, Weltz, *Roentgenkymografische Bewegungslehre innerer Organe*, Thieme, Leipzig, 1936.
 VAQUEZ, *Malattie del cuore*, U.T.E.T., 1929.

La nuova reazione colorata di IDE per la diagnosi di sifilide

(Nota preventiva)

Dott. MARCELLO BIASIOTTI

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

Da più di un trentennio il problema della sierodiagnosi della sifilide ha, per la sua enorme importanza, richiamato l'attenzione dei ricercatori che si sono preoccupati da un lato di selezionare i metodi che per la loro maggiore sensibilità e specialità dimostravano di fornire nella pratica sierologica dati sempre più precisi e sicuri; e dall'altro lato si sono sforzati di perfezionare e semplificare i metodi già noti e di trovare mezzi di tecnica tanto semplice da rendere sempre più facile e più rapida l'indagine sierologica.

Tra i vari metodi di sierodiagnosi della sifilide alla reazione Wassermann spetta sempre il primato, ormai convalidato da più di trenta anni di larghissima ed universale esperienza; ma questa reazione richiede una tecnica così lunga ed indaginosa da esser sempre riservata a chi abbia buona esperienza di laboratorio e possa inoltre disporre di un laboratorio appositamente attrezzato. Lo stesso inconveniente, sebbene in minor grado, presentano le numerose reazioni di flaculazione sinora proposte che pur avendo incontrato largo favore per la loro tecnica più semplice e più rapida di quella della reazione Wassermann e per la loro maggiore sensibilità, richiedono sempre un laboratorio bene attrezzato, un notevole dispendio di tempo ed un personale specializzato, perchè sono molto delicate dal punto di vista tecnico e spesso di difficile lettura.

Intanto la sempre maggiore diffusione dell'accertamento sierodiagnostico nei sospetti di lues rendeva necessaria la

esecuzione degli esami sierologici anche all'infuori dei laboratori appositamente attrezzati ed il requisito della semplicità della tecnica e soprattutto della rapidità con la quale si ottengono i risultati assumeva una importanza sempre maggiore.

Oltrechè in tutte le branche della medicina specie nel campo della medicina delle Assicurazioni Vita è talora necessario avere in tutta fretta il responso dell'esame sierologico e da più parti è stata dimostrata la utilità di una sempre maggiore diffusione di tale esame fra gli assicurandi onde diminuire sempre più il numero delle infezioni ignorate o taciute e pertanto sfuggenti al controllo medico.

Ora tale diffusione era ostacolata specialmente dalla necessità del prelevamento del sangue per mezzo della puntura venosa. Perciò in questi ultimi anni, gli sforzi dei ricercatori mirarono specialmente al fine di trovare un metodo sierodiagnostico che richiedesse solo minore quantità di sangue prelevabile con la semplice puntura del polpastrello del dito o dello bulo dell'orecchio e che ad una estrema semplicità di tecnica si associasse una grande semplicità di esecuzione e chiarezza di lettura pur possedendo gli essenziali requisiti di alta sensibilità e specificità.

Fra le varie microtecniche finora proposte mi è sembrata particolarmente degna di studio la reazione colorata proposta nel 1936 dai giapponesi Sobei e Tamao Ide.

Secondo gli AA. tale reazione pur es-

sendo paragonabile alla reazione Wassermann per sensibilità e specificità, avrebbe l'enorme vantaggio di una tecnica semplice e rapida potendo venire eseguita in pochi minuti anche all'infuori del laboratorio e con una sola goccia di sangue.

Alcune ricerche di controllo praticate da ricercatori americani, giapponesi ed italiani hanno confermato i pregi di semplicità e rapidità di tecnica uniti alla necessaria specificità e sensibilità.

La tecnica della reazione è semplicissima: una goccia di sangue per mezzo di una apposita pipetta viene messa in una concavità di un apposito porta-oggetti cavo, diluita in una goccia di soluzione di Nace al 3,5 % mescolando bene con una bacchettina di vetro; si aggiunge una goccia dell'antigene Ide preventivamente diluita, si agita per alcuni minuti per mescolare bene e poi si legge ad occhio nudo o con una lente o con microscopio a cinquanta ingrandimenti.

In caso di reazione fortemente positiva si vedono benissimo ad occhio nudo dei granuli blu, se i granuli sono meglio visibili con mezzo ottico di rinforzo a seconda della loro grandezza si determina la positività media (++), debbole (+), o dubbia.

La reazione è negativa in assenza assoluta di granuli blu.

Per questi pregi di grande semplicità di tecnica, di estrema rapidità di esecuzione (potendo fornire una risposta in pochi minuti), buona sensibilità e specificità e soprattutto per il grande vantaggio di richiedere solo minima quantità (una goccia) di sangue o di siero, prelevabili con la semplice puntura del dito o del lobulo dell'orecchio, la reazione di Ide mi è sembrata particolarmente degna di considerazione.

Allo scopo di accertare se realmente la reazione di Ide potesse venire largamente introdotta nella pratica a fianco delle migliori reazioni di flocculazioni già note, ho iniziato una serie di ricerche di controllo su un cospicuo numero di luetici, di soggetti affetti da altre malattie e di sani. Grazie alla cortesia del Prof. P. A. Meineri, Direttore del R. Istituto Ospitaliero dermosifilopatico di S. Maria e S. Gallicano, che ha gentilmente messo a mia disposizione il ricchissimo materiale di ambulatorio e di corsia dell'Ospedale stesso, ho potuto in breve tempo eseguire personalmente la reazione di Ide su un notevole numero di campioni di sangue sui quali veniva praticata anche la reazione Wassermann e la Citochol.

Per quanto i casi da me esaminati non siano ancora in numero tale da permettere un sicuro giudizio sul valore del metodo, i risultati da me conseguiti concordano in linea di massima con le conclusioni dei precedenti ricercatori nel far ritenere la reazione di Ide dotata di specificità, e sensibilità paragonabili a quella della Reazione Wassermann pur presentando indiscutibili vantaggi di grande semplicità di tecnica e rapidità di esecuzione.

E' perciò mia intenzione aumentare ancora il numero delle mie ricerche comparative e di comunicare dettagliatamente in un prossimo articolo i risultati delle mie osservazioni; sono certo sin da ora che le conclusioni alle quali giungerò dopo una più larga esperienza su un più rilevante numero di osservazioni confermeranno pienamente i primi risultati dimostrando che la reazione colorata di Ide possiede tutti i requisiti necessari ad un metodo di laboratorio da usare largamente nella pratica corrente.

Indagini di Statistica Medica

Considerazioni su alcuni dati somatici su gruppi di popolazione italiana

Dott. PIETRO CIATTI

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

Uno studio del dott. Vicentini sull'*Assistenza Sanitaria* n. 2, 15 aprile 1937 fa rilevare, a proposito di 300 assicurandi Veneti, che la ripartizione degli stessi per tipi di costituzione, rapportata a quella degli assicurati Italiani, è simile alla ripartizione di questi ultimi inquantochè, sia nei primi che nei secondi, poco più della metà della popolazione considerata appartiene al tipo medio mentre l'altra metà si distribuisce in modo all'incirca uguale fra i sotto ed i soprappesi con una prevalenza nei Veneti, nei confronti degli assicurati Italiani, di soggetti in sottopeso ed in minima misura in soprappeso.

Questo interessante studio mi ha indotto ad una simile ricerca in un gruppo di assicurati sardo calabresi in prevalenza in età fra i 30 e i 45 anni.

La scelta dei sardo calabresi da parte mia è dovuta al fatto che, nelle investigazioni genetiche sulle razze Europee, la popolazione Sardo Calabrese, fra le popolazioni Italiane, può considerarsi tra le popolazioni geneticamente più pure perchè, quantunque recessiva rispetto al solo indice cefalico, è quasi immune dal biondismo e non conosce quasi affatto le alte stature, elementi questi che permettono di escludere senz'altro un intenso inquinamento da parte di popolazioni con caratteristiche opposte. Tutto ciò non può riferirsi invece, geneticamente parlando, alle popolazioni Venete che, pur presentando un rilevante omogenei-

tà assicurante loro, fra l'altro, una fisionomia abbastanza caratteristica, sono quasi certamente assai meno immuni da incroci eterogenei.

Queste diversità genetiche mi hanno indotto a ricercare se esista pure una differenza nella distribuzione, secondo un indice costituzionale da noi molto adoperato nell'Assicurazione Vita, degli individui appartenenti a questi due diversi tipi di popolazione, in considerazione fra l'altro dei rapporti di interdipendenza fra razza e costituzione riallacciandosi ambedue all'eredità. Sono da citare a tal proposito gli studi del Mayerhofer che ritiene i 4 tipi costituzionali del Sigaud identici alle 4 razze umane del Günter e gli studi del Sofer e dello Sternpiper che ritengono l'appartenenza al tipo leptosoma fondarsi sopra un substrato di razza nordica.

Tali raffronti sono stati da me estesi pure alla popolazione italiana in genere confrontando i risultati ottenuti con quelli del prof. Romanelli su 100.000 assicurati appartenenti indifferentemente a tutte le regioni d'Italia.

Debbo premettere però che la popolazione da me studiata, come quella studiata dal prof. Romanelli, comprende assicurati vale a dire soggetti che hanno subito un'accurata selezione da parte dell'Accettazione Medica da parte dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni mentre per gli assicurandi del Vicentini

si tratta solo di soggetti che hanno subito la autoselezione e quella della produzione.

Dato il piccolo numero dei casi (675) ho dovuto io pure, come il dott. Vicentini, rinunciare ad una suddivisione per classi di età. Anche per i sardo calabresi le misure somatiche sono state prese con le stesse modalità che furono rilevate negli assicurandi del dott. Vicentini e negli assicurati del prof. Romanelli.

Riporto le tabelle, concernenti alcuni dati percentuali sugli assicurandi Veneti e sugli assicurati Italiani, dai lavori dei due Autori sopra citati a cui ho affiancato le percentuali riguardanti gli stessi dati nei Sardo Calabresi.

La suddivisione per gruppi di statura per gli Assicurati Sardo Calabresi dimostra una netta prevalenza degli individui appartenenti alla classe di altez-

za compresi fra i limiti di altezza m. 1,46-1,70 comprendono, fra gli assicurati Sardo Calabresi, il 71,41% del totale, mentre per gli assicurati Italiani

Assicurati Sardo-Calabri	
Classi di statura	Osservazioni
146 - 150	7
151 - 155	30
156 - 160	83
161 - 165	169
166 - 170	220
171 - 175	111
176 - 180	48
181 - 185	5
186 - 190	2
	675

Classi di Statura	Frequenze percentuali		
	Assicurati Sardo Calabri	Assicurati Veneti	Assicurati Italiani
146 - 150	1,04	—	0,33
151 - 155	4,44	—	1,97
156 - 160	12,30	4,67	8,55
161 - 165	25,04	15 —	23,52
166 - 170	32,59	33,33	32,93
171 - 175	16,44	27,67	21,15
176 - 180	7,11	13,34	8,90
181 - 185	0,74	5 —	2,16
186 - 190	0,30	0,99	0,44
oltre 190	—	—	0,05
	100	100	100

za compresa fra m. 1,66-1,70 comprendente 220 casi seguita subito dalla classe di altezza compresa tra m. 1,61-1,65 con 169 casi. E' importante osservare che

tali gruppi comprendono il 67,30% del totale vale a dire vi è una netta tendenza dei Sardo Calabresi ad una statura inferiore a quella degli Italiani in genere.

Per i Veneti invece gli individui appartenenti alle classi di statura comprese fra m. 1,46-1,70 costituiscono solo il 53%.

Raffrontando nuovamente gli assicurati Sardo Calabresi agli assicurandi Veneti studiati dal Vicentini si osserva che mentre non compaiono fra questi ultimi soggetti appartenenti alle classi comprese fra le stature di m. 1,46-1,55 si ha una netta prevalenza, fra i Veneti, in confronto dei Sardo Calabresi, degli individui appartenenti alle classi di stature superiori a m. 1,70 e più precisamente mentre per i Sardo Calabresi tali classi di statura compaiono per il 24,59% per i Veneti e per gli Italiani compaiono rispettivamente per il 47% e per il 32,70%.

Questi dati vengono ancora a confermare, se si considera la statura uno fra i caratteri genetici, la diversità fra tali caratteri nei due tipi di popolazione Veneta e Sardo Calabrese.

La statura media dei sardo calabresi da me considerati è di cm. 166,73, quella dei Veneti del Vicentini è di cm. 170,73 mentre quella dei coscritti Italiani, rilevata dal Livi, è di cm. 161,1. Alle due prime però, per un esatto confronto, bisogna togliere due centimetri equivalenti all'altezza del tacco delle scarpe.

E' da rilevare che la statura rilevata dal Livi non ha più valore attualmente, essendo dimostrato, con accurate statistiche, che la statura media degli italiani è notevolmente aumentata per l'influenza delle migliorate condizioni sociali dovute alle assidue cure del Regime nell'opera instancabile per il miglioramento della razza.

Sono stato portato a premettere queste considerazioni per far rilevare la diversità che intercede, per l'importante carattere altezza, fra Veneti, Sardo Calabresi ed Italiani in genere. Tale diversità di comportamento, che si associa alla diversità di tali popolazioni per altri caratteri, quali l'indice cefalico e la pigmentazione, mi ha suggerito, per le premesse da me fatte sui rapporti tra razza e costituzione, di ricercare se dal lato costituzionalistico si notino differenze fra tali popolazioni ed a tale uopo mi sono servito dei tipi somatici costruiti dal prof. Romanelli e da noi adottati per il criterio di sopramortalità nell'Assicurazione sulla Vita in dipendenza dell'alta importanza che per l'assunzione dei rischi presenta, nel nostro campo, il peso somatico messo in relazione con la statura.

A tal uopo ho ricercato pure i pesi medi corrispondenti alle varie classi di statura dei Sardo Calabresi ed il peso medio di tutti i soggetti da me presi in

esame che è risultato, al lordo degli indumenti, di kg. 75,76.

Benchè gli assicurati sardo calabresi siano in scarso numero rispetto agli assicurati italiani ritengo che il confronto

Statura	Peso medio	Osservazioni
146 - 150	58,04	7
151 - 155	60,03	30
156 - 160	63,61	83
161 - 165	68,14	169
166 - 170	71,55	220
171 - 175	78,84	111
176 - 180	82,34	48
181 - 185	92,75	5
186 - 190	79,50	2

delle cifre percentuali dei tipi risultanti dalla classificazione per costituzione sia istruttivo.

Considerando sia i sardo calabresi sia i Veneti, sia gli Italiani in genere ri-

Tipi di costituzione		Frequenze percentuali		
		Assic- rati Sardo Calabri	Assic- rati Veneti	Assic- rati Italiani
Sotto- pesi	notevole . .	0,60	0,33	0,63
	medio . .	6,96	11,67	8,86
	lieve . .	8 —	12 —	13,10
		15,56	24 —	22,59
Tipo medio . . .		45,33	51,33	53,38
Sovrap- pesi	lieve . .	31,85	22,67	20,84
	medio . .	6,66	2 —	3,03
	notevole . .	0,60	—	0,16
		39,11	24,67	24,03
		100	100	100

salta subito come il tipo in sottopeso ed il tipo medio si trovino in minore proporzione fra i primi che non fra i secondi ed i terzi e precisamente mentre il tipo medio si presenta, fra i Sardo Calabresi, nella percentuale del 45,33 %, fra i Veneti del 51,33 %, mentre fra gli Italiani in genere del 53,38 %, il tipo in sottopeso si presenta nei primi con il 15,56 %, nei secondi con il 24 %, nei terzi con il 22,59 %.

Da queste cifre è da rilevare la netta differenza in meno, fra i Sardo Calabresi, degli individui in sottopeso e di tipo medio rispetto ai Veneti ed agli assicurati Italiani.

Frequenze percentuali degli assicurati della Calabria e Sardegna classificati per gruppi di età e per tipi di costituzione

Tipi di costituzione		Gruppi di età		
		20 - 24	35 - 39	50 - 54
Sotto- pesi	notevole . .			2,27
	medio . .	22,22	10,64	4,55
	lieve . .	22,22	7,45	5,68
		44,44	18,09	12,50
Tipo medio . . .		48,15	58,51	28,41
Sovrap- pesi	lieve . .	7,41	22,34	42,05
	medio . .		1,06	14,77
	notevole . .			2,27
		7,41	23,40	59,09
		100	100	100

Per i sovrappesi si verifica invece il contrario inquantochè tale categoria co-

stituzionale prevale fra i Sardo Calabresi nei confronti dei Veneti e degli Italiani in genere.

Sarebbe interessante ricercare, in questi due tipi di popolazione (Sardo Calabresi-Veneti), se i fattori genetici, per cui tali popolazioni differiscono, abbiano un'eventuale influenza sul modo di distribuzione delle diverse cause di morte nei singoli tipi costituzionali.

Ho voluto ricercare, limitatamente ai Sardo Calabresi, se diversità apprezzabili esistano nella distribuzione di tipi di costituzione nei tre gruppi di età compresi fra 20-24, 35-39, 50-54 anni.

Benchè le conclusioni desumibili da queste cifre siano premature data la scarsità dei casi a mia disposizione (209 ripartiti rispettivamente ai tre gruppi di età nella proporzione di 27, 99, 88) è da rilevare che, limitatamente ai casi suddetti, fra i Sardo Calabresi il tipo medio prevale nei gruppi di età fra i 20-24 e 35-39 mentre nel gruppo di età 50-54 prevalgono i soggetti in sovrappeso.

Solo un piccolissimo numero degli individui in sovrappeso si presenta nel gruppo di età fra i 20-24 anni (7,41 %).

Nel futuro, quando maggior materiale sarà a mia disposizione, mi riservo di ampliare questa ricerca estendendola oltre che ai Sardi Calabresi, ai Veneti ed agli Italiani in genere.

Le differenze esistenti nella distribuzione dei tipi costituzionali fra le due popolazioni abitanti per così dire ai due estremi poli della penisola ritengo siano da prendere in considerazione per lo studio comparativo dei dati di sopramortalità tra esse verificantisi.

Medicina legale delle Assicurazioni Vita

CONCETTO E LIMITI DI INVALIDITÀ PER "MORBO DI BUERGER", in Assicurazione Vita

Dott. FERNANDO MANOZZI

Medico dell' Istituto Naz. delle Assicurazioni

Per potere precisare con la maggiore approssimazione i limiti di invalidità per morbo di Buerger in assicurazione vita, è necessario conoscere bene quanto oggi è noto di questa malattia dal punto di vista dottrinale e dal punto di vista clinico, tenendo specialmente conto dei rapporti di causalità tra l'ambiente esterno, in particolare modo l'ambiente professionale, e il morbo.

Cosa è il morbo di Buerger? Winiwarter, allievo di Billroth, descrisse per primo la cancrena da endoarterite oblitterante e Buerger, chirurgo americano, illustrò nel 1908 la cancrena da tromboangioite oblitterante. L'una e l'altra forma nessuno più considera oggi anatomicamente e clinicamente distinte, ma consistendo la malattia in una alterazione primitiva dell'intima dei vasi sanguigni, sia afferenti che efferenti, va oggi sotto il nome di « Morbo di Buerger » o di « cancrena giovanile spontanea di Buerger » perchè l'esito di tale alterazione è lo sfacelo cancrenoso dei tessuti non più sufficientemente irrorati.

Il reperto anatomopatologico della malattia è sempre lo stesso, perchè i fatti iniziali sono sempre a carico dell'intima vasale e sostanzialmente identici; variano, s'intende, per estensione e intensità, i reperti anatomici che sono conseguenza delle lesioni vascolari: diretta per la contiguità della diffusione del tipico tessuto di granulazione che sarà poi

riassorbito ad opera del-connettivo, indiretta per il disturbo di circolo che l'occlusione vasale andrà poco a poco preparando.

A questa concordanza dei dati anatomico-patologici, fa riscontro la concordanza dei fenomeni clinici, di lieve conto ai primordi del male, clamorosi in seguito, quando l'endoangioite ha occupato vasti territori del circolo con lesioni definitivamente ostruenti e tali da non poter più essere aggredite, se non per lievi e transitori miglioramenti, da alcuna terapia conservatrice: entrerà in opera allora il coltello demolitore.

Reperto anatomopatologico e sindrome clinica caratterizzano dunque questa malattia, perchè non si può parlare di uniformità dei fattori causali.

La lesione prima consiste in una alterazione proliferativa, di natura probabilmente infiammatoria, dell'intima vasale, al di sotto della quale si forma un ispessimento tubulare o a cuscinetto sporgente nel lume del vaso: si identifica in queste zone di proliferazione un tipico tessuto di granulazione con cellule giganti e degenerazione fibrinoide. Nei casi gravi, per disgregazione dell'elastica interna, della media e della adventizia, i nervi circostanti e in breve tutto il tessuto perivascolare, vengono invasi da identici focolai e più tardi da tessuto cicatriziale (Klemperer).

Buerger è ancora oggi il più energico

sostenitore della tesi della natura infiammatoria del suo morbo: certo i processi proliferativi che si osservano in sede di interventi o di autopsia, sono sempre così caratteristici che non si può non riferirli alla conseguenza di uno stimolo o di stimoli vari, anche se questi ancora non sono individualizzabili.

Come per il morbo di Hodkin, la periarterite nodosa, le leucemie acute, così per il morbo di Buerger può dirsi che l'indagine scientifica riuscirà forse a svelare la biologia dello stimolo; a parte la sostanziale differenza è certamente molto suggestivo il parallelo che può farsi tra questa malattia ed altre caratterizzate anatomicamente da un tipico tessuto di granulazione e delle quali si conosce oramai l'agente causale o se ne garantisce l'appartenenza alla categoria degli esseri vivi, anche se ultramicroscopici, come per il reumatismo articolare acuto, l'endocardite reumatica, il reumatismo articolare cronico secondario, che poggiano sul substrato anatomico dei noduli di Aschoff-Meynet diffusi nel congiuntivo di tutto il corpo.

Non possiamo affermare se le alterazioni abbiano inizio nelle arterie o in queste e nelle vene contemporaneamente, perchè mancano autopsie di casi recentissimi, ma il m. di B. è una endoangioite obliterante e, sia contemporanea l'insorgenza artero-venosa o la malattia si diffonda poi alle vene direttamente o con l'intervento delle vie linfatiche, si tratta comunque di una stenosi del lume vasale che determina poi l'occlusione.

Vedremo in seguito, a proposito della terapia, che il quadro della stenosi è aggravato anche da un'alterazione dei normali processi di neuroregolazione.

Il tessuto infiammatorio verrà poi riassorbito dal tessuto connettivo che si sostituirà ad esso e si canalizzerà con una neovascolarizzazione assolutamente

insufficiente a ristabilire una vera e propria circolazione; infine, in una ganga di connettivo fortemente retratto, giaceranno i vasi completamente occlusi, i nervi e tutto il tessuto perivascolare: i chirurghi conoscono bene la quasi completa assenza di emorragia consecutiva agli interventi demolitori su arti cancerizzati per endoangioite obliterante.

Il m. di B. deve considerarsi una malattia frequente e « non deve ritenersi un privilegio poco allegro della razza israelita, come Buerger stesso ed altri hanno ammesso, giacchè essa è uniformemente diffusa in tutte le razze ed in tutte le regioni, con prevalenza però nelle regioni fredde » (Leotta). Oggi certamente è ancora più frequente, come alcune altre malattie che vanno di pari passo col progresso; spiegano questo aumento gli strapazzi più intensi e più frequenti, sia fisici che intellettuali, l'abuso di nicotina, le perfrigerazioni in alcuni sportivi e particolarmente negli ex combattenti che, nelle trincee, hanno dolorosamente sperimentato il vero, autentico tormento del freddo e dell'umidità.

La malattia preferisce quasi esclusivamente gli arti inferiori e il sesso maschile: vi sono solo 5 donne nei 500 casi descritti dal Buerger nel 1924. L'età prediletta è la giovanile, con una punta di maggior frequenza tra i 30 e i 40 anni: senza voler essere assolutisti, perchè in medicina l'assolutismo è presunzione, si può dire con Klemperer che prima dei 45 anni, sintomi occlusivo-spastici agli arti inferiori siano da riferirsi ad endoangioite, dopo, ad arteriosclerosi. Se si manifestano in un soggetto di 25-35 anni lesioni trofiche alle estremità e si possono, per chiari segni, escludere diabete e sifilide, alterazioni vasali di natura nervosa od embolica, non rimane da prendere in considerazione che il m. di B., e la diagnosi, sempre, s'intende, dopo

gli esami completi clinico e strumentale, potrà essere posta con quasi sicurezza.

Il freddo è micidiale per i predisposti al m. di B., e vi sono molteplici osservazioni di insorgenza delle lesioni vasali specifiche consecutive a lesioni da freddo sicuramente dimostrate: tali osservazioni riguardano in particolar modo gli ex combattenti e si suppone che le pregresse congelazioni abbiano portato, attraverso i vasa vasorum, abnormi regolazioni e prodotti abnormi del ricambio che possono sensibilizzare l'individuo predisposto (Klemperer).

Anche la nicotina viene chiamata in causa e sembra che giuochi un ruolo di primissimo piano come diretta responsabile delle primitive alterazioni dei vasi; solo però una piccola parte dei fumatori è colpita dalla malattia ed oggi anche le donne, che sono quasi immuni dal grave morbo, fumano e non più una sola leggera sigaretta all'ora del the. Secondo Leotta, al fumo del tabacco si è voluto dare un peso che realmente non ha, perchè in Oriente, ove è frequente la tossicosi nicotinica, è relativamente poco frequente il m. di B.

All'alcole si dà invece poca colpa, mentre tutte le malattie infettive che possono provocare lesioni dei vasi e sensibilizzare attraverso esse l'endotelio (tifo, febbre petecchiale, sepsi cronica ed endocardite lenta) sono in grado di preparare il terreno allo stabilirsi consecutivo del m. di B., sempre però in individui che vi siano predisposti.

Da queste osservazioni si può dedurre che tutti gli stimoli riflettenti la loro azione nociva sui vasi sanguigni e la loro regolazione neurormonica, specialmente ferite alle gambe, congelamenti e abuso di sigarette, possono essere il punto di partenza delle gravi, progressive e irriducibili alterazioni delle pareti vasali che caratterizzano il m. di B., sola-

mente in organismi costituzionalmente predisposti.

In che cosa consista questa predisposizione e se sia solamente congenita, non è possibile chiarire alla luce delle odierne cognizioni. Molti hanno pensato alla lues, contro la quale si punta sempre l'indice accusatore, come alla tragica responsabile di tanti malanni che tormentano l'umanità. « Ora è bene di affermare, nel modo più preciso, che il m. di B. non ha niente a che vedere con la lues, perchè si tratta di una malattia le cui lesioni vasali non hanno rapporti con la mesoarterite luetica e perchè è unanimemente riconosciuto che lues e m. di B. non hanno alcun nesso in comune » (Leotta).

Ho voluto di proposito trattenermi a lungo sull'etiopatogenesi, perchè, essendo lo scopo di questa trattazione lo studio della invalidità per m. di B., non può questa definirsi nei suoi limiti, qualora non si conoscano i rapporti sfavorevoli che legano il malato all'ambiente nel quale vive e non se ne sappia rompere l'intimità per una tregua del male, che può ad un individuo giovane destinato a breve scadenza ad una invalidità definitiva dare ancora per qualche tempo un'efficienza lavorativa soddisfacente.

Analizziamo ora attentamente gli iniziali sintomi del m. di B. Le prime avvisaglie del male si affacciano col quadro dell'acroparestesia, che sfugge il più delle volte all'osservazione clinica e viene ricostruita solo attraverso una diligente anamnesi: queste acroparestesie sono state spesso precedute da ferite, congelamenti, strapazzi d'ogni genere a carico degli arti colpiti. In questo stadio, per potersi orizzontare in tanta povertà ed imprecisione di segni subiettivi ed indirizzare verso l'esatta diagnosi, occorre anzitutto *pensare* al m. di B. e sottoporre il paziente ad un diligente esame che il più delle volte

permetterà l'esatto rilievo delle prime lesioni.

Esaminare l'aspetto esteriore dell'arto colpito: fare attenzione al turgore dei tessuti, che in primo tempo restano normali e solo in seguito, per la forte stasi venosa, si edemizzano e rivelano lesioni atrofiche; al colorito, già precocemente modificato, con regioni a chiazze più chiare, limitate, talora indistintamente, da contorni o strie più scure, quasi violacee; talora un senso di tensione in una zona che presenta sottili strie rosse superficiali e non è dolorosa, denuncia una tromboflebite migrante attraverso le vie linfatiche, particolarmente importante, per la sua caratteristica e la sua frequenza, ai fini della diagnosi; il colorito si modifica sotto gli stimoli termici, talora con reazione paradossa, manifestandosi ischemia per stimoli caldi e iperemia per stimoli freddi; rilevare diligentemente tutte le piccole lesioni infiammatorie e trofiche delle unghie (fragilità e sfaldamento), delle dita dei piedi, degli spazi interdigitali, delle gambe, e non gettarle negligenza nella zavorra delle verruche, dei calli, dei piccoli porri, delle cheratosi senza importanza. Misurare con accuratezza la temperatura delle zone male irrorate, o col tatto o col termometro; ricercare i quattro polsi degli arti inferiori: alla femorale, alla poplitea, alla dorsale del piede ed alla tibiale posteriore, diligentemente, magari, come consiglia Klemperer, in un pediluvio caldo e paragonarli nei due lati, escludendo con sicurezza la pulsazione del proprio dito. L'assenza permanente di un polso è segno patognomonico di una occlusione e l'eventualità di una cancrena è in dipendenza della formazione e sufficienza di un circolo collaterale. Occorre inoltre saggiare la funzionalità vasale con le migliori e più attendibili delle tante prove a nostra disposizione. Buerger distende il paziente sopra un

piano e solleva le gambe fino ad un forte angolo o le abbassa di quanto è possibile: ad arto sollevato, in caso di cattiva circolazione, compaiono zone pallide di ischemia più o meno diffuse e sollecite, e ciò è, fino ad un certo punto, in rapporto alla gravità ed all'estensione del processo; quando l'arto è al di sotto del piano dell'orizzonte si manifesta una forte iperemia della regione malata. Goldflam sottopone le parti colpite (gamba, piede, dita) a rapidi movimenti di flessione e nota l'arresto del movimento per l'insorgere di un vivo dolore.

La misurazione della pressione arteriosa e dell'indice oscillometrico può già fornire all'inizio della malattia preziosi rilievi.

La pressione arteriosa deve essere misurata a tutti e quattro gli arti e, negli arti inferiori, a livello della coscia, della gamba, e del piede sulla pedidia. L'indice oscillometrico deve essere registrato sui quattro arti e, per l'arto inferiore, nelle stesse regioni ove fu misurata la pressione arteriosa. Ogni ostacolo vasale è un ostacolo alla circolazione e, di conseguenza, si riflette in un aumento della pressione arteriosa. Nel m. di B. l'ostacolo è reale e le pareti vasali sono così alterate che l'elasticità ne è compromessa, aggiungendosi quindi alla stenosi la rigidità delle pareti: a maggior ragione perciò la pressione nelle arterie sarà più alta e l'indice oscillometrico si ridurrà a frazioni sempre più modeste. Riporto, a titolo di chiarificazione, la tabella delle pressioni misurate in un paziente affetto da m. di B., con lesioni già estese all'arto inferiore sinistro:

pressione arteriosa:

braccio destro: $Mx = 155 - Mn = 75$

braccio sinistro: $Mx = 140 - Mn = 80$

coscia destra: $Mx = 180 - Mn = 80$

coscia sinistra: $Mx = 200 - Mn = 90$

piede destro: $Mx = 160 - Mn = 105$
(pedidia)

piede sinistro: non c'è battito (pedidia)

indice oscillometrico:

braccio destro: 5,0

braccio sinistro: 5,5

coscia destra: 4,0

coscia sinistra: 3,5

piede destro: 1,58

piede sinistro: 0.

(Questi dati sono riferiti in una lezione del prof. Leotta, pubblicata nel n. 9 anno XV della « Rassegna Clinico-Scientifica » dell'Istituto Biochimico Italiano).

Un'altra utile ricerca complementare è la microcapillaroscopia, che, ad un occhio esercitato, svela le alterazioni dei capillari: la loro tortuosità, la irregolarità e la ristrettezza del letto vasale, la povertà del sangue e il loro progressivo assottigliamento fino alla scomparsa.

L'elemento dolore in primo tempo è poco appariscente; sono piuttosto parestesie, particolarmente senso di freddo, di intormentimento, di torpore, di formicolio, di vellicio, di stiramento, che infastidiscono il malato; ma il dolore può insorgere se, già stabilitosi ad onta degli scarsi fenomeni subbiettivi un notevole disturbo di circolo, abbassando l'arto del paziente al di sotto dell'orizzontale, compare un'intensa iperemia (eritromelia di Buerger): questa posizione dell'arto non può allora essere mantenuta dal soggetto in esame, perchè s'insedia un dolore talora violento per la pressione della stasi sulle terminazioni nervose sensitive.

La diagnosi precoce del m. di B. esige quindi una precisa conoscenza degli elementi etiopatogenetici, delle manifestazioni cliniche della malattia e dei metodi d'esame atti a svelare le prime deviazioni dalla norma; presuppone nel medico una illuminata, diligente accortezza e quel buon senso clinico senza il quale

nulla di buono si può fare; si avvantaggia dell'intelligenza del paziente che può molto agevolare il compito del diagnosta.

Qual'è il decorso ulteriore del m. d. B.? La sensazione vera della malattia può insorgere repentinamente con un acuto dolore associato a crampo, generalmente al polpaccio ma anche al piede; oppure il senso di dolore si afferma poco a poco ma gradatamente e progressivamente, durante la deambulazione e ad intervalli sempre meno distanziati. Si manifesta poi la disbasia angiosclerotica, non caratteristica per l'endoangioite perchè è una sindrome comune a questa malattia e all'arteriosclerosi: vale soprattutto per questo segno quanto si è detto per gli altri, che cioè l'insorgenza di una claudicazione in età giovanile, raramente ripete la sua origine da processi sclerotici dei vasi.

Sono quasi sempre colpiti gli arti inferiori ed in ordine di frequenza e di tempo, soprattutto il sinistro. L'aspetto esterno dell'arto colpito rivelerà turgore per la forte stasi venosa e l'edema, profonde alterazioni del colorito, lesioni atrofiche e distrofiche, i sintomi fisici della caratteristica tromboflebite migrante, evidenti squilibri della temperatura al semplice termotatto, profonde anomalie dei polsi o la loro permanente scomparsa, grossolani segni di deficit alle prove per l'esame della funzione vasale, soprattutto con le manovre di Buerger e Goldflam.

Il male progredisce sempre, anche se lentamente, con qualche breve sosta talora, più spesso con un progresso ininterrotto: i segmenti distali degli arti si fanno rosso scuri, dolorano talvolta in modo insostenibile, specialmente nel decubito orizzontale, prevalendo i dolori a tipo ischialgico, intensissimi e per i quali il paziente invoca l'amputazione; si formano zone cianotiche od anemiche e, finalmente, a fatale conclusione della

nutrizione profondamente compromessa, insorge la cancrena spontanea, senza cause occasionali od in seguito ad una piccola ferita che precipita le condizioni della circolazione.

L'amputazione al di sopra della zona di demarcazione, non arresta il decorso del male, che prosegue inesorabilmente nello stesso arto, o nell'altro o in numerosi altri territori vascolari con un corteo sintomatico pluriforme: trombosi delle caronarie con angina di petto, emorragia cerebrale con emiplegia, necrosi intestinale con perforazione e peritonite (Klemperer).

Il m. di B. incide poco sulle condizioni fisiche generali, almeno fino a quando la malattia non costringe in letto e se non intervengono i minacciosi pericoli delle infezioni secondarie. E' però relativamente frequente il riscontro di valori della pressione arteriosa più bassi del normale, alla misurazione all'omero se l'arto superiore non è stato colpito dalla malattia; una ipertonìa essenziale con ipertrofia del cuore sinistro è reperto eccezionale; un modico tumore di milza, una lieve poliglobulia (sei milioni) non leucocitosi, qualche leggera elevazione termica subfebbrile, si riscontrano talora, ma sono fenomeni poco appariscenti e relativamente rari (Klemperer).

Per la diagnosi differenziale si può appena accennare alla cancrena di Reynaud, che, a differenza del Buerger, è più frequente nelle donne, colpisce a preferenza le dita delle mani, ha un decorso parossistico con accessi intensi ma brevi non influenzati dai movimenti e mai presenta carattere discriminatore di sostanziale rilievo, una abolizione permanente e definitiva dei polsi arteriosi, che sono alterati solo durante le crisi caratterizzate, come è noto, dalla sindrome ischemica.

Il giudizio prognostico è dei più se-

veri, ad onta delle possibili, lunghe ma rare remissioni del male e per l'insediarsi di lesioni anatomiche stabili e irreversibili che nessuna terapia, medica o chirurgica, riesce sensibilmente a modificare. Tutti i tentativi di cura si propongono l'unico scopo di mitigare o abolire i disturbi nervosi angiospastici attraverso la vasodilatazione, ma è agevole comprendere che potranno ottenersi risultati favorevoli solo se ancora esiste una circolazione. Non faccio cenno dei diversi metodi fisici o medicamentosi idonei a questo fine e mi soffermo invece sull'intervento operatorio che oggi gode il favore dei chirurghi, perchè razionale, innocuo, semplice e più degli altri efficace: intendo riferirmi alla resezione degli splancnici di sinistra.

Siccome, in primo tempo, i disturbi di circolo del m. di B. sono sì la conseguenza della lesione anatomica dei vasi ma anche dei disturbi funzionali derivanti dallo spasmo del letto circolatorio colpito, si comprende come l'intervento sul simpatico avrà un valore effettivo se precocemente instaurato: la terapia si ricollega dunque in via diretta al problema della diagnosi precoce.

Quando il difetto di circolo sarà soprattutto l'esito della occlusione vasale e il fattore spastico potrà considerarsi di entità trascurabile, l'intervento non potrà sortire che effetti modestissimi; anche in tali casi però si ottengono indiscutibili vantaggi e l'elemento dolore ne risulterà in special modo favorevolmente influenzato.

Da quanto abbiamo fin qui riferito possiamo trarre alcune deduzioni di particolare importanza per definire i limiti della invalidità per m. di B. in assicurazione vita:

1) la malattia è di lunga durata, ha un andamento progressivo, è pressochè continua nel tempo e riveste caratteri di particolare gravità.

2) Le lesioni anatomiche sono irreversibili e, per la loro topografia, portano ad alterazioni che investono tutta l'economia del territorio aggredito.

3) La terapia chirurgica, l'unica da prendere in considerazione appena si è in grado di riconoscere la malattia, può vincere le conseguenze immediate del morbo per un tempo anche lungo se la diagnosi è stata precoce.

4) Il malato deve essere immediatamente e definitivamente allontanato dalla influenza di quegli agenti esterni ai quali concordemente si riconosce un indubbio valore nella genesi della malattia e occorre istituire tutte quelle misure profilattiche di carattere igienico che possono salvaguardare i territori colpiti da un appesantimento della circolazione.

* * *

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni intende colpito da:

a) 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 permanente e totale la capacità all'esercizio della sua professione ed abbia perduto altresì la capacità ad ogni altro lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini;

b) invalidità temporanea colui che, per sopravvenutagli malattia organica o lesione fisica qualsiasi, purchè l'una come l'altra indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, abbia temporaneamente perduto ogni capacità a qualsiasi lavoro in modo da essere costretto a tenere il letto o restare in casa, o che, in conseguenza di detta invalidità, non possa riprendere senza serio pregiudizio della propria salute l'esercizio della sua professione.

Per il giudizio di invalidità temporanea l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni specifica inoltre che deve intendersi colpito da:

a) invalidità temporanea totale 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 temporaneamente ogni capacità a qualsiasi lavoro, in modo da essere costretto a tenere il letto o restare in casa;

b) invalidità temporanea parziale colui che, immediatamente dopo un periodo di invalidità temporanea totale, riconosciuta dall'Istituto, in conseguenza di detta invalidità, sia in condizioni tali da non poter riprendere senza serio pregiudizio della propria salute l'esercizio della professione o mestiere dichiarati all'Istituto.

L'assicurato deve dunque essere ritenuto invalido solo quando le sue condizioni di salute siano tali da rientrare nei limiti che la definizione d'invalidità precisa.

L'invalidità deve essere totale, permanente e generica, perchè l'Istituto possa accordare l'esonero dal pagamento dei premi ed eventualmente la corresponsione di una rendita se le condizioni contrattuali contemplano anche tale eventualità, ferme restando tutte le norme di polizza riguardanti il capitale assicurato.

Il giudizio medico-legale di invalidità deve tener conto di molteplici fattori, ognuno dei quali occorre valutare coscienziosamente, con criteri di massima obiettività e senza eccessivo fiscalismo; deve essere giustamente temperato dalle alte finalità della medicina sociale, come ha scritto il Marsella (Atti del Congresso Nazionale delle Assicurazioni Popolari - Venezia, 28-30 settembre 1935).

Problema complesso quindi, di estrema delicatezza e che il medico deve affrontare con profondo senso di umanità e con competenza specifica, sottoponendo l'invalido al vaglio di un accurato esame obbiettivo corredato di tutte le ricerche che il caso richiede; problema da risolvere caso per caso, al di fuori e al di sopra di ogni schema.

S'intende che, oltre le condizioni fisiche attuali, debbono essere presi in considerazione l'età, lo stato psichico e quello sociale del soggetto, perchè la residua capacità lavorativa sarà anche in dipendenza della diversa capacità di apprendere e di dedicarsi ad altra occupazione che non sia troppo in contrasto con l'ambiente nel quale l'assicurato ha fino ad allora vissuto.

Particolari motivi di dignità, di orgoglio o di bisogno potranno talvolta costringere l'invalido ad un lavoro che ne logori rapidamente la residua capacità; o la malattia causa d'invalidità può scoppiare improvvisamente seguendo sintomi lievi non riferiti all'atto della visita medica, perchè se ne disconosceva il valore: tanto nel primo caso quanto nel secondo, se si potrà escludere l'inganno e se ve ne saranno gli estremi, si addiverrà egualmente ad un giudizio d'invalidità, nella percentuale che un diligente esame dei vari elementi permetterà.

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e con esso, salvo lievi varianti nella definizione, le altre Compagnie assicuratrici italiane e straniere che concedono il rischio di invalidità, applica, nel giudizio di invalidità, il principio della riduzione della capacità lavorativa e non quello dell'incapacità di guadagno di carattere generico, sul quale è impostata la definizione di invalidità dell'Istituto Nazionale Fascista di Previdenza Sociale, per cui sarebbe da considerarsi invalido colui che, in seguito a minora-

zione fisica, fosse capace di guadagnare solo meno di un terzo del guadagno abituale delle persone che, nella stessa località dell'assicurato, esercitano lo stesso mestiere al momento della sopraggiunta invalidità.

Il giudizio di invalidità in assicurazione vita è di carattere squisitamente medico-legale: perciò il medico si preoccuperà di giudicare soltanto la limitazione della capacità lavorativa, non potendo avere elementi per pronunciarsi sulla limitazione del guadagno, della cui valutazione si interessano altre competenti categorie professionali nel campo delle assicurazioni obbligatorie. Una polizza di assicurazione vita è fondamentalmente un contratto di previdenza verso terzi, che l'individuo stipula liberamente, nei limiti delle sue possibilità economiche, con un Ente che gli garantirà il capitale assicurato ma non dovrà logicamente interessarsi se, in caso di invalidità, l'individuo avrà o no i mezzi per mantenersi; se l'Ente assicuratore accorda, per sopraggiunta invalidità, l'esonero dal pagamento dei premi, vorrà solo accertarsi che esista quella riduzione della capacità lavorativa che faccia dell'assicurato un invalido. Un operaio invece, che paga i suoi tributi obbligatori all'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, sarà riconosciuto invalido con gli stessi criteri generali ma soprattutto ed essenzialmente in quanto non potrà più guadagnare in modo bastevole, perchè in tal caso dovrà lo Stato provvedere al suo sostentamento.

Ritornando alla malattia della quale ci stiamo occupando, trasportiamo al morbo di Buerger quanto è stato detto dell'invalidità in generale e fermiamoci su alcune considerazioni che potranno essere discusse ed opportunamente vagliate ogni qual volta dovrà essere pronunciato un giudizio di invalidità per

questa grave alterazione circolatoria. Tali considerazioni scaturiscono dall'esame di due casi i quali hanno formato oggetto d'indagine presso uno dei Centri Sanitari dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha riconosciuto in questo caso l'invalidità totale, beneficiando l'assicurato dei vantaggi che le norme contrattuali di polizza gli concedevano.

Le conclusioni che si possono trarre dalla sommaria disamina del m. di Buerger, sono le seguenti:

1) finchè le alterazioni circolatorie degli arti inferiori si estrinsecano con semplici fenomeni parestesici che non ostacolano che di poco la stazione eretta e la deambulazione ed i sintomi di alterato trofismo siano iniziali, non si esprimerà giudizio di invalidità totale;

2) se gli accessi dolorosi saranno invece così frequenti da menomare notevolmente il cammino e lo stare in piedi, si addiverrà senz'altro ad un giudizio di invalidità totale anche perchè i fenomeni trofici saranno senza meno rilevanti ed i fenomeni dolorosi presenti anche in posizione di assoluto riposo. In tali condizioni è reso impossibile qualsiasi lavoro e la relativa od assoluta immunità degli arti superiori non giustificerebbe in alcun modo il medico che credesse riporre in essa una residua capacità lavorativa.

Ci si trova sempre davanti a casi di così semplice giudizio? Entro gli estremi delle due valutazioni esaminate c'è ampio posto per tutta una gamma di casi intermedi e nessuna regola, nessuna dottrinale schematizzazione potranno precisare i confini del giudizio medico-legale di invalidità e limitare la responsabilità del medico che avrà in ogni malato di endoangioite oblitterante, un problema differente da meditare e risolvere; volta per volta, caso per caso, attraverso la di-

ligente discriminazione di tutti i fattori patologici, individuali, sociali del paziente, il medico potrà formulare il suo coscienzioso giudizio.

Senza voler ipertrofizzare l'importanza dell'ambiente, perchè questo ha indubbiamente meno valore dei fattori costituzionali che abbiamo detto essere alla base dell'etiopatogenesi del morbo, occorrerà sempre, ai fini dell'esatto giudizio d'invalidità, rendersi ben conto delle speciali condizioni di lavoro del soggetto e se questi avrà le possibilità fisiche, psichiche e di categoria sociale per svolgere altre attività, anche se attinenti a quella che, per le minorate condizioni di salute, dovrebbe abbandonare.

Un fognatore, ad esempio, che si ammalasse di endoangioite oblitterante, dovrà, per ovvie ragioni, trasferire la sua mano d'opera in un ambiente che gli permetta di evitare il freddo e l'umidità inerenti al suo mestiere; i lavori confacenti alle sue attitudini ed abitudini li potrà trovare quasi esclusivamente nel campo della nettezza urbana, ma non potrà spazzare nè annaffiare le strade, per gli stessi motivi che gli impediscono di continuare la sua vita nelle fogne; se non conoscesse o non fosse adatto per altri mestieri e fosse analfabeta, bisognerebbe concludere che il morbo di Buerger ne ha fatto veramente un invalido. Altri esempi si potrebbero portare a suffragio di quanto si vuol dimostrare: che cioè il giudizio di invalidità, oltre a derivare dalla oggettiva accertabilità di una malattia organica o lesione fisica che riduca ad un minimo praticamente trascurabile la residua capacità lavorativa, deve essere anche la logica conseguenza della equa valutazione di tutti i fattori che, nel singolo caso, hanno permesso l'insorgenza del m. d. B., ne hanno aggravato, ne aggravano e ne aggraveranno il decorso.

Il m. d. B. insorge in modo subdolo, minando la fisiologia elementare dei tessuti, quella che è alla base di ogni funzione: il ricambio nutritivo; progredisce, seppure lentamente, fino all'esito fatale ed abbiamo già visto come poco validamente la scienza si possa opporre alla inesorabile evoluzione del male: deve perciò considerarsi una malattia di eccezionale gravità e sarà quindi tanto più difficile stabilire la percentuale di invalidità in rapporto alla residua capacità lavorativa per « ogni altro lavoro confacente alle attitudini ed abitudini » dell'individuo in esame: capacità residua che dovrà assottigliarsi forse in poco tempo, rendendo precario ogni giudizio che non tenga nel debito conto le conseguenze della natura della malattia.

L'assicurato del quale abbiamo succintamente riferito il decorso del male e che fu dall'I.N.A. riconosciuto invalido, subì, sei anni dopo l'inizio della malattia, una visita per riattivazione di contratto ed affermò allora di sentirsi in perfetta salute, rendendo quindi dichiarazioni difformi dal vero, con l'evidente intenzione di carpire la buona fede dell'Istituto assicuratore, perchè certamente era al corrente della gravità delle sue condizioni. Se avesse denunciato i suoi caratteristici disturbi avrebbe messo sull'avviso il medico, il quale, in seguito ad un esame obbiettivo eseguito con le norme esposte, avrebbe potuto porre una diagnosi di presunzione.

Tra i tanti delicati e responsabili compiti del medico assicuratore c'è anche quello di istruire l'assicurando sulla importanza delle dichiarazioni ch'egli si appresta a rendere e di fargli comprendere come e perchè esse siano fondamentali per la valutazione del rischio. L'assicurando giunge generalmente al

medico dopo che il produttore gli ha dichiarato che occorre, a conclusione della proposta, una sommaria « visitina di due minuti », a titolo di formalità, proprio perchè egli risponda alle poche domande di un breve questionario.

Sarà bene dunque che di tale questionario si faccia subito risaltare la particolare importanza, prima di formularlo. L'accortezza, il tatto, la dignitosa fermezza del medico renderanno immediatamente edotto l'assicurando che il « breve » questionario coinvolge la sicurezza del capitale assicurato e che la « visitina » dovrà necessariamente durare più di due minuti, perchè gli possa permettere di riferire all'Istituto assicuratore quali sono le di lui reali condizioni di salute.

Se, da parte dell'assicurando, esisteva comunque della diffidenza verso l'Istituto assicuratore, sarà proprio la condotta del medico a farla cadere. L'individuo può entrare nel gabinetto del medico assicuratore con senso di fastidio e di sospetto, ma deve sempre uscirne rinfancato e convinto.

L'assicurando e l'Ente assicuratore sono danneggiati e non favoriti da un medico che, durante la visita, dimostri leggerezza e disordine; la serietà del medico garantisce la serietà dell'atto che un individuo è stato convinto a stipulare.

Se può essere talora ingrato il compito del medico assicuratore, ciò rientra negli inevitabili svantaggi della sua professione; ma gli basterà quale ricompensa la convinzione di aver dissipato dubbi ed incertezze e di aver favorito, con la sua opera, l'acquisizione di un atto che va molto al di là del semplice significato di risparmio, per dilatarsi entro i vasti confini della previdenza.

DALLE RIVISTE CHE RICEVIAMO IN CAMBIO

L'Alimentazione Italiana, anno V, n. 1/2, Roma.

CUSIMANO, *Il pane e la razza*.

L'A. osserva il comportamento dei vari gruppi umani di fronte all'alimentazione, a simbolo dei quali può essere presa ancora l'alimentazione cereagricola, e ne esalta la bontà del pane simbolo della nostra gente.

L'Assistenza Sociale, ottobre 1938, Roma.

FIORETTI, *Risultato del primo anno di applicazione della nuova Legge Infortuni*.

L'A. fa opportuni rilievi sulla obbligatorietà delle cure, sull'applicazione della protesi, sulla rendita e sul danno concausato.

PISTILLO, *Autarchia e Previdenza*.

L'A. rileva che il fenomeno della previdenza assume in regime fascista un contenuto etico-sociale e che attraverso la previdenza si sviluppa la cura del risparmio nazionale. Gli investimenti del risparmio accumulato danno luogo a nuovi flussi di capitale che portano incremento nei settori industriale, agricolo, commerciale, incremento che incide favorevolmente sulla produzione nazionale.

Atti della Società Lombarda di Medicina, dicembre, 1938, Milano.

CATTABENI, *Polmonite traumatica e polmonite nei traumatizzati*.

L'A. delimita la rarissima figura nosologica della polmonite traumatica da azione locale del trauma e precisa i termini entro cui deve riconoscersi non interrotto il nesso di causalità fra trauma e morte da polmonite in individui traumatizzati in diversa sede. Propone il termine di polmonite paratraumatica per designare questo ultimo gruppo.

L'Autarchia Alimentare, n. 7, 1938, Roma.

FRANCO, *La pesca oceanica e l'autarchia*.

L'A. mette in rilievo l'evoluzione delle attività pescherecce nazionali che nel dopoguerra col progredire dei mezzi tecnici cominciano ad orientarsi verso la pesca fuori degli Stretti, nei mari oceanici dove altre Nazioni avevano conquistato posti di vantaggio. Ricorda i progressi conseguiti da quell'epoca e l'impulso decisivo che tale orientamento ricevette dalle sanzioni, auspica uno sviluppo più rigoglioso della pesca oceanica soprattutto per la pesca del merluzzo per alleviare la bilancia economica. L'articolo è seguito da un elenco di pub-

blicazione sull'alto valore dell'alimentazione ittica e sulla bontà igienica del pesce congelato.

Azione Antitubercolare, ottobre, 1938, Pineta di Sortenna.

TOSI, *L'emottisi dei tubercolosi polmonare*.

L'A. premette la frequenza dell'emottisi negli ammalati di tubercolosi polmonare ne illustra le varie forme e l'importanza di essa sia per quanto riguarda il decorso della malattia e sia come segnale di allarme di lesioni iniziali evolutive.

Critica Medico-Sociale, dicembre 1938, Roma.

FLESCH, *La dottrina dell'ereditarietà, base biologica del razzismo*.

L'A. premette alcune considerazioni sulla evoluzione degli studi riguardanti il fenomeno dell'eredità ed esamina le varie leggi della disgiunzione, della dominanza, della indipendenza dei caratteri. Si sofferma in ultimo sulla tutela della purezza della razza.

La Cultura Medica Moderna, ottobre n. 10, 1938, Palermo.

MAZZEO e MANCUSO, *Sulle tossinfezioni per mezzo delle uova*.

Gli AA. hanno studiato l'azione dell'albmina dell'uovo di alcuni volatili sul micrococco citreo ed altri germi, come quelli del gruppo tifo-paratifo-coli e concludono che sono ossibili tossinfezioni alimentari da uova.

Difesa Sociale, n. 10, 1938, Roma.

COLLARI, *Adenopatie cervicali e tubercolosi polmonari. L'importanza delle vie linfatiche cervicali nella patogenesi della tubercolosi polmonare*.

L'A. illustra 7 casi di tubercolosi cervico-polmonare e rileva l'importanza che su queste forme di propagazione della malattia tubercolare hanno le affezioni delle ghiandole cervicali, sottomascolari e ascellari, le lesioni della cute e le malattie suppuranti croniche dell'orecchio.

CAMPANI, *Contro il più grave pericolo tubercolare dell'adolescenza*.

L'A. ritiene giunto il momento di vagliare con critica ben più severa il troppo rigido assioma di Behring che la tubercolosi dell'adulto dia sempre la conseguenza della infezione infantile. Ciò sia perchè le cutireazioni crescono di numero non fino a 10 anni ma

fino ad età molto più inoltrata, sia, e più, per il coefficiente sessuale che molti individui influisce poderosamente sulla predisposizione tanto alla nuova infezione che alla reinfezione.

Fisiologia e Medicina, ottobre, 1938, Roma.

RICCI, *Variazione dell'azoto solubile e delle sue frazioni in condizioni fisiologiche*.

L'A. ha studiato valendosi del micrometodo di Bang opportunamente modificato le variazioni dell'azotemia totale e delle frazioni in soggetti sani. E' risultato che l'azotemia a digiuno presenta un comportamento relativamente costante nello stesso individuo e in vari individui, che il fattore pasto non influenza in modo apprezzabile e costante le concentrazioni azotemiche studiate.

Giornale di Medicina Militare, novembre 1938, Roma.

TOMMASI, *Profilassi della metalue*. (Conferenza raccolta dal Ten. Col. Med. Sunseri).

L'A. riporta alcuni dati statistici sulla frequenza della metalue e rileva che pure essendo molto più numerose le morti per sifilide cardiovascolare l'evento della lue parenchimatosa del sistema nervoso è spaventoso onde sifilografi e neurologi si sono molto occupati dei mezzi per prevenirle. Accenna alla questione dell'antagonismo tra sifilide della pelle, mucose e ossa e quella parenchimatosa del sistema nervoso. Si sofferma quindi sulla profilassi che alla sua base nella profilassi della infezione stessa e sulla conoscenza del primo inizio delle localizzazioni nervose.

La Medicina Internazionale, novembre 1938, Milano.

CHEVALIER, *Le poliglobule degli arteriopatici*.

L'A. distingue le poliglobulie anemiche, cioè con scarsa quantità di emoglobina da quelle pletoriche, cioè con eccesso di emoglobina. Divide le pletoriche in due gruppi: le maligne (ipertonie maligne) e le benigne (ipertensioni croniche banali) e descrive i caratteri relativi.

La Medicina del Lavoro, novembre 1938, Milano.

CAPELLI, *L'analisi spettrale nella diagnosi di alcune intossicazioni professionali*.

Dopo avere accennato alle principali applicazioni dell'analisi spettrale in varie branche della medicina l'A. prospetta la possibilità di utilizzare questo metodo in alcune forme di intossicazione professionale. Riferisce quindi

un primo gruppo di ricerche dimostranti che quando l'organismo animale abbia assorbito una dose anche lievemente nociva di cloruro di tallio se ne può svelare la presenza con l'analisi spettrale dell'urina.

Rassegna Clinico Scientifica, n. 10, 1938, Milano.

MIGLIAVACCA, *La posizione degli ormoni sessuali di fronte al problema del cancro*.

L'A. tratta delle affinità chimiche fra gli ormonisessuali ed alcune sostanze chimiche cancerogene, dell'attività estrogena degli umori dei cancerosi, dell'influenza dell'ormone follicolare sullo sviluppo dei tumori dell'utero. Conclude che nell'attesa di ulteriori chiarimenti è prudente evitare l'uso di alte dosi di ormone follicolare e indica alcuni stati nei quali l'astensione da questa cura dovrebbe essere rigorosa.

Rassegna di Medicina Applicata al Lavoro Industriale, ottobre/dicembre 1938, Roma.

MINOFRIO e TACCANI, *Valore pratico della reazione di Takata-Ara come metodo di indagine della funzionalità epatica nella prevenzione del saturnismo*.

Gli AA. in base alle loro ricerche affermano che le alterazioni della funzionalità epatica nei lavoratori del piombo vanno quasi sempre ascritte ad altre cause, quindi la positività della reazione di Takata-Ara non può essere presa come segno precoce di intossicazione ma piuttosto come criterio per un maggior rigore nella ammissione dell'operaio alla lavorazione del piombo.

Rassegna Sociale dell'Africa Italiana, n. 1, 1938, Roma.

BONFATTI, *Per una più alta coscienza sanitaria dei lavoratori*.

Viene considerata l'organizzazione mutualistica dei lavoratori dell'industria nel suo svolgimento e nel suo potenziamento e messa in rilievo l'importanza dell'attrezzatura ambulatoriale che ha reso possibile anche l'attuazione delle cure preventive nel senso di mettere a disposizione degli iscritti i mezzi per il controllo periodico del loro stato di salute.

Il Vetro, dicembre, 1938, Roma.

L'Edilizia scolastica.

Vengono esposti i moderni orientamenti dell'edilizia scolastica rivolti allo scopo di dare ai bambini l'agio e la gioia di essere scolari alla luce del sole.

Semeiotica di Medicina Assicurazione Vita

Sulla raccolta delle notizie anamnestiche

in Medicina delle Assicurazioni Vita

Dott. S. FIANDACA

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

Le dichiarazioni dell'assicurando sul suo stato di salute costituiscono, come è noto, la base di ogni contratto di assicurazione sulla vita.

Appare pertanto subito evidente come la più grande importanza deve annetttersi alla raccolta di queste dichiarazioni perchè esse siano rispondenti al vero e possibilmente improntate alla massima lealtà.

Nei contratti in forma popolare od in quelli senza visita medica la polizza è emessa esclusivamente in base alle dichiarazioni rese dall'assicurando. I vari dati riguardanti lo stato di salute, nel passato e nel presente, del candidato vengono in apposito formulario scritti dall'assicurando stesso, il quale, sottoscrivendo le sue dichiarazioni, attesta anche di aver dato risposte veritiere e di essersi reso consapevole che il contratto è fondato sull'esattezza di esse. E' chiaro come in questo tipo di contratti la responsabilità circa lo stato di salute è totalmente assunta dall'assicurando stesso.

Nei contratti con visita medica le notizie fornite dall'assicurando sul suo stato di salute precedente ed all'atto della visita medica costituiscono ugualmente il presupposto essenziale del contratto. Nè è a dire che la visita medica esima l'assicurando dal fare dichiarazioni complete e veritiere, in quanto la visita medica obbiettiva non può da sola rilevare il reale stato di salute del candidato.

Pertanto anche in questo secondo caso è necessario che l'assicurando renda con

esattezza e verità le dichiarazioni circa le condizioni della sua salute e ugualmente si renda responsabile delle notizie dichiarate sottofirmandole e riconoscendone l'importanza ai fini della validità del contratto.

Sulle polizze con visita medica le dichiarazioni circa lo stato di salute dell'assicurando vengono raccolte dal medico fiduciario nella prima parte del rapporto di visita medica, la quale appunto deve contenere le notizie di ordine anamnestico riguardanti il gentilizio ed i precedenti morbosì dell'assicurando e da questi deve essere firmata.

Ma, oltre alla evidente ed essenziale importanza della raccolta delle dichiarazioni dell'assicurando nei riguardi della validità del contratto, tale raccolta ha anche non trascurabile valore nei confronti del giudizio prognostico assicurativo. Infatti il medico esaminatore trova nell'anamnesi il principale orientamento e molto spesso i segni più preziosi per formulare la diagnosi e la prognosi.

Numerose malattie la cui sintomatologia è quasi esclusivamente, almeno per un certo periodo di tempo, subbiettiva e vari altri morbi che si manifestano periodicamente ad accessi, senza lasciare nell'intervallo alcun segno obbiettivo, non possono essere rilevati che dall'esame dei precedenti anamnestici. L'importanza appare ancora più evidente se si considera che in medicina delle assicurazioni vita l'elemento più importante per il giudizio è fornito dalla conoscenza del

passato e che l'esame obbiettivo stesso ha valore nella maggior parte dei casi in quanto serve a rilevare le tracce delle affezioni pregresse.

Così è chiaro come sotto vari aspetti, le notizie anamnestiche in assicurazione vita hanno un grande valore; la raccolta di esse nella pratica medico-assicurativa pertanto deve essere oggetto di particolare attenzione da parte dei medici esaminatori.

Devesi però innanzi tutto premettere che in medicina delle assicurazioni vita la raccolta dell'anamnesi offre difficoltà senza dubbio maggiori che nella pratica medica comune.

Le ragioni di tali difficoltà sono molteplici: in primo luogo va citato il fatto che l'assicurando, essendo nella maggior parte dei casi un individuo sano o che tale si ritiene, non solo si presenta alla visita medica per l'assicurazione senza aver prima fermata la sua attenzione sul passato morbo, ma anzi, allorchè viene interrogato su di esso, non mostra interessamento nè premura a riferire in quanto manca a lui lo stimolo che, in medicina pratica è rappresentato dal desiderio di porre il medico nelle migliori condizioni per venirgli in aiuto e che nella visita per l'assicurazione è frustrato dal fatto che l'individuo si ritiene sano.

L'assicurando viceversa perviene alla visita medica con la convinzione di sottoporsi ad un controllo fiscale diretto ad accertare soltanto obbiettivamente lo stato presente della salute. Difatti non infrequentemente si osserva che il candidato non appena presentato al medico visitatore comincia senz'altro a spogliarsi e rimane interdetto quando, invece che subito visitato, viene prima invitato a rispondere alle domande sull'anamnesi.

A ciò si aggiunge che l'assicurando nella maggior parte dei casi è un individuo che per sottoporsi alla visita viene distratto, sia pure per brevissimo

tempo, alle sue normali occupazioni e che pertanto di solito ha molta fretta: per queste ragioni è mal volentieri che risponde all'interrogatorio anamnastico, infastidendosi qualche volta ove questo si prolunghi.

Inoltre è da tenere anche in considerazione che l'agente produttore frequentemente, nella sua opera di persuasione rivolta a far concludere il contratto, suole prospettare all'assicurando le procedure necessarie per la stipulazione di esso quanto più è possibile meno difficoltose ed in particolare nei riguardi della visita medica, tende a mettere in rilievo che essa non importa alcuna perdita di tempo. Sovente pertanto l'assicurando è già mal predisposto a riferire ampiamente sulle notizie anamnestiche.

Infine la raccolta dell'anamnesi può essere resa difficile da condizioni di ambiente, così quando la visita viene eseguita a domicilio dell'assicurando o, cosa deprecabile, sul posto di lavoro con la massima fretta e in condizioni evidentemente precarie per un esame che richiede la massima attenzione.

Oltre a queste ragioni che possono essere considerate di ordine generale, esistono difficoltà di ordine più specifico, in diretto rapporto con l'assicurazione vita, inerenti a quegli assicurati che sono reticenti, in buona o deliberatamente in mala fede. Faccio astrazione del secondo caso, per il quale non v'è alcuno che non riconosca come il medico possa essere facilmente ingannato specie nei riguardi di alcune malattie a carattere eminentemente accessuale o di quelle a sintomatologia prevalentemente subbiettiva, e come in tal caso i mezzi a disposizione del medico siano il più delle volte insufficienti.

In altri casi l'assicurando è reticente in buona fede, così quando tace di un'affezione pregressa perchè ritiene che di essa sia completamente guarito, oppure

non riferisce su alcuni disturbi perchè ad essi non annette alcuna importanza, oppure non dichiara un'affezione di apparente lieve entità perchè ritiene che essa non possa esercitare alcuna influenza sull'ulteriore decorso della sua vita. Altre volte per ragioni di pudore, di moralità, ecc. l'assicurando può essere indotto a tacere od anche a negare alcune affezioni, come ad esempio le malattie veneree, la sifilide.

Altre volte, particolarmente nei riguardi del gentilizio, per non svelare malattie, che purtroppo ancora adesso specie in alcune regioni sono ritenute screditanti (come la tbc., il cancro, ecc.), l'assicurando tende ad attenuare l'entità del male, a riferirlo sotto altra diagnosi, a trincerarsi sotto la formula del mancato ricordo.

Le circostanze sommariamente citate quali le più frequenti a verificarsi in pratica, mostrano nettamente come la raccolta dell'anamnesi nell'assicurazione vita sia piena di difficoltà, le quali spesse volte richiedono da parte del medico particolari accorgimenti. E' su questi accorgimenti che intendo fermare l'attenzione.

Debbo però premettere che sarebbe sommamente errato considerare, per quanto sto per riferire, il medico di assicurazione alla stregua di un perito fiscale o di un inquisitore. Tutt'altro: egli nel tentativo di far rendere all'assicurando dichiarazioni corrispondenti alla verità non fa che porre il contratto di assicurazione sulle sue vere basi. Nè d'altra parte deve ritenere che il medico deve in ogni caso fare ricorso ad accorgimenti particolari per la raccolta dell'anamnesi, ma solo in circostanze speciali quali possono essere alcune tra quelle sopra ricordate. Nella maggior parte dei casi infatti le notizie anamnestiche sono rese dagli assicurandi con la massima lealtà e sincerità e ciò in con-

formità al presupposto del contratto di assicurazione, che è un contratto di buona fede.

Il primo compito del medico, prima ancora di iniziare la raccolta delle notizie anamnestiche, deve essere quello di ricordare all'assicurando o di spiegare secondo il caso, che il contratto ha la sua base nelle dichiarazioni che sta per rendere e che la validità di esso dipende dal fatto che le dichiarazioni circa le condizioni di salute, presenti e passate, siano rese con la massima sincerità.

Nei nuovi moduli di visita dell'I.N.A. giustamente in capo alla prima pagina si legge « dichiarazioni dell'assicurando costituenti la base del contratto di assicurazione ». Sarebbe opportuno che ogni medico fiduciario prima di iniziare l'interrogatorio invitasse l'assicurando a leggere tale premessa, eventualmente illustrandola. In tal modo l'assicurando viene ad essere già prevenuto sull'importanza delle dichiarazioni che sta per rendere.

Le notizie circa i precedenti familiari e personali possono essere trascritte sul modulo sia dal medico che dall'assicurando stesso.

Nel primo caso deve essere buona norma del medico far subito rilevare che le dichiarazioni saranno sottofirmate dall'assicurando, il quale ne assumerà pertanto integralmente la responsabilità, e richiamare l'attenzione di questi sulle notizie fornite, rileggendole ad alta voce man mano che le scrive, e possibilmente usando nell'indicazione dei vari disturbi parole facilmente intellegibili.

Nel secondo caso avrà cura di guidare l'assicurando in modo che le varie notizie siano esaurientemente esposte e con sufficiente chiarezza.

Infine al medico compete il dovere di far prendere visione al candidato, prima che questi firmi, di quanto sta scritto in fondo alla parte del modulo

sanitario riservata alle dichiarazioni e cioè: « dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da me date con il presente documento sono veritiere ed esatte e che non ho taciuta, omessa od alterata alcuna circostanza in rapporto con il questionario stesso. Riconosco che le notizie ed i dati richiestimi sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'I.N.A., proscioglio dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono avermi curato o visitato e le altre persone alle quali l'I.N.A., credesse in ogni tempo di rivolgersi per informa-

I rilievi considerati, ai quali ogni medico di assicurazione dovrebbe attenersi, servono a dare all'assicurando l'esatta visione della grande importanza dei precedenti anamnestici e nello stesso tempo a richiamare la sua attenzione sulla necessità che questi siano riferiti in ogni particolare rispondenti alla verità.

Circostanze che agevolano grandemente la raccolta dell'anamnesi sono quelle legate alla fiducia, che sa ispirare il medico nel candidato. Il medico che si appresta a raccogliere le dichiarazioni dell'assicurando non deve essere diverso di quello che si appresta a sentire le sofferenze dell'infermo nella pratica medica quotidiana: con lealtà e comprensione deve sapersi adattare alle condizioni spirituali dell'assicurando in modo da meritarsi in breve quella fiducia che costituisce l'elemento fondamentale per potersi rendere depositario di dichiarazioni così delicate come sono quelle che riguardano il proprio passato morboso e quello della propria famiglia.

L'assicurando, come si è detto, si presenta alla visita medica nella maggior parte dei casi mal preparato, qualche volta, erroneamente, mal disposto; il medico ha il compito di dissipare ogni falso preconetto e di rendere semplice e bene accetto l'interrogatorio.

Nel rilievo poi dei vari precedenti anamnestici l'opera del medico di assicurazione deve essere rivolta a porre in evidenza i fatti morbosi pregressi o comunque che possono interessare il giudizio pronostico assicurativo, cercando di esporli o farli esporre con sufficiente chiarezza.

Gli accorgimenti speciali per la raccolta dell'anamnesi, che possono essere messi in opera secondo le circostanze, sono vari e sono legati in massima parte all'abilità del medico di assicurazione che eseguisce la visita.

Un metodo, che può risultare in qualche caso utile, è quello di non procedere nell'inchiesta anamnestica in ordine cronologico, bensì inversamente iniziando dalle malattie più recenti o da quelle il cui ricordo affiora meglio alla mente dell'assicurando; da esse poi man mano risalire ai fatti morbosi precedenti ed anche a quelli che si riferiscono all'anamnesi familiare. Con questo metodo si può riuscire talvolta a raccogliere importanti dati anamnestici che altrimenti sarebbero sfuggiti; inoltre l'esaminatore ha il vantaggio di essere indirizzato nel rivolgere, sulla base dei disturbi denunziati, domande appropriate e di poter eventualmente ricostruire l'intera evoluzione di una malattia e delle sue complicazioni.

Un accorgimento in altri casi utile può essere quello di cercare di conoscere la natura di un'affezione pregressa attraverso l'inchiesta accurata dei sintomi di essa, anziché con la richiesta diretta della malattia presumibilmente sofferta.

Per chiarire il significato di alcuni disturbi incompletamente riferiti può riuscire utile la richiesta di notizie intorno al nome dei medici consultati o delle cliniche o reparti ospedalieri, presso i quali l'assicurando eventualmente è stato ricoverato. Il nome del medico o della clinica a prescindere dal fatto che la

conoscenza di essi mette l'istituto assicuratore in grado di poter assumere informazioni (ciò che rientra nel diritto dell'ente assicuratore ai termini del rapporto medico controfirmato dall'assicurando), possono da una parte far affiorare alla memoria dell'assicurando altre notizie, dall'altra possono costituire per sè stessi elementi di presunzione per una data malattia. Infatti non raramente il medico è uno specialista e la clinica o meglio il reparto clinico, ove non si tratti di case di salute generiche private, può indirizzare verso un dato gruppo di affezioni, quelle cioè per le quali la casa di cura è adibita.

Di particolare utilità possono dimostrarsi, per alcune malattie, le notizie inerenti alle terapie eseguite nel passato dall'assicurando, ed in specie le notizie riguardanti eventuali cure termali, radioterapie, roentgenterapie, ecc. E' chiaro infatti come da esse si possa agevolmente risalire al gruppo di affezioni, se non proprio alla malattia, per la quale sono state indicate.

Anche la raccolta dei dati riguardanti eventuali esami di laboratorio eseguiti (esami sangue, urine, feci, ecc.) o di esami radiologici possono qualche volta ragguagliare su precedenti morbosità oscuri o richiamare l'attenzione del medico su determinate malattie.

La conoscenza delle località ove l'assicurando ha vissuto precedentemente, può ugualmente in alcuni casi indirizzare l'interrogatorio anamnestico verso una data affezione. Così ad es. verso la malaria, l'amebiasi, ecc., per quei soggetti che sono stati in località ove queste malattie sono endemiche.

Altri elementi preziosi per chiarire il significato di alcuni precedenti morbosità male o incompletamente riferiti, o per far presumere la presenza eventuale di una affezione possono essere considerati la professione e le abitudini di vita del-

l'assicurando. Tali dati per sè stessi o per le modificazioni avvenute nel tempo (abbandono di professione, privazione del bere, del fumo, ecc.) possono indirizzare il medico verso eventuali affezioni professionali o malattie da intossicazioni pregresse.

Grande importanza hanno anche le notizie riguardanti il servizio militare. Questo infatti rappresenta un dato certo, che si presta difficilmente alla reticenza, che può illuminare sulle condizioni di salute dell'assicurando a quella data epoca, e pertanto far trarre eventuali inferenze su fatti morbosità più recenti.

Anche precedenti visite mediche per assicurazione possono per la stessa ragione riuscire utili.

I rilievi sulla raccolta delle notizie anamnestiche, ai quali è stato accennato, possono, secondo i casi, dimostrarsi di grande utilità ed anche giovare al fine di indurre i reticenti a rendere dichiarazioni leali e sufficientemente

Essi possono essere invero di non scarso giovamento nei casi nei quali la reticenza è in buona fede; ma ove alberghi deliberatamente la malafede non ritengo che mezzi comuni di indagine anamnestica, sia pure con accorgimenti speciali, possono giungere allo scopo di indurre l'assicurando a riferire con sincerità.

Del resto non è a questi casi, per fortuna rari, che l'attenzione dei medici di assicurazione deve essere rivolta, bensì a quelli che potrebbero veder frustrato il loro atto di previdenza per un errore iniziale che può essere evitato.

Infine un accenno meritano quei rari casi nei quali gli assicurandi nel rendere le dichiarazioni tendono ad ingigantire le eventuali tare ereditarie ed il significato delle loro affezioni pregresse. Ciò può accadere o perchè si tratta di individui esageratamente zelanti, ed ol-

tre il necessario paurosi di un'eventuale contestazione del contratto, o perchè qualche volta il candidato non ha intenzione di portare a termine un contratto, al quale per ragioni di convenienza verso il produttore od altro aveva dato precedentemente il suo assenso. In queste circostanze il compito del medico è quanto mai delicato. Nel primo caso infatti, ove questi non dovesse discernere il vero dall'esagerato, potrebbe giungere a conclusioni errate, che importerebbero a torto un aggravamento del rischio.

Da quanto è stato detto si può concludere che la raccolta delle notizie anamnestiche in medicina delle assicurazioni vita è compito assai più delicato che nella pratica medica comune. Essa, perchè sia raggiunto lo scopo al quale è diretta, di porre cioè il contratto di assicurazione sulle sue vere basi, deve essere dal medico condotta con molto discernimento e con speciale abilità, nell'interesse sia dell'ente assicuratore che dell'assicurando.

Molti sono gli accorgimenti e vari i

metodi di cui il medico di assicurazione può servirsi nell'adempire a questo compito, ma è soprattutto nel saper adottare tali accorgimenti secondo i casi che egli molte volte può evitare che il contratto di assicurazione — contratto fondato sulla buona fede — venga inizialmente viziato.

AUTORIASSUNTO.

L'A. dopo aver accennato all'importanza ed al valore delle dichiarazioni rese dall'assicurando all'atto della visita medica per l'assicurazione Vita, mette in rilievo le difficoltà relative alla raccolta di tali dichiarazioni e le ragioni per le quali il rilievo delle notizie anamnestiche in medicina delle assicurazioni Vita assume peculiarità diverse che nella pratica comune. Indi mette in luce l'importanza di alcuni accorgimenti e rilievi atti a rendere più facile e più conforme ai fini del contratto di assicurazione la raccolta delle notizie anamnestiche di quegli assicurandi in buona fede reticenti.

Varie

DALL' UOMO MEDIO ALL' ETÀ BIOLOGICA

Dott. PIETRO CIATTI

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

Nessun campo di studio quanto le umane costituzioni avvicina l'arte alla scienza. Arte-Scienza; binomio questo simbolo dell'eternità dell'umano pensiero, simbolo della potenza creativa dell'intelletto.

Si può dire che, nell'argomento che sto per svolgere, queste due manifestazioni dell'intelletto s'incontrano e si uniscono nel compito e nel fine comune di giungere alla conoscenza dell'ideale di bellezza della figura umana.

Lo studio delle proporzioni corporee interessò, in ordine di tempo, prima l'artista

dello scienziato, per cui, nella ricerca del tipo più perfetto nelle proporzioni, l'occhio del primo precedè la ricerca antropometrica del secondo.

E' stato l'occhio dell'artista per il primo che è andato alla ricerca, nel grembo della natura « maestra dei maestri » (Leonardo) di questi rari fenomeni di bellezza e di armonia per eternarli, nel marmo e nel bronzo, in capolavori spesso risultanti dalla fusione delle perfezioni di diversi di questi modelli creati per soddisfare l'anima dell'artefice, che, assetato di bellezza, infonde

vita ideale, riunendo quanto di meglio i rari modelli della natura gli offrono, alla figura perfetta della sembianza umana.

Ad onor del vero noi medici dobbiamo lasciare agli artisti il vanto di avere dettato i primi canoni antropometrici.

Vitruvio, nei primi anni dell'era cristiana, architetto sommo di Augusto imperatore, studiò, e di questo ci fanno fede gli storici, le proporzioni del corpo umano.

Più recentemente Cennino Cennini (1360-1435), allievo di Agnolo Gaddi, espose, nel suo « Libro dell'arte », nozioni riferentisi alle « misure che deve avere il corpo dell'uomo fatto perfettamente ».

Però, fra i moltissimi artisti che si occupano di questo, bisogna discendere a Leon Battista Alberti, tipico genio del nostro Rinascimento, sommo cultore di matematiche, di lettere, di musica, d'architettura, di leggi e di scienze naturali e sociali, mente versatile in ogni campo dell'umano sapere, per vedere applicata, con metodo ed intendimenti scientifici, la ricerca antropometrica. Questo Autore oltre al dare un indirizzo sperimentale agli studi sulle proporzioni del corpo seppe applicarvi, per il primo e con molta saggezza, il criterio delle medie precorrendo così, in certo qual modo, il Quetelet. Egli nei suoi scritti dice di avere nelle sue ricerche imitato « colui che avendo a fare appresso ai Crotonati la statua della Dea, andò scegliendo da diverse vergini, e più di tutte l'altre belle, le più eccellenti e più rare, e per onorate parti di bellezza che egli in quelle giovani vedesse, e le messe poi nella sua statua ». E proseguendo soggiunge: « In questo medesimo modo, ho scelto molti corpi, tenuti da coloro che più sanno bellissimi, e da tutti ho cavato le loro misure e proporzioni; delle quali avendo poi insieme fatto comparazione, e lasciati da parte gli eccessi degli estremi, se alcuni ve ne fossero che superassino, o fossero superati dagli altri, ho prese, da diversi corpi e modelli, quelle mediocrità che mi sono parse le più lodate ».

Dopo l'Alberti, Leonardo, sommo osservatore della natura, deplorando ed incolpando della decadenza dell'arte, seguita al fastigio ed agli splendori di Atene e di Roma, il

fatto che gli artisti « pigliavano per Autore altri che la natura, maestra dei maestri » ammonisce gli artisti stessi esortandoli « Piuttosto . . . a ricorrere ad essa natura che ai maestri che da quella hanno imparato ». A questo genio, osservatore profondo, a cui non fece difetto una profonda esperienza anatomica, si devono i canoni antropometrici nella compilazione dei quali è molto probabile che il sommo artista abbia usato la ricerca antropometrica.

Il Reynolds in Inghilterra, in discorsi pronunciati alla Reale Accademia di pittura di Londra, precorrendo di poco il Quetelet, faceva coincidere la bellezza ideale con una forma centrale, risultante dalla fusione di quanto la natura presentava di perfetto in una data classe delle sue creature, quale prodotto astratto di una comparazione fra le forme singole più o meno perfette. Il Reynolds stesso, come il Quetelet, riteneva deformità tutto ciò che si allontanasse da questa forma centrale.

Per vedere adattato fedelmente il metodo empirico statistico, direi quasi inaugurato dall'Alberti, bisogna giungere allo statistico belga.

Benchè il concetto di uomo medio sembrasse rappresentare secondo alcuni una concezione passata e già definitivamente sepolta nell'oblio bisogna riconoscere che da un sempre crescente numero di persone fu e viene consciamente od inconsciamente adoperato. Esempio di ciò possono darne i moderni trattati di antropologia i cui A.A., nel descrivere i caratteri della popolazione, li sottopongono rigorosamente a misura e li esprimono mediante medie aritmetiche dei singoli valori individuali, con cui, insieme riunendo i valori di tali medie, delimitano il tipo della popolazione presa in esame.

Questa creazione come ho detto oramai sepolta e considerata quasi nata morta dal mondo scientifico fu fatta rivivere dai costituzionalisti ed in modo particolare dalla scuola italiana con a capo De Giovanni e Viola.

Il De Giovanni giunse a pensare che un individuo in cui, egli diceva, tutte le parti presentassero uno sviluppo proporzionalmente armonico, non dovesse manife-

stare la tendenza a nessuna forma morbosa, vale a dire che un tale soggetto dovesse essere indifferente dinanzi ad ogni causa *no-cens*. Tale individuo ideale, rispetto al quale le deviazioni positive o negative ugualmente intense sono pure ugualmente numerose, verrebbe ad acquistare una gran precisione in quanto che si verrebbe ad identificare automaticamente con un tipo umano, astratto ed irreale bensì, se per reale si intende un individuo determinato, ma definibile in modo quantitativamente preciso, vale a dire con l'uomo medio di Quetelet.

Questo tipo fu concepito dal De Giovanni come riuscito, mentre gli altri, allontanandosi per i caratteri morfologici da questo modello, come insuccessi o meglio come errori costituzionali.

Il Viola pure pensando che, come si ammette oramai indiscusso, se in una popolazione gli spostamenti, le deviazioni dal tipo ideale sono ugualmente numerose allontanandosi da esso nelle due direzioni opposte (*brachitipia*, *longitipia*) e se la frequenza di tali deviazioni tanto più aumenta quanto più esse sono meno intense, viene a concludere che, se non l'armonia perfetta dello sviluppo longitudinale e del trasversale, almeno una forte tendenza ad essa sarà la condizione della maggior parte dei soggetti della data popolazione, mentre il perfetto equilibrio morfologico si realizzerebbe nell'uomo medio creato dallo statistico belga. Quetelet, fondatore della moderna statistica, pensò questo tipo ideale precorrendo col suo genio gli attuali indirizzi della medicina e della biologia individuale quando dice che: « se l'uomo medio fosse perfettamente determinato, tutto ciò che si allontana dalle sue proporzioni o dalla sua maniera di essere costituirebbe la deformità e le malattie ciò che differisce non solo sotto il rapporto delle proporzioni e della forma, ma esce anche dai limiti osservati, costituirebbe la mostruosità ».

Non sarei alieno dal ritenere Quetelet anche un precursore ed un assertore della medicina preventiva quando, parlando dell'uomo medio, soggiunge: « un uomo prudente, che studia la sua costituzione e che si osserva, può prevenire molte malattie. In ge-

nerale si chiama il medico quando si è indisposti; io credo che sarebbe utilissimo vederlo anche quando si è in condizioni di salute, affinché egli potesse studiare bene il nostro stato normale e procurarsi gli elementi di confronto necessari per i casi di anomalia e per le indisposizioni ».

Egli, assegnando al suo campione oltre lo ufficio di indice caratteristico e di pietra di paragone, non si limitò al concetto della pura concezione morfologica, ma estese la sua creazione anche al campo delle attitudini funzionali e delle qualità psichiche per cui l'uomo medio avrebbe dovuto rappresentare, secondo lui, il campione sia del perfetto equilibrio morfologico che funzionale, allontanandosi dal quale si passerebbe, oltre un certo limite, nella anormalità, nel patologico, nella mostruosità. Le deviazioni morfologiche verrebbero, in questo tipo ideale, ad essere correlate a corrispondenti deviazioni nel campo funzionale e psichico per cui lo uomo medio verrebbe e dovrebbe venire a rappresentare, in modo sintetico, il tipo ideale della salute, della bellezza, dell'intelligenza della virtù ecc.

Oltre che di un individuo medio risultante, come scaturisce dalla concezione queteletiana, dalla riunione delle medie aritmetiche dei valori dei singoli caratteri ottenuti mediante la misura di questi su di una popolazione in cui dato il numero rilevante di dati le singole osservazioni, o, ciò che è lo stesso, gli errori singoli si distribuiscono come meglio dirò in seguito, secondo la curva binomiale, si può parlare pure, col Gini, di un individuo desunto dalle medie aritmetiche dei singoli caratteri anche in gruppi o sistematicamente selezionati o in gruppi in cui la distribuzione dei caratteri si allontana dallo schema suddetto per fattori determinanti deformazioni della curva.

Avremo così il soldato medio, il fanciullo medio, il neonato medio intesi però « non nel senso che si debba vedere incarnato in uno od in diversi esemplari l'uomo medio per tutti i suoi caratteri ma nel senso che, negli uomini di un gruppo, che sono medi rispetto al carattere, l'intensità di ogni altro valore ha per valore probabile la rispettiva media del gruppo » (Gini).

Critiche furono mosse alla concezione del Quetelet e fra le più importanti debbono essere annoverate quelle del Cournot, del Messedaglia e del Lotte. Si obiettò al Quetelet che invece di determinare il suo campione basandosi sulle misure lineari, sul peso, sulle attività funzionali, sulle qualità psichiche e morali, globalmente considerate, vale a dire invece di determinare il tipo ideale risultante dalla fusione delle medie dei singoli caratteri morfologici, fisiologici e psichici degli individui di una data popolazione in un'unica unità individuale, sarebbe stato più opportuno riferirsi, volta per volta, ai singoli elementi morfologici, funzionali e psichici di cui l'organismo risulta, vale a dire, come dice il Messedaglia all'espressione di uomo medio sarebbe stato più opportuno sostituire l'espressione « uomo di peso medio, di statura media, ecc. ».

Si oppose inoltre che le medie, ricavate dalla misura dei vari organi in diversi animali della stessa specie, non potrebbero essere utilmente adoperate a ricostruire idealmente un essere che, rappresentando la risultante organica dei vari elementi costitutivi insieme congiunti, presenti caratteri tra loro compatibili e presenti le condizioni di vitalità della specie; tali unioni di medie, con molta verosimiglianza, darebbero luogo invece ad un essere deforme tutt'altro che il tipo ideale ed armonico dello statistico belga inquantochè in un complesso sistema qual'è l'organismo animale le medie di singoli attributi non possono essere tra loro compatibili.

Altre critiche furono rivolte alla ammissione del Quetelet di un uomo medio tipo dell'umanità, dimostrazione diretta della unità della specie umana; si obiettò che sarebbe stato opportuno considerare tale uomo medio quale tipo della nazione o della collettività alla quale egli appartiene per il motivo che è implicito e logico che tale campione ideale debba variare da popolo a popolo, da razza a razza, a seconda delle impressioni che l'uomo correntemente ha degli individui a lui circostanti ed a seconda dello sviluppo etico-intellettuale.

Il Cournot scriveva: « L'homme moyen ainsi défini, bien loin d'être en quelque sor-

te le type de l'espèce, serait tout simplement un homme impossible, ou du moins rien n'autorise jusqu'ici à le concevoir comme possible ».

Il Bertillon ritiene scientifica la media tipica di ciascun attributo mentre l'accoppiare una media ad un'altra media potrebbe portare a « un assemblage qui peut aussi bien être monstrueux ».

Pure il Morselli non concepisce un individuo risultante dalle medie dei valori dei singoli attributi morfologici, cosa questa, secondo l'A., illogica sia per la morfologia generale dell'organismo sia per la morfologia di ciascun organo in particolare.

Questo tipo ideale poi, sintesi dei singoli valori medi, ritenuto dal Quetelet il perfetto campione di bellezza e di armonia viene criticato e ritenuto, come tale, inconcepibile. A tal proposito Bertillon così si esprime: « L'homme moyen sera nécessairement moyen dans tous les attributs. Il faut qu'il soit moyen par ses laiders et moyen par ses beautés, deux moyennes absolument antipathiques à l'ideal de beauté ».

Mallet, Moreau de Jonnes, Drobisch, Knapp, Schmoller, Durkheim criticarono poi la concezione queteletiana dell'uomo medio considerato tale dal lato intellettuale e morale in quanto che per tali AA. poco sarebbero probativi i dati dell'osservazione statistica sui fenomeni sociali considerati come più strettamente riguardanti l'aspetto intellettuale e morale dell'uomo (il Quetelet prendeva in considerazione i matrimoni ed i delitti) se assunti come indice delle intime disposizioni del singolo individuo.

A questi critici, tralasciando le obiezioni di coloro che hanno cercato di demolire il concetto di uomo medio inteso come ideale di equilibrio fisiologico e morale, intendendo in questa breve esposizione trattare in modo prevalente sull'uomo medio in quanto campione del perfetto equilibrio morfologico, dobbiamo rispondere, come dice il Gini, di prendere in considerazione il fatto che i caratteri dell'organismo umano, sono, sia positivamente sia negativamente, fra loro correlati, per cui, di due caratteri distintamente considerati in diversi individui, mentre l'intensità di uno di essi può rego-

larmente crescere l'intensità dell'altro può sia crescere sia diminuire proporzionalmente, mentre mai non avviene che l'intensità del secondo prima cresca ed in tempo successivo diminuisca, pur anco proporzionalmente al primo e viceversa.

Basandosi sul fatto ormai accertato da lunga esperienza che per diversi caratteri dell'organismo sottoposti a misura valore mediano e valore medio aritmetico vengono praticamente a coincidere; basandosi sul fatto ormai pure accertato, come sopra ho detto, della correlazione tra l'intensità di diversi caratteri; considerando che quando fra due di essi, misurati in un certo numero di individui, passi una correlazione, è cosa ormai indiscussa che al valore centrale, o, come più spesso suol dirsi, al valore mediano di uno viene a corrispondere il valore centrale o valore mediano dell'altro; sapendo come cosa ormai nota che per tutti i caratteri dell'organismo suscettibili di misura si è riscontrata fra i valori medi ed i valori mediani una coincidenza o una differenza trascurabile ed attribuibile al limitato numero di osservazioni, si potrebbe giustamente essere indotti a pensare che lo uomo medio aritmetico del Quetelet si avvicini all'uomo mediano, logicamente ineccepibile, ben determinato e raggruppante in sé quell'insieme di intensità medie dei singoli caratteri corporei che starebbe a rappresentare, per il Quetelet stesso e secondo la scuola morfologico-clinica, il giusto mezzo, le normalità, l'assenza di anomalie fisiche predisponenti a contrarre determinate forme morbose.

La possibilità che le medie aritmetiche di vari elementi di un sistema « formino un nuovo sistema dipende » dice infatti il Gini « dalle relazioni che intercedono fra gli elementi dei singoli sistemi ».

Ciò è soltanto possibile in biologia in cui le correlazioni fra gli elementi dei diversi organismi sono tali che dal fatto stesso che negli individui di un gruppo medi rispetto ad un carattere il valore probabile dell'intensità di un altro carattere viene molto verosimilmente a corrispondere alla media del gruppo per l'intensità del secondo carattere ne scaturisce l'idea dell'uomo medio.

Pure Viola stesso dimostrando che i vari elementi antropometrici desunti da misure su individui appartenenti ad una data regione, possono, astraendo da pochissime eccezioni, distribuirsi in una seriazione quasi perfetta; che la media aritmetica e la mediana coincidono; che i valori medi delle singole dimensioni possono essere riuniti in un sistema; che, per il fatto stesso che ai valori riscontrati nei capolavori scultorei dell'arte antica (Antinoo, Apollo del Belvedere) vengono a corrispondere i valori medi calcolati secondo il metodo delle seriazioni, tali statue, considerate il massimo della perfezione della forma umana, debbono essere ritenute « come l'espressione abbastanza fedele dei nostri moderni valori medi », ha saputo ribattere nel modo più brillante le obiezioni mosse alla concezione queteletiana.

I capolavori dell'arte antica, egli dice, vengono « sempre più a confermarci nella opinione che il sentimento estetico per le proporzioni del corpo umano non è altro che un apprezzamento sintetico di medianità ». Per il Viola il bello viene a coincidere con la media ciò che equivale alla coincidenza del bello con la normalità intesa come sinonimo di « perfezione funzionale » più che in senso puramente statistico.

Per A. Wildt ciò che morfologicamente è bello è perfetto inquantochè per tale A. ciò che noi chiamiamo eleganza e bellezza altro non è se non il segno che l'organo ha trovato la forma pienamente atta alla funzione sua.

Gli indirizzi costituzionalistici moderni hanno messo in evidenza come in una data popolazione omogenea per razza, per sesso, per età si possano riconoscere e separare due tipi morfologici antagonisti. Si è rilevato infatti esistere un antagonismo fra sviluppo longitudinale e trasversale del corpo per cui al crescere di una misura diminuisce proporzionalmente l'altra, dando luogo a tipi costituzionali diametralmente opposti, vale a dire al tipo morfologico brevilineo ed al tipo morfologico longilineo. Si è osservato, e ciò costituisce una legge generale di natura, che la frequenza degli individui avvicinatisi per le intensità delle

loro proporzioni all'uomo medio diminuisce a mano a mano che da tenuissime differenze si passa a differenze sempre più forti, vale a dire, riportandosi ai due tipi morfologici sopra riportati, i due tipi costituzionali estremi convergono presentando una distribuzione delle loro frequenze che, graficamente rappresentata, riproduce la curva binomiale. Se si procede infatti alla seriazione dei risultati disponendo sopra una ascissa le misure degli scostamenti da questo tipo centrale in ordine crescente (parlo di valori assoluti) da sinistra a destra si può constatare che se in corrispondenza di ogni suddivisione di questa ascissa (modulo) si elevano ordinate proporzionali al numero delle osservazioni corrispondenti ai valori che il rispettivo modulo sta a rappresentare e si riuniscono mediante una linea gli apici di queste ordinate, otteniamo una curva il cui vertice, apice della massima ordinata, è situato centralmente. Tale ordinata massima separa in due metà uguali e simmetriche il campo di seriazione dei risultati, vale a dire presenta alla sua destra ed alla sua sinistra un uguale numero di osservazioni.

Praticamente, in biologia, viene considerato come normale quell'individuo che non si scosta oltre un certo limite dalle proporzioni di questo campione e solo si parla di squilibrio morfologico, probabile fattore di malattia, se questo limite viene superato. I costituzionalisti che, come ho detto, quando per gli statistici l'uomo medio era una concezione già tramontata, lo hanno riesumato, valorizzato, hanno fatto rivivere l'asserzione fatta fin dal 1835 dal Quetelet e da me innanzi riportata, per cui in coincidenza con l'uomo medio si dovrebbe identificare l'individuo che ammala di meno e che vive di più.

I dati statistici attestano però che mentre tutto porta a pensare che la selezione naturale agisca in modo elettivo eliminando le variazioni positive o negative da questo campione ideale il tipo umano attualmente presentandosi come il più resistente risulta essere più frequentemente il brevilineo moderato mentre qualche rara volta, in determinate circostanze ed in particolari

condizioni ambientali di osservazione e di età, è dato riscontrare la minima mortalità fra i longilinei.

Riportandoci all'opinione di Carlo Darwin secondo cui la selezione naturale tenderebbe, con adattamenti progressivi, a ristabilire l'equilibrio fra specie zoologica e condizioni ambiente, equilibrio che non si stabilizzerebbe per il fatto che le condizioni ambiente mutano continuamente, dobbiamo riconoscere, e ciò è confermato dall'esperienza delle statistiche a cui sopra ho accennato, che l'uomo medio e l'uomo sano non si identificano ma, usando l'espressione del Boldrini, « oscillano continuamente l'uno intorno all'altro » per cui la struttura corporea di un dato gruppo di popolazioni tende lentamente a modificarsi quando, variando le condizioni ambientali, la selezione naturale si svolge a favore di un tipo a danno del tipo opposto. Secondo i biometrici l'azione della selezione naturale determinerebbe il tipo adatto alla lotta per l'esistenza vale a dire agirebbe nel senso di una evoluzione adattando la specie alle mutevoli circostanze per cui può darsi infatti che talora le varianti estreme non rappresentino sempre elementi di svantaggio ma anzi che, al lume delle moderne teorie sulla ereditarietà e sulla selezione naturale, accada l'opposto onde il diminuire, nei sopravvivenenti, della variabilità dei caratteri col decorrer degli anni non verrebbe a costituire la regola come si verrebbe ad ammettere secondo il punto di vista queteletiano per il quale i sopravvivenenti di ciascuna generazione, esaminati in varie età, per effetto della selezione e tenendo conto dell'involuzione senile, verrebbero a presentare la stessa media per ciascun carattere ed una via via minore variabilità di questo. Il risultato di questa concezione queteletiana sarebbe che i sopravvivenenti alle varie età, col procedere del tempo e per effetto della selezione che agirebbe eliminando i portatori delle intensità estreme dei singoli caratteri stanti a rappresentare errori costituzionali e per questo elementi di svantaggio alla lotta per la vita, si raggrupparebbero sempre più intorno al tipo medio vale a dire intorno al soggetto in equilibrio di fronte a tutte le cause

nocive dell'ambiente in cui si svolge l'esistenza.

Nella realtà invece, come ho già detto, si osserva che i portatori di caratteri di media intensità, o meglio, gli individui avvicinandosi al tipo medio, non sono quelli che tendono a vivere di più, mentre i portatori di caratteri presentanti intensità estreme non presentano la tendenza a morire in età relativamente giovane. L'azione dei fattori selettivi agirebbe isolando un individuo atto fisicamente al mutare delle condizioni ambiente e variabile con il variare di queste in quantochè è provato la selezione non sempre agire sulle estreme varianti.

In sintesi si può dire che mentre per il Quetelet la specie umana rappresenta, nei caratteri morfologici e funzionali, un qualche cosa di immutabile, di statico, di equilibrato, il pensiero Darwiniano ci porta a pensare la specie (ed in particolare quella umana) come un qualche cosa di dinamico in continuo squilibrio con le condizioni ambientali e di conseguenza in continua variazione per cui l'uomo sano, benchè con esso non si identifichi, oscilla intorno all'uomo medio, pur tendendo a sovrapporsi ed a identificarsi con questo.

Tralasciando alcune questioni di genetica che qui non è il caso di riportare possiamo dire che mentre in una popolazione teorica geneticamente pura, quale la concepì Quetelet nella costruzione del suo uomo medio l'uomo sano si identifica con esso, in una popolazione reale, mista geneticamente, in cui non sia possibile discernere in nessun modo i gruppi puri componenti, l'uomo sano è l'uomo medio tendenziale.

La selezione naturale può, a seconda delle circostanze, che possono essere le più svariate, volgersi a favore di un tipo a danno di quello portatore di caratteri che da esso si discostano eccessivamente. Se per esempio, come esemplifica il Boldrini, in seguito alle migliorate condizioni igienico-sanitarie, vengono ridotte la morbidità e la mortalità per t.b.c. venendo favorito così dalla selezione naturale il tipo costituzionale lungo predisposto, come sappiamo, alla tubercolosi stessa, l'uomo sano, con l'andare del tempo, potrà acquistare

forse proporzioni lunghe rispetto a quelle dell'uomo medio. A lungo andare, continuando ancora ad agire tali circostanze nella stessa maniera e con uguale intensità, ne risulterà un'azione « sui caratteri fisici della massa della popolazione » per cui le proporzioni dell'uomo medio si assottiglieranno e la distanza dalle sue forme da quelle del tipo sano tenderà a scomparire onde potrebbe venire a verificarsi la coincidenza dell'uomo medio con il sano. « Modificandosi in altro senso le circostanze esterne e quindi anche il gioco dei fattori morbigeni e letiferi, la differenza fra uomo sano ed uomo medio potrà riprodursi magari in senso opposto a quello precedente, ma per tendere subito dopo a scomparire di nuovo con reazioni del tutto simili a quelle schematizzate » (Boldrini).

Questo dinamismo più o meno intenso del tipo morfologico di una popolazione porta a suggerire agli eugenisti, e questo dico in quanto che la medicina preventiva costituisce uno dei nostri maggiori compiti, di tendere i loro sforzi non alla creazione una volta per sempre di un tipo umano perfetto, ciò che logicamente è impossibile, ma « alla attuazione di tipi sempre nuovi col variare delle circostanze, non alla fissazione di certi caratteri, ma alla sapiente prevenzione ed accelerazione dell'opera della natura nel mutarli come conviene » (Boldrini).

Tale ideale eugenico è però purtroppo per ora irraggiungibile dalla mente umana ancor troppo poco evoluta per sostituirsi alla legge naturale, creazione Divina, preordinatrice e regolatrice di tutti i fenomeni.

Non è detto però che per questa mancata coincidenza dell'uomo medio con l'uomo sano la concezione della costruzione teorica dell'uomo medio debba perdere il suo valore. Riporto, a tal proposito, il seguente passo del Boldrini: « questo convergere continuo dell'uomo sano nell'uomo medio, o, anche, dell'uomo medio nell'uomo sano; questo gravitare continuo insomma, dell'un tipo sull'altro, fa sì che la condizione morfologica di equilibrio di una popolazione in un determinato momento si possa conoscere abbastanza bene in modo obbiettivo; mancando la possibilità di determinare i caratteri del-

l'uomo sano, la conoscenza dei caratteri dell'uomo medio fornirà facilmente in ogni momento la nozione più plausibile di esso. I caratteri dell'uomo medio potranno differire, così come non differire dai caratteri dell'uomo sano; potranno essere diversi in una come in un'altra direzione. Questa situazione di indifferenza della posizione dell'uomo medio rispetto all'uomo sano, e, praticamente parlando, la differenza evanescente dei caratteri dei due tipi, l'uno noto o facilmente determinabile, l'altro ignoto e che interessa di conoscere in modo sia pure approssimativo ridà alla concezione queteletiana il suo prestigio ».

Lo schema dell'uomo medio per la sua « situazione d'indifferenza » rispetto all'uomo sano per la tendenza in una popolazione mista che questo campione dimostra ad identificarsi con l'uomo sano, « oscillando intorno ad esso » servirà, se non altro, praticamente al medico, quale termine di confronto « per formarsi un'idea dei caratteri corporei che predispongono a contrarre le diverse malattie ed a risalire dall'intensità di essi (ossia dalla loro divergenza dai caratteri medi) al grado di tale predisposizione (Boldrini).

E' appunto quale termine di confronto per poter mettere in evidenza, attraverso le intensità di carattere che si allontanano dalla media, il grado di predisposizione di ogni singolo verso determinate forme morbose, che, praticamente, nel campo medico assicurativo, la concezione dell'uomo medio non è da rigettare. Anche se i dati statistici portano a non far identificare l'uomo medio con l'uomo sano le intensità dei caratteri dell'uomo medio saranno sempre utili nella pratica come punto di riferimento come, oserei dire, unità di misura non soggetta a variazioni con il variare delle circostanze.

Il Prof. Romanelli, in un articolo comparso su « Assistenza Sanitaria », in merito alla ricerca dell'età biologica, propone ed inizia a tal fine lo studio comparativo delle caratteristiche anatomo-funzionali dei veri soggetti che si presentano all'esame al fine di rendere possibile, valutando volta per volta tali caratteristiche e riportandosi all'individuo medio della stessa età, lo stabilire se lo

stato di sviluppo e di logoramento dei diversi organi e sistemi del soggetto in esame corrisponda alle caratteristiche anatomo-funzionali dell'individuo medio coetaneo oppure a quelle dell'individuo medio di un differente gruppo di età.

Questo può considerarsi il più recente esperimento di applicazione, nel campo pratico quale è quello dell'Assicurazione Vita, della concezione queteletiana dell'uomo medio per l'utilità evidente ai fini di un'esatta valutazione dei diversi rischi, che presenterebbe, non la conoscenza dell'età del soggetto in esame desunta da quella dataci dallo stato civile, ma la conoscenza dell'età risultante, in ogni singolo soggetto, dalla media complessiva dello stato di sviluppo e di logoramento dei vari organi paragonato allo stato di sviluppo e logoramento dell'individuo medio avente lo stesso numero di anni.

Questo criterio di valutazione dell'età biologica anzichè dell'età di stato civile sarebbe un criterio fondato, ai fini di un giudizio sull'ulteriore durata della vita, su basi razionali per il fatto ormai noto del diverso comportamento dei diversi individui di fronte al tempo di insorgenza della vecchiaia.

Bisogna far rilevare però che mentre lo statistico belga delimita il suo uomo medio desumendolo prevalentemente dalla misura delle pure forme corporee, il Romanelli delimita l'uomo medio, quale è necessario per un pratico uso nella medicina, ricercando le medie anatomo funzionali di soggetti appartenenti a diversi gruppi di età, medie di cui egli intende servirsi come campione di raffronto; in altre parole il Romanelli delimita, anzichè un uomo medio morfologico, un uomo medio anatomo funzionale.

A proposito di una pratica applicazione del concetto di uomo medio è necessario pure tener presente quanto dice il Barbara in considerazione della gradualità di passaggio dallo stato di salute a quello di malattia.

« I due concetti di sano e normale, morboso (o malato) ed anormale (od anormale) non sempre sono identificabili in quanto si può essere sani (in senso medico) pur possedendo caratteri (morfologici o funzionali) anormali, aventi cioè valori distanti dal valore medio-tipo-normale; caratteri di valore

non normale possono essere assolutamente fisiologici per un dato tipo costituzionale e decisamente patologici per il tipo opposto; il metodo della seriazione, infine, considera come anormali quei caratteri che distano dal valore medio solo per modificazioni « quantitative », quando invece un dato carattere può diventare patologico (causa di malattia) anche per modificazioni « qualitative » cui esso vada incontro (disfunzione di un dato organo o tessuto).

Della gradualità di siffatto passaggio si rimane, invece, persuasi allorché si analizzino i rapporti che uniscono l'uomo medio alle sue varianti.

Noi dobbiamo vedere nel tipo umano medio la perfezione sia delle forme corporee che delle funzioni organiche, l'espressione cioè della perfetta salute. Questa perfezione dinamica è, però, tanto rara quanto il suo equivalente morfologico (l'ideale estetico della bellezza).

Realtà concrete, contingenze biologiche abituali sono, per contro, gli stati di salute relativa, ossia a dire gli adattamenti e compensi che si stabiliscono fra gli originari errori anatomo-funzionali, errori, appunto, che abbiamo visto costituire e caratterizzare le diverse varianti umane.

Quanto più gravi e complessi sono gli errori, quanto più lontano cioè, dal tipo medio (o dal valore medio) è un dato individuo (od un dato carattere od insieme di caratteri), tanto minore risulta la stabilità del suo equilibrio organico e tanto più manifesto quell'insieme di condizioni e di note onde sogliono rivestirsi gli stati pre-morbosi (anomalie costituzionali, diatesi) od, addirittura, le malattie ».

Anche per questo autore il tipo medio è assunto come punto di riferimento discostandosi dal quale a grado a grado si passa, se non nel patologico, in uno stato pre-morboso.

Concludendo da quanto sopra ho esposto, benché la concezione dell'uomo medio sia il prodotto di una irrealizzabile perfezione e simbolizzi un concetto astratto o per lo meno una delle più rare realtà della natura, dal punto di vista pratico non è da rigettarsi potendo servire tale creazione statistica come punto di riferimento « come campione definitivo al quale riferirsi nella valutazione delle singole individualità » che sarebbero diverse quantitativamente e qualitativamente per causa accidentali capaci di modificare diversamente l'andamento del normale sviluppo.

Dai Libri e dai Periodici

Il prolungamento della vita in Italia.

Troviamo in una recensione pubblicata da « Annali d'Igiene », n. 12, 1938, Roma, i seguenti dati presi da uno studio di Niceforo.

Nel 1881-82 un bambino alla nascita aveva una media di vita di 35,4 anni; nel 1930-32 questa media è salita a 54,9 anni. Man mano che dalle età infantili si passa alle età avanzate i vantaggi ottenuti nella lotta contro la morte si vanno sempre più riducendo per modo che risulta più facile salvare dei bambini che dei vecchi. Nel 1882 un bambino aveva maggior probabilità di un vecchio di morire dentro l'anno.

La probabilità di raggiungere la vecchiaia aumenta coll'aumentare dell'età. Un ventenne ha 517 probabilità su 1000 di raggiungere la vecchiaia mentre un quarantenne ne ha 569 su mille.

Per quanto riguarda le cause di morte l'A. rileva che non basta prendere il numero dei morti di un anno, metterlo in rapporto alla popolazione e trarre un quoziente di mortalità da confrontare con quello degli anni precedenti. Per fare un calcolo esatto occorre ricavare i quozienti di mortalità per gruppi di età per sesso.

Sulla popolazione maschile degli Stati Uniti è stato trovato che se venissero a sparire le malattie di cuore la vita media sarebbe allungata di anni 2,41, per la tubercolosi si avrebbe un allungamento di anni 1,10 e per il cancro di anni 1,12.

C. S.

Il decorso della mortalità per cancro in Svizzera.

FÜRTH (« Zeitscheif für Krebsforschung », 48 B, 1938) riporta alcune tavole di mortalità per cancro, malattie dell'apparato circolatorio,

arteriosclerosi e senilità nei vari Cantoni della Svizzera. Avendo riscontrato la massima mortalità per cancro nelle due città di Zurigo e Basilea riporta, per queste città, in altre due tabelle comparative, la mortalità per cancro e per le altre malattie per vari gruppi di età e per sesso; da queste tabelle risulta un progressivo aumento della mortalità per cancro con l'aumentare dell'età. Il quoziente di mortalità per 100.000 si raddoppia nell'età più avanzate passando da 77,59 nel gruppo di età 60-69 anni a 134,27 nel gruppo di età oltre i 70 anni per la città di Basilea e da 68,54 a 144,91 per la città di Zurigo. Se consideriamo solo due gruppi di età sotto i 60 anni e oltre i 60 anni, vediamo che il quoziente di mortalità per cancro viene quasi a raddoppiarsi nella età avanzata. Infatti su 1000 casi di morte per cancro 365 appartengono al gruppo di età inferiore ai 60 anni e 635 appartengono al gruppo di età superiore ai 60 anni.

Statistiche sull'esito lontano delle cure sanatoriali.

« Difesa Sociale » nel n. 10 del 1938 riporta uno studio statistico di Kurt Zacharias, pubblicato in « Zeitschrift für tuberkulose », H. 3, 1937, sugli esiti lontani delle cure sanatoriali.

Le osservazioni furono condotte su un migliaio circa di tubercolitici polmonari dimessi dal sanatorio di Donaustauf che erano stati sottoposti ad un periodo di cura della durata minima di 40 giorni, seguiti per 10 anni e distinti secondo la forma chiusa o aperta e secondo la capacità lavorativa. Nelle forme aperte si è verificato nel primo anno dopo la dimissione dal sanatorio il 29,3 % di decessi ed entro 4 anni il 71,8 %. L'84,2 % non sopravvisse oltre i 10 anni. Nelle forme chiuse la mortalità è minore e il 28 % si è spento entro i 10 anni.

Nei tubercolitici affetti da forme aperte che al momento della dimissione erano stati giudicati atti al lavoro in condizioni normali si è verificata una mortalità del 36 %, mentre fra quelli ritenuti capaci solo condizionatamente la mortalità è stata del 66 %. Le cifre sono minori per gli ammalati di forme chiuse, cioè rispettivamente 11,9 % e 34 %. Dei sopravvissuti di tutte le categorie la maggior parte si è rilevata incapace di lavoro regolare e continuativo.

C. S.

Diagnosi e prognosi delle cardialgie di natura anginosa.

SCHMIDT (« Med. Klin. », 1938, riassunto in « Minerva Medica », 1938) avverte che occorre essere molto cauti prima di giudicare queste sindromi di natura puramente funzionale. Solo nei casi in cui i disturbi insorgono per cause emotive in giovane età ed in assenza di lesioni cardiovascolari si potrà ammettere, come presunzione, la natura funzionale. Occorre studiare bene i caratteri del fenomeno doloroso e ricorrere all'esame elettrocardiografico che è decisivo per la diagnosi.

Si distinguono cardialgie da movimento o da sforzo, da freddo, da emozioni, da posizione e cardialgie sintomatiche da affezioni extracardiache: ulcera gastrica, carcinoma allo stomaco, ecc. Per contro esistono cardialgie spontanee nelle quali non esiste alcuno dei momenti patogenetici accennati.

La prognosi dipende dalla lesione che ha provocato la cardialgia e si rende più riservata quando la sindrome è sorta da poco tempo, mentre la gravità è meno accentuata se gli accessi si ripetono da qualche anno.

C. S.

La prognosi delle affezioni del miocardio.

Non è vero che la prognosi delle affezioni miocardiche sia sempre fatale. L'esperienza clinica insegna che una vita discretamente attiva può essere condotta per lunghi anni da circa il 50 % dei pazienti affetti da considerevoli affezioni del miocardio.

Il BIONDO (« Rivista Sanitaria Siciliana », n. 23, 1938, Palermo) si afferma che il quadro clinico dell'insufficienza miocardica, per sé, non autorizza ad emettere una prognosi sfavorevole. Molti pazienti sopravvivono a parecchi attacchi di scompenso cardiaco e se si riesce a ristabilire l'equilibrio circolatorio possono continuare a vivere a lungo sottoponendosi ad un adatto regime. La prognosi delle affezioni del miocardio si basa su di una anamnesi diligentemente raccolta e su di un esame obiettivo, generale e speciale, accurato. Qualche volta l'anamnesi è tutto, come nella angina pectoris.

Nelle lesioni miocardiche iniziali ancora asintomatiche o quando vogliamo indagare sulla estensione e la gravità delle lesioni ricorriamo all'elettro cardiogramma. Il tracciato elettrico rappresenta una testimonianza assai precisa della fisiopatologia del miocardio, avvertendo però che l'interpretazione deve essere fatta al lume dei risultati dell'esame obiettivo e che

non esiste una diagnosi esclusivamente elettrocardiografica, ma esiste una diagnosi clinica. L'A. basa una buona parte del giudizio prognostico su i seguenti reperti elettrocardiografici: preponderanza ventricolare, modificazione del tratto R-S/T, voltaggio e direzione dell'onda terminale T, presenza o meno della onda Q.

Le misurazioni periodiche della capacità vitale costituiscono un elemento della prognosi.

La conoscenza delle cause morbose e della patogenesi ha grande importanza nel giudizio prognostico. Per esempio la pancardite reumatica termina nella maggior parte dei casi con la guarigione clinica, la malattia cardiaca ipertensiva, specie se complicata da sclerosi renale, ha una prognosi sfavorevole, la lue cardiovascolare è spesso causa di morte repentina, ecc. Il terreno organico tarato da malattie costituzionali è importante nella prognosi.

Occorre apprezzare pure, nella raccolta degli elementi per il giudizio prognostico, il significato dei sintomi subiettivi e dei segni fisici obbiettivi.

C. S.

Il fattore ereditario familiare nell'ulcera gastro-duodenale.

La questione della ereditarietà e familiarità dell'ulcera gastro-duodenale fu discussa alle Assise di Medicina Generale nel 1935 e parecchi AA. portarono il loro contributo alla discussione, riferendo parecchi casi di famiglie in cui vari membri erano stati colpiti dalla affezione. Numerose sono nella letteratura le documentazioni della presenza della affezione in diversi membri della stessa famiglia e molto dimostrativa è quella di Iacarelli il quale ha citato il caso di una famiglia di 13 persone in cui 9 componenti erano affetti da ulcera gastro-duodenale.

VALLE (« Policlino », Sez. Prat., 1938, n. 47, Roma) a conferma dell'evidenza e dell'importanza del fattore ereditario riporta l'osservazione di 4 fratelli che successivamente vennero colpiti da ulcera gastro-duodenale.

La maggior parte degli AA. dà la massima importanza allo squilibrio neuro-vegetativo come terreno costituzionale dell'ulcera gastro-duodenale.

C. S.

Il peso corporeo dopo la gastrectomia per ulcera.

La ripresa del peso è sovente lenta ed incompleta dopo l'intervento di gastrectomia per ulcera in contrasto con quanto si osserva dopo

la gastroenterostomia. Il gastrectomizzato raramente riacquista il suo peso normale, cioè raramente ritorna al peso che aveva perduto nel corso della malattia pur avendo conseguito la guarigione con la cessazione dei disturbi funzionali. Al contrario un soggetto portatore della stessa lesione al quale sia stata praticata solo una anastomosi riprende rapidamente il suo peso ritrovando realmente uno stato di salute normale. Santy e Mollet-Guy (« Presse Médicale », 1929, n. 1) su 93 soggetti trattati con la gastrectomia non hanno mai constatato recidive ma il peso iniziale è stato ripreso solo lentamente e incostantemente. Questo deficit è un fenomeno isolato poichè l'operato riprende la sua vita normale in buona salute anche dal lato ematologico.

C. S.

La reazione di Ucko nelle epatopatie.

Molte prove sono state proposte per lo studio funzionale del fegato ma quasi tutte si sono dimostrate insufficienti allo scopo. Questo fatto è comprensibile se si considera la multiforme attività di questo organo e come non sia sempre facile sceverare quanta parte, a causare l'affezione, spetti al fegato e quanta spetti all'azione o all'alterata funzione di altri organi che hanno influenza sulla cellula epatica.

SACCHETTI (« Diagnostica e tecnica di Laboratorio », ottobre 1938, Napoli) dopo aver descritto la modificazione apportata da Ucko alla reazione di Takata-Ara ci riferisce i risultati delle ricerche di vari autori e sue personali sulla reazione di Ucko e giunge alle seguenti conclusioni. La reazione di Ucko può essere utile nella pratica clinica per studiare la funzionalità epatica perchè fornisce dati veramente attendibili. Essa ci è di grande aiuto nella formulazione della prognosi, svela l'alterata funzionalità epatica e permette di determinarne approssimativamente l'entità. Può fornire un criterio di orientamento per la diagnosi delle varie forme epatiche e per il giudizio terapeutico, se cioè il caso sia di competenza medica o chirurgica.

C. S.

La durata della vita nella leucemia.

LEAVEL in un articolo pubblicato in « Amer. Journ. Med. Sciences » e riassunto nel « Policlino », Sez. Prat., 1938, n. 50, si occupa dell'argomento in base ai casi della letteratura e ad una statistica personale costituita da 128 osservazioni. La frequenza di tale malattia varia da 0,57 % ricoverati (Ospedale generale) a

7,3 (Ospedale pediatrico). La durata media della vita, dopo lo stabilirsi dei sintomi è stata di anni 3,2 per 87 pazienti affetti da leucemia cronica mielogena e di 3,6 per 49 pazienti affetti da leucemia linfogenica. Circa l'80 % sopravvisse per 1 anno, 40 % per 3 anni, 20 % per 5 e 4 % per 10 anni o più. Nella leucemia cronica mielogena la durata della vita fu più breve nei casi con notevole anemia, numero dei leucociti relativamente basso o emorragie prime della terapia. Nella leucemia cronica linfatica la durata è più breve specie se la malattia si accompagna a notevole anemia, ed è un po' più lunga nei casi con numero dei leucociti relativamente basso. C. S.

Le reazioni di Wassermann positive specificamente e in via transitoria.

Le esperienze di Stryjecki (« Wien. Elin. Wscr. », 14 ottobre 1938, riassunte in « Policlinico », Sez. Prat., 1938, n. 45, Roma) hanno messo in rilievo:

- 1) il siero di tifoide fissa il complemento in presenza dell'antigene da Wassermann nel 22% dei casi;
- 2) il siero di tubercoloso fissa il complemento nel 9,3 % dei casi;
- 3) il siero diabetico nel 6 %;
- 4) il siero di malarico nel 40 %;
- 5) il siero di avvelenato con acido acetico nel 35 %;
- 6) il siero dei polmonotici nel 5,5 %.

In contrapposto alle reazioni positive durature che si avevano nei processi specifici, in tutti i casi la reazione di Wassermann è stata positiva in via transitoria. C. S.

Un semplice metodo per aumentare la sensibilità della prova di Nylander.

Lo troviamo riportato su « Diagnostica e tecnica di Laboratorio », ottobre 1938, Napoli.

La prova di Nylander è sensibilissima ma se la quantità di glucosio è minima occorre far bollire a lungo per ottenere la positività della reazione.

Unterhuber consiglia di aggiungere due gocce di una soluzione satura di nitro prussiato sodico alla miscela urina-reattivo e quindi riscaldare alla fiamma. Si presenta così un colore bruno carico fino al nero piceo anche se la quantità di glucosio è piccolissima. Aggiungendo un poco più di gocce della soluzione di nitroprussiato anche in assenza di zucchero si presenta in primo tempo il colore bruno scuro

che però scompare rapidamente. Subito dopo la reazione la provetta deve essere lavata ad evitare depositi di precipitato nero difficilmente asportabili dopo. C. S.

Metodi semplici per constatare una insufficienza renale.

Le principali attività del rene sono due: la escrezione e il ricambio interno dell'organo. Con la prima viene assicurata la costanza della composizione dei liquidi organici, e su di essa si basano soprattutto le prove della funzionalità renale. Nel ricambio intermedio dei reni è importante la produzione di ammoniaca, e un disturbo di questa funzione è un segno di insufficienza renale. (BECHER, « Med. Welt », 12 novembre 1938, riassunto in « Policlinico », Sez. prat., 1939, n. 2). Il rene insufficiente perde la capacità di diluire o concentrare l'urina. Se un ammalato di reni presenta un peso specifico di circa 1020 nell'urina delle 24 ore si può pensare che quasi certamente non esiste insufficienza renale; al contrario insufficienza esiste se il peso specifico si mantiene intorno a 1010, tenendo soprattutto conto della risposta a ingestione di liquidi o a perdite notevoli di acqua.

Un altro segno di insufficienza renale è il colore molto chiaro dell'urina specie quando questo carattere si accompagna ad una orina concentrata.

Le sostanze coloranti dell'urina provengono da stadii incolori dai quali per ossidazione intrarenale si passa allo stadio colorato. Si spiega così il colore chiaro dell'urina quando manchi l'ossidazione intrarenale. Se le urine chiare vengono esposte alla luce del sole esse si ossidano e assumono il colore dell'urina normale. Parte di queste sostanze nella insufficienza renale viene ritenuta nel sangue e nelle regioni esposte alla luce del sole vengono ossidate sì che la pelle assume una tinta giallogrigiastra.

Un peso specifico fisso intorno a 1010, un colore chiaro dell'urina e una tinta giallogrigiastra della cute esposta autorizzano a diagnosticare una insufficienza renale. Nelle forme leggere, mancando questi sintomi, si ricorra alle prove di carico.

La prova di carico alcalino è tra le altre molto semplice. Se ogni due ore si somministrano 5 grammi di bicarbonato di sodio già dopo la prima e la seconda somministrazione l'urina presenta reazione alcalina. Ne' a insufficienza renale occorrono invece dosi maggiori per ottenere l'effetto. C. S.

In alcuni casi l'aumento dell'urea e dell'acido urico nel sangue si osserva in assenza di alterazioni delle prove di concentrazione, diluizione e carico alcalino: esso aumento non indica insufficienza del rene come dimostra anche l'assenza di sostanze aromatiche.

C. S.

La radiologia in Medicina legale e nell'infortunistica.

E' uscita in questi giorni l'annunciata monografia del prof. Gerin, sull'esame radiologico del vivente in medicina legale generale ed in infortunistica.

Il Gerin, come fa giustamente notare il prof. Pellegrini nella tanto lusinghiera prefazione, ha avuto la sua fortuna di potersi perfezionare in due Scuole di prim'ordine: quella di radiologia del Palmieri e quella di medicina legale del Moriani, del quale è attualmente il valentissimo aiuto. Da questa doppia preparazione non poteva scaturire che un'opera degna in tutto dei due maestri che l'hanno ispirata e del trattato che l'ha ospitata; opera che dimostra quanto fruttuoso possa risultare lo studio della medicina legale applicata alle altre specialità e che rappresenta in questo senso veramente una coraggiosa innovazione.

La monografia consta di sette capitoli. Nel primo, che tratta della identificazione personale, è messa in particolare rilievo la importanza dell'indagine radiologica nella determinazione dell'età, del sesso e dei caratteri individuali. Nel secondo capitolo sono svolti i problemi inerenti all'ostetricia forense. Il terzo ed il quarto capitolo, particolarmente interessanti per chi debba occuparsi di problemi infortunistici, trattano delle lesioni traumatiche oste-articolari e delle più importanti malattie delle ossa che possono prendere rapporti concausazione con l'azione traumatica. Negli altri capitoli sono svolti argomenti medico-legali attinenti alla radiodiagnostica delle lesioni viscerali, dei corpi estranei, delle intossicazioni e delle malattie professionali.

La bella monografia del Gerin, densa nel contenuto, ha inoltre un pregio veramente raro: la sobrietà della esposizione; infatti, in poco più di 100 pagine l'Autore è riuscito ad esporre chiaramente tutto l'essenziale sull'argomento aiutato in ciò anche dalla ricchezza del materiale iconografico, scelto con particolare senso pratico.

F. MARSELLA

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

CANUTO, *La medicina legale dei delitti contro la integrità e la sanità della stirpe.* — Estratto da Archivio Antropologia Criminale Psichiatria e Medicina Legale, 1938, Pavia.

E' la relazione del prof. Canuto al VII Congresso Italiano di Medicina Legale e delle Assicurazioni di Napoli, ottobre 1937, XV.

L'A. passa in rassegna i reati del titolo X del Codice, esamina problemi vecchi rimasti allo stesso grado di solubilità di anni e anni or sono e quesiti nuovi irti di difficoltà di fronte ai quali i medici legali restano pronti, vigili e prudenti per vagliare ed applicare ogni progresso tecnico e collaborare all'opera che ferve in questi ultimi tempi nella trasformazione della Nazione in marcia.

SIRACUSA, *Il giudizio prognostico medico-legale.* — Ed. Fratelli Bocca, Milano.

In questa interessante e utile pubblicazione, di pag. 169 e del prezzo di L. 15, viene trattata la differenza fra prognosi clinica e prognosi medico-legale come introduzione allo studio della valutazione prognostica dal punto di vista giuridico. Vengono quindi illustrati con molta chiarezza alcuni punti più caratteristici o più controversi della dottrina e della pratica medico-legale. Numerosi sono i capitoli svolti dalla competenza dell'A.: Vitalità del feto, pericolosità «sociale» e degli ammalati di mente, interdizione e inabilitazione, lesione personale, il contagio di blenorragia, risarcimento danni da colpa civile, indennizzi infortuni e malattie professionali, con altre assicurazioni sociali.

RANELLETTI, *Relazione sull'attività didattica e scientifica svolta dalla Scuola di perfezionamento in Medicina del Lavoro di Roma nell'anno scolastico 1937-38* (Tip. Ferri, Roma).

Contiene il resoconto dell'attività di cui al titolo e notizie varie con la segnalazione di una nuova valorizzazione del diploma di specialista in medicina del lavoro.

GRASSO-BIONDI, *La ptosi renale.* — Pozzi Ed. Roma, prezzo L. 15.

L'argomento della ptosi renale non è stato fatto oggetto fin ora di uno studio accurato dal punto di vista medico-legale. Un contributo veramente organico porta l'A. a questo capitolo della medicina legale nella sua monografia di 113 pagine, nella quale il lettore trova raccolto ciò che non è possibile trovare nei

trattati di medicina legale e nei trattati clinici. L'A. con questa sua pregevole opera viene a colmare la lacuna esistente nei trattati di medicina legale dove il perito non trova gli elementi per fondare il suo giudizio nei casi non rari che gli vengono sottoposti. Vi sono trattati i mezzi di fissazione del rene la frequenza, l'etiologia e la patogenesi della ptosi renale, la mobilità dei reni, le cause predisponenti, la sintomatologia, i rapporti con il trauma acuto, la valutazione del danno della nefroptosi e delle sue complicazioni.

GRASSO-BIONDI, *Esame delle perizi*, (Estratto dalla Rassegna della Previdenza Sociale 1938).

Tratta della perizia medico legale e di alcune figure di periti, degli attributi della « causa violenta » e dello « sforzo » delle fratture costali, della pleurite in rapporto al trauma, dell'indagine radiologica e della lucidità mentale nella nevrosi traumatica.

GRASSO-BIONDI, *Problemi di medicina assicurativa*, (Estr. da Acta Medica Italica, 1935).

L'A. fa presente come l'assistenza preventiva debba costituire il compito precipuo delle Casse Mutue e pone in rilievo l'utilità delle visite periodiche di controllo della salute.

GRASSO-BIONDI, *Dell'interpretazione del nesso di causalità in medicina legale infortunistica*, Tipografia Europa, Roma.

L'A. dimostra come sia complessa la disamina del nesso di causalità e qualche volta di impossibile soluzione e come tale disamina richieda forza critica, potenza di dimostrazione e soprattutto preparazione e onestà scientifica.

GRASSO-BIONDI, *Ricerche sperimentali sulle lesioni e complicazioni dell'apparato respiratorio in seguito a traumi encefalici*, (Estr. dall'Archivio di Antropologia Criminale e Medicina Legale, Vol. LVII).

Le esperienze eseguite dall'A. hanno dimostrato la correlazione fra encefalo e apparato con l'esperienza di altri osservatori, la base per trarre delle considerazioni medico-legali sull'argomento.

CIARROCCHI, *Sull'allergia cutanea nell'infezione gonococcica*. (Estr. da Rinnovamento Medico, 1938, Napoli).

L'A. studia l'importanza della intradermo-reazione e della gonodeviiazione concludendo che le due reazioni biologiche non si escludono ma piuttosto si completano.

FAMBRI, *La casa e il problema demografico*. — Estratto da « Difesa Sociale », 1938, Roma.

L'A. rileva l'importanza del problema demografico per tutte le Nazioni ed afferma che l'alloggio ha una importanza enorme per la creazione di una florida e numerosa famiglia. Esamina le condizioni in cui si trovano le popolazioni dei vari Stati rispetto all'alloggio e le iniziative italiane per la casa quale fattore essenziale alla soluzione del problema demografico.

TIZZANO, *La diminuzione della mortalità per tubercolosi in Italia dal 1924 al 1927 in relazione ad alcuni fattori ambientali e sociali*. — Estratto dalla Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi XII, Bologna.

L'A. ricorda come le statistiche internazionali diano una mortalità maggiore per tubercolosi negli stati rurali che in quelli industriali, salvo poche eccezioni fra le quali l'Italia dove la mortalità per tubercolosi è molto minore per i compartimenti rurali. Considerando poi la diminuzione della mortalità in Italia dal 1924 al 1937 in rapporto ad alcuni fattori ambientali e sociali giunge alla conclusione che la diminuzione è stata più forte nei compartimenti industriali, in quelli in cui è maggiore il reddito medio di ricchezza mobile o di fabbricati, in quelli in cui si ha una minore percentuale di analfabeti, nei compartimenti insomma dove sono migliori le condizioni igieniche ed economiche. L'A. spiega in ultimo la apparente antitesi.

Nuovissime tavole finanziarie a cura del Centro Studi e addestramento dell'I. N. A.

Sono state pubblicate le « Nuovissime tavole finanziarie » compilate da Puggioni e Strucchi. Prezzo L. 35.

La pubblicazione, dovuta alla competenza e diligenza degli Autori, è presentata con parole molto lusinghiere dal Direttore Generale dell'I.N.A. Gr. Uff. Giordani, che segue con viva attenzione e incoraggia ogni attività del Centro Studi e che ravvisa in questa nuova produzione libraria un notevole contributo all'affrancamento dalla produzione libraria straniera in questa materia oltre a notevoli pregi per cui la raccomanda ai consultatori.

L'Assistenza Medico Legale dei Lavoratori in Italia (Edito dal Patronato Nazionale per l'Assistenza Sociale), Roma.

Contiene i concetti generali sull'assistenza medico-legale dei lavoratori, alcuni cenni sulle

iniziative esistenti in alcuni Paesi, i precedenti dell'assistenza in Italia e l'esposizione degli indirizzi del Fascismo nel campo dell'assistenza medico-legale dei lavoratori. Viene riportato il resoconto della vasta opera svolta dal Patronato e le questioni trattate al Convegno dei Dirigenti del Patronato Nazionale per la Assistenza Sociale. Volume di 102 pagine. Prezzo L. 5.

L'Assicurazione infortuni sul lavoro in agricoltura. — Pubblicazione a cura della Federazione Nazionale Fascista Casse Mutue Infortuni Agricoli, Roma.

Il volume dimostra quanto sia aumentata nel decennio 1926-37 e l'attività svolta dalle Casse Mutue Infortuni Agricoli. L'opera delle Casse Mutue non si limita alla riparazione del danno, ma si estende alla prevenzione infortunistica e alla assistenza sanitaria agli assicurati.

I convalescenti dei lavoratori. — (Edito dall'I. N. F. I. S. P. S.).

E' un quaderno in cui sono pubblicate numerose fotografie riproducenti aspetti particolari e d'insieme del bellissimo convalescenziario di Bologna. Contiene un articolo su « Il contributo della Previdenza sociale alla difesa della razza » e note illustrative dei vari convalescenti dell'I. N. F. I. S. P. S. tra i quali la Villa Aldovrandi Marescotti ora convalescenziario.

MARCOVECCHIO, *Inchiesta sul Gozzismo in Valtellina.* — Estratto dal Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria del Regno, N. 2. Roma.

L'A. studia i risultati, nella popolazione della provincia di Sondrio, di dieci anni dell'applicazione della profilassi collettiva col sale iodurato e gli risulta l'indubbia efficacia del lo iodio nella profilassi antistruematica.

PEGORARO, *Sul comportamento dello zolfo e del glutatione ematico nelle nefropatie.* — Estratto dalla Rivista di Clinica medica, 1936, Firenze.

L'A. ha trovato che il glutatione totale non dimostra un comportamento particolare nelle nefropatie. Il glutatione relativo, cioè il contenuto in glutatione in ogni globulo rosso si è dimostrato fortemente e costantemente aumentato nei casi di insufficienza renale.

PEGORARO, *Ricambio dell'acido ossalico e malattie articolari croniche.* — Estratto dalla Rivista di Clinica medica, 1938, Firenze.

Risulta all'A. da un complesso di indagini

e eseguite che nelle malattie articolari croniche si riscontra frequentemente un'alterazione del metabolismo dell'acido ossalico che si manifesta con un aumento anche notevole del tasso ossalemico.

PEGORARO, *Trauma e tumori cerebrali.* — Estratto da Rivista di Clinica medica 1932, Firenze.

Da un esame della questione l'A. trae la conclusione che occorre tenere nel debito conto la parte importante che ha il fattore predisponente o ereditario o comunque costituzionale nella genesi dei tumori insorti in rapporto al trauma.

PEGORARO, *La vaccino terapia endovenosa delle brucellosi.* — Estratto dalla Rivista di Clinica medica, 1936, Firenze.

Le esperienze dell'A. confermano l'efficacia del metodo terapeutico.

PEGORARO, *Relazione sull'attività dell'Istituto Antirabico di Firenze dal 1924 al 1936.* — Tip. Mori, Firenze.

L'A. riporta il risultato della cura praticata a 2130 individui tra i quali si ebbero solo due casi di morte, prima però che fossero trascorsi i 15 giorni dal termine della cura, sicchè non dovrebbero essere compresi nella percentuale della mortalità che pertanto sarebbe nulla.

PEGORARO, *Sulle modificazioni ematiche prodotte dall'alfadinitrofenolo.* — Estratto dalla Rivista Clinica Medica, anno 37°, Firenze. L'alfadinitrofenolo produce negli animali intossicati una anemia ipercromica.

PEGORARO, *Ossalemia e malattie articolari croniche.* — Estratto da « Lo Sperimentale », 1937, Firenze.

Dalle osservazioni dell'A. risulta una frequenza del 50% della iperossalemia nelle malattie articolari croniche.

PEGORARO, *Glutatione e febbre.* — Estratto da « Lo Sperimentale », 1934, Firenze.

L'A. dai risultati delle sue ricerche è autorizzato a negare una influenza dello stato febbrile sul glutatione circolante esclusi i casi in cui la febbre è dovuta a quelle forme morbose che per se stesse influiscono sulla glutatationemia.

PEGORARO, *Sulle lesioni anatomiche prodotte dall'asma bronchiale.* — Estratto da Rivista di Clinica Medica, anno 37°, Firenze.

L'A. descrive le lesioni riscontrate all'esame anatomico istologico di un asmatico morto durante un accesso dispnoico.

PEGORARO, *Contributo clinico allo studio della spoudilolistesi*. — Estratto da Rivista Clinica Medica, 1934, Firenze.

L'A. ne studia tre casi traendone considerazioni cliniche.

PEGORARO, *Azione ipotensiva dello zolfo*. — Estratto da «Lo Sperimentale», 1934, Firenze.

L'A. in base alle sue esperienze conclude che tra i farmaci ipotensivi lo zolfo merita molta considerazione.

PEGORARO, *Sopra l'assenza della papilla da stasi nei tumori cerebrali e sui rapporti fra papilla da stasi e reperto radiologico di ipertensione intracranica*. — Estratto da Rivista Clinica Medica, 1930, Firenze.

L'A. su 82 casi di tumore cerebrale ha trovato mancante la papilla da stasi nel 20%. La mancanza è in rapporto con la sede più che con il volume e la natura del tumore. Il reperto radiologico è stato meno frequente di quello oftalmoscopico.

PEGORARO, *Ricerche cliniche e sperimentali sui rapporti tra glutationemia e glicemia*. — Estratto da Rivista Clinica Medica, 1934, Firenze.

I risultati delle ricerche dell'A. dispongono per una interdipendenza tra glutationemia e glicemia.

PEGORARO E CORRADINI, *Ricerche sperimentali sui rapporti tra l'uricemia e l'ossalemia*. — Estratto da Rivista di Clinica Medica, anno 1932, Firenze.

I risultati dell'esperienza dell'A. sono contrari alla concezione della trasformazione dell'acido urico in acido ossalico senza escludere che l'aumento dell'acido ossalico sia espressione di una alterazione del ricambio materiale.

PEGORARO, *La giardiasi delle vie biliari*. — Estratto da Rivista di Clinica Medica 1936, Firenze.

L'A. riporta un caso di colecistite da giardia intestinalis e ne trae occasione per descrivere le caratteristiche cliniche della giardiasi delle vie biliari.

PEGORARO, *Ricerche sul glutatione ematico nelle leucemie*. — Estratto da Rivista di Clinica Medica, 1935, Firenze.

L'A. ha trovato nelle leucemie mieloidi e lin-

fatiche un aumento del glutatione nel sangue e propone una spiegazione di questo reperto.

D'ARBELLA E PEGORARO, *Leucemia eosinofila*. — Estratto da Rivista di Clinica Medica, 1936, Firenze.

Gli A.A. dopo aver riassunto il problema della leucemia eosinofila ne riportano un caso clinico.

PEGORARO, *Il ricambio dell'acido ossalico nell'uremia*. — Estratto da Rivista di Clinica Medica, 1936, Firenze.

L'A. avendo trovato aumento dell'ossalemia nell'uremia non accetta l'ipotesi di alcuni A.A. che attribuiscono all'iperossalemia alcuni sintomi uremici.

PEGORARO E BERTONI. — *Le variazioni del glutatione nell'asfissia locale provocata con la stasi o ischemia degli arti inferiori*. — Estratto dalla Rivista di Clinica Medica, 1935, Firenze.

Gli A.A. hanno conservato che in condizioni di asfissia locale si determina un aumento del glutatione ematico nel territorio asfittico.

PEGORARO, *Ricerche sull'influenza dell'apporto esogeno di acido ossalico sulla ossalemia nei conigli*. — Estratto dalla Rivista Clinica Medica, anno 1937, Firenze.

I risultati delle esperienze eseguite dall'A. concordano con quelli di Iurghens e Spehr e parlano a favore di una effettiva influenza nei conigli dell'apporto esogeno di acido ossalico sul tenore di questa sostanza nel sangue.

Vuoti nelle file nei nostri medici fiduciari

TOSCANO Giovanni, Angri (Salerno).

DE ROSA Giov. Battista, Fuscaldo (Cosenza).

TOPINI Arturo, Varallo (Biella).

SALVANESCHI Ulisse, Veduggio (Varese).

DONADIO Francesco, Vieste (Foggia).

COSSU Giovanni, Baunei (Nuoro).

STECCO Matteo, Tezze (Vicenza).

DI PRISCO Prisco, S. Gennariello (Castellammare di Stabia).

SCOTTI Alfredo, Sover (Trento).

BUSSI Carlo, Tolmino (Gorizia).

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

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

(1) Soc. Tip. Castaldi - Via Casilina, 49 - Roma

Quali somme gigantesche l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha finora pagato ai suoi assicurati

La potenza finanziaria dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni trova una ben significativa espressione nelle gigantesche somme pagate agli assicurati dal 1912 al 31 dicembre 1938, per sinistri e per riscatti, per scadenze e per rendite vitalizie. Esse sommano infatti, in cifra tonda, a

LIRE QUATTRO MILIARDI E 383 MILIONI

suddivise nelle voci seguenti:

per sinistri e riscatti	L. 2.300.000.000
per scadenze	L. 1.415.000.000
per rendite vitalizie	L. 668.000.000

Queste cifre, considerate nei diversi periodi di vita dell'Azienda, dimostrano la continua, superba ascensione

dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

Basta al riguardo ricordare che nel primo decennio di vita (1912-1921) l'Istituto pagò ai suoi assicurati, in cifra tonda, 243 MILIONI DI LIRE e che negli ultimi undici anni (1928-1938) pagò invece ben TRE MILIARDI E 535 MILIONI DI LIRE. Il raffronto di questi due dati è di per sé così eloquente, da non esigere commenti.

Ben s'intende che l'Istituto Nazionale ha pagato e paga le somme dovute ai suoi assicurati

CON DANARO E NON CON TITOLI

tranne nei casi nei quali è espressamente stipulato in polizza che il pagamento deve avvenire in determinati Titoli.

Oltre alle notizie concernenti le somme pagate dall'Istituto ai propri assicurati, è molto utile portare a conoscenza dei lettori, che al 31 dicembre 1938-XVII le attività patrimoniali dell'Istituto ammontavano ad

Oltre sei miliardi e trecento milioni di lire

Così le riserve matematiche in garanzia dei contratti in corso, alla stessa epoca, sommarono ad

Oltre quattro miliardi e duecento milioni di lire

Sono queste cifre di primato, che fanno dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

IL PIÙ POTENTE DELL'EUROPA CONTINENTALE

Ma vi è un altro elemento importantissimo, che conferisce il massimo prestigio al grande Ente e cioè che tutte le polizze da esso emesse godono anche della

Garanzia dello Stato

Il che pone decisamente l'Istituto in una condizione di privilegio senza confronto.

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



Corporate Heritage
& Historical Archive