

L'ASSISTENZA

SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno VIII
Numero 2
15 Aprile
1939 - XVII
Spedizione in abbonamento postale - Roma

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



Corporate Heritage
& Historical Archive

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

Che l'agricoltura costituisca il settore più vasto dell'attività italiana e ad un tempo la fonte della maggiore ricchezza nazionale, non vi è chi ne dubiti.

Ecco perchè il Governo Fascista ha compiuto e compie sforzi giganteschi per valorizzare al massimo grado le possibilità produttive della nostra terra; con le bonifiche, con la battaglia del grano, con i vasti rimboschimenti, con la sempre più efficace assistenza ai lavoratori agricoli, con i premi ai fedeli della terra e così via.

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha voluto, anche in questo campo e nell'ambito delle sue funzioni previdenziali, fiancheggiare una tale opera poderosa, valutando i rischi cui l'agricoltore va soggetto ed attuando le provvidenze più adatte a neutralizzarli negli avversi riflessi economici.

Ha così creato la

Polizza del Rurale

che oltre ai grandi benefici, comuni a tutte le forme di assicurazione sulla vita, contiene anche clausole eccezionali, ad esclusivo favore degli agricoltori. Le riportiamo testualmente:

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

Tale concessione è rinnovabile.

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

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

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

Nel richiamare l'attenzione di tutti i

Lavoratori Agricoli

sul valore delle clausole su esposte, li invitiamo a richiedere la « Polizza del Rurale », che è un vero contratto di garanzia del loro lavoro, della loro vecchiaia e del 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'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

- | | |
|---|--|
| <p>1. Consigli agli assicurati:</p> <p>a) Dott. M. CLAUSI-SCHETTINI, Mali e cure di primavera 82</p> <p>b) Dott. F. MARCHESI, I benefici dell'esercizio fisico 87</p> <p>c) Dott. T. CICU, Note d'igiene coloniale 90</p> <p>d) Rassegna di articoli d'igiene . 92</p> <p>2. Notiziario 93</p> <p>3. Studi e ricerche di medicina delle Assicurazioni Vita:</p> <p>a) Dott. M. BIASIOTTI, La reazione di Ide nella diagnosi sierologica della siflide 97</p> <p>b) Dott. G. CURIONE, Prime esperienze su di un nuovo metodo colorato di microcitochol . . 116</p> <p>c) Dott. Prof. K. SECHER, Cardiopatie ed affezioni cardiovascolari (IX Relazione) 118</p> <p>4. Indagini di Statistica Medica:</p> <p>Dott. P. CIATTI, Cause di morte e costituzione 134</p> | <p>5. Medicina legale delle Assicurazioni Vita:</p> <p>Dott. A. STARNA, Considerazioni medico-legali sulla relazione della malattia causa di morte nell'A. V. 137</p> <p>6. Dalle riviste che riceviamo in cambio 146</p> <p>7. Semeiotica di Medicina delle Assicurazioni Vita:</p> <p>Dott. T. RICCIOTTI, Sopra alcuni particolari aspetti radiologici dell'ombra diaframmatica non aventi significato patologico . 148</p> <p>8. Varie:</p> <p>Prof. BASILIADES, Andamento statistico della natalità e mortalità in Grecia 152</p> <p>9. Dai Libri e dai Periodici . . . 153</p> <p>10. Pubblicazioni ricevute 158</p> <p>11. Vuoti nelle file dei nostri fiduciari 160</p> <p>12. Provvidenze Sanitarie a favore degli Assicurati dell'INA I-XII</p> |
|---|--|

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

Consigli agli assicurati**MALI E CURE DI PRIMAVERA**

— Donde viene questa voce profana a parlare di cure e di mali in un tripudio festoso di gioia, di vita, di luce, di canti e d'amore?

Non poteva essere che un Medico a tediarcvi perfino nel risveglio più sublime della natura e nell'effervescenza più calda dei sensi.

Quando tutto il Creato vibra di una luce nuova ed abbagliante, di una musica sempre giovane e fascinosa, nello slancio mistico ed estatico del sentimento, e l'anima s'abbandona con volontà a respirare insieme il profumo delle rose e l'azzurro infinito dei sogni e degli spazi, in una appassionata volontà di vivere e di amare, nella dolce chiarezza di un mattino di aprile non si parla di mali e di cure ma si ascoltano le ebbrezze tumultuose della carne e dello spirito e le meraviglie sonanti dell'universo.

Ecco il commento immediato che mi aspetto dallo scettico lettore o dalla gentile lettrice che non ha mancato però di curare le sue mani diafane che s'allungano armoniosamente nelle dita affusolate sulle quali spiccano le unghie a mandorla rosse di smalto come le labbra accese dal cinabro a foggia di margini sanguinanti di una ferita.

Ma non si ha proprio voglia e tempo di pensare alla salute quando tutte le cure vengono prodigate alle cose più semplici della casa e della persona?

Viene dalla finestra aperta sul giardino in fiore, come l'anima aperta sul verziere profumato della vita, il murmure di uno zampillo che sprizza giocondo, come i sogni della giovinezza, col gorgheggiare appassionato degli usignoli che nel

chiaro mattino di primavera sciolgono un inno di gioia alla natura. E nella pienezza delle proprie forze un benessere ineffabile pervade tutte le fibre. Ma il paesaggio è uno stato d'animo e questo è lo specchio della salute, perchè svanisce la gaiezza dell'Universo se manca l'armonia del corpo e della mente.

Ascoltate, dunque, miei lettori, e curate e conservate il dono che possedete che è il campo magnetico di tutte le bellezze.

« Io mi sentii svegliar dentro allo core uno spirito amoroso che dormia ».

Come quel senso fascinoso del miracolo che si sveglia all'apparire di una donna bella e come i palpiti di cui il cor si accende, tale è il tripudio organico della primavera. Tutto è risveglio, tutto è calore, e un fuoco che divampa si riaccende.

Dalle radici profonde corre la linfa alle turgide gemme che si schiudono e le crisalidi si destano ad assumere le ali variopinte di festose farfalle. Gonfia è la vita di se stessa, sveglie son le armonie dell'infinito, ed ogni corolla è un letto nuziale cui faccia omaggio un sommesso vibrar di alette, come un fruscio di seta di violini innamorati. Canta la capinera e si affaccenda al nido, fecondo è il campo di pane e di foraggi. Pulsa nell'uomo il cuore, più veloce, e vibra l'essere di una eccitazione nuova. Lieviti di crescita si risvegliano e fermentano nelle cellule misteriose a creare impulsi e ad accender passioni.

Soffia la natura sulla fiamma come uno stimolo che esalti le funzioni. Ma presuppone un organismo saldo che risponda agli stimoli senza disordine e che

controlli le sue risposte perchè esse non siano esuberanti tanto da costituire un dispendio nocivo di energie.

Se l'inverno prepara, la primavera feconda e con lo sbocciar delle gemme esplodono attività funzionali sopite nel riposo invernale. E' una richiesta di energie accumulate per correre una nuova tappa della vita, è una marcia che si riprende più veloce dopo una sosta riparatrice.

Non solo il calore e l'umidità sono i fattori che intervengono nel fenomeno meraviglioso della natura, ma altre e più importanti cause esistono se anche non è possibile coglierne l'essenza. Eletticità atmosferica e magnetismo, radioattività e luce del sole, raggi infrarossi e ultravioletti, vitamine e fermenti, ormoni e intrecci di impulsi nervosi: tutte son cause di cui si parla; ma l'essenza sfugge dell'immane ritorno.

Si è visto che l'olio di merluzzo in primavera è più attivo, proprio nel periodo in cui il pesce che lo fornisce è in amore, e il latte in primavera è più ricco di vitamine che quello dell'autunno inoltrato. Così le uova di primavera hanno pregi più spiccati di quelle nate nelle altre stagioni.

La ricchezza di erbe e il contenuto biologico di esse migliora la nutrizione degli animali produttori e questi forniscono degli elementi preziosi di cui si arricchisce l'alimentazione umana.

« L'uomo è come il suolo lo fa » asserisce J. Lesage, e nel suolo molti elementi vanno compresi che si intrecciano con quelli dell'atmosfera.

In questo ambiente meraviglioso di influenze cosmiche che circonda e forma gli esseri viventi, che stimola e feconda le energie organiche si svolge il travaglio biologico della primavera.

Nel binomio « forza e materia » tutto si spiega il materialista senza sapere che sia la forza e dove risieda l'intima

essenza della materia, in un misticismo deturpato che cacciato via dalla porta come un rifiuto entra dalla finestra come un assurdo. Leggi fisiche e chimiche, chemiotassi, istinto: tutto è buono a spiegare con parole l'essenza delle meraviglie dell'Universo. Ma il mistero rimane e il miracolo si rinnova. La primavera puntualmente torna, anche se l'inverno, ormai domo, le resiste, e il tempo, eternamente giovane, si avvicenda.

Più incanti ha il tramonto, più gioia è nell'anima, trasparente è il cielo che non è fangoso e pesante come la terra nell'inverno. Canta la vita, e un organo vibra di lieviti e di impulsi: la tiroide, organo della passione, ventilatore dell'organismo. E' una piccola ghiandola endocrina posta davanti al laringe o pomo d'Adamo. I suoi ormoni esaltano l'anima e il pensiero, accelerano la prontezza ideativa, svegliano l'idealità della psiche, accelerano il ricambio dell'organismo, eccitano i sensi e sviluppano le forme, danno agli occhi la profondità del mistero e danno ai nervi un'emotività vibrante. Ma non è sola nel crogiolo ardente della vita e con le altre ghiandole endocrine, come le gonadi e l'ipofisi, sente le strane influenze che partono dal cosmo. Arcane forze circolano col sangue e creano le luci della vita come un arcobaleno invisibile che si rivela solo nel cuore e nel pensiero.

Cresce il bambino più rapido in altezza, mentre il suo peso non eguaglia lo slancio, e la fanciulla inerte s'affaccia, veloce, all'orizzonte della donna. Gli umori organici si rinnovano più facilmente in una fiamma che arde e che purifica, e la vita corre fluida e leggera quando abbia in sè forza e purezza. Ma non per tutti è così, e non sempre le resistenze organiche sono pari alla ventata che le scuote per lanciarle verso il cielo donde scendevano le dee dell'antica Grecia a villeggiare sulla terra in fiore.

Negli individui a sistema nervoso labile, e perciò più sensibile agli eccitamenti, si mostrano facilmente alternative di tensione e di depressione. Aumentano gli slanci e le irascibilità come aumentano corrispondentemente le astenie e gli umori neri. Vi sono forme nervose che peggiorano sensibilmente in primavera come vi sono forme mentali che s'aggravano. Occorrerà a questi malati una visita di controllo della salute perchè si possa loro consigliare un sedativo o un ricostituente, una vita igienica, sportiva o di riposo, di sole o di aria, o perchè si possano scoprire cause più profonde in una deviazione organica da correggere. Non i tonici dunque scelti per caso o consigliati da un farmacista compiacente, ma il consiglio del medico sarà razionale e da preferire.

Molti mali esplodono più facilmente in primavera e molte cure vanno prodigate in questo periodo alla propria salute. Prima di tutto cure preventive e soprattutto un collaudo praticato a tempo delle condizioni organiche.

In una statistica raccolta da Campani risulta che su 891 morti per tubercolosi 25 % spettano all'inverno, 30 % alla primavera, 24 % all'estate, e 19 % all'autunno. E' evidente quindi il cattivo influsso della primavera su questa malattia. Stati latenti si possono risvegliare e peggioramenti con anoressia, emottisi, deperimenti non sono rari.

E' noto come il peso corporeo specialmente nei giovani diminuisca in primavera e in estate e aumenti in autunno e in inverno. Ma certe perdite di peso vanno controllate perchè possono essere l'esponente di un focolaio attivo o riattivato e non ancora conosciuto. Gli esami periodici preventivi della gioventù svelano spesso forme tubercolari anche estese ed aperte in soggetti che per nulla sospettavano di essere malati.

Quanto le condizioni atmosferiche in-

fluiscano sull'organismo umano le ricerche moderne stanno svelando e qualcuno parla ora di « ciclonosi ». Nel levarsi del vento del sud o nelle improvvise neviccate si hanno più facilmente cefalee, senso di calore, stati psichici irritativi, dolori alle vecchie cicatrici o callosità, sofferenze gastriche, distonie neuro-vegetative, morti improvvise, ecc.

Bonelli ha osservato che su 171 emottisi e 428 sputi emorragici il mese in cui si è verificato più frequentemente il fenomeno dell'emottisi è stato giugno con 35, seguito da marzo con 26 e da aprile con 24. Il fenomeno dello sputo emorragico è stato invece più frequente in marzo e poi in aprile con un minimo in dicembre.

Anche la tubercolosi acuta presenta un notevole massimo di frequenza in primavera, e le pleuriti trovano nella stessa stagione una massima influenza morbosa. Qui esercitano la loro azione i venti continui e le brusche variazioni di temperatura che incidono anche sulla morbilità per forme bronchiali, polmonari e reumatiche. Varie malattie infettive presentano pure un'alta curva primaverile.

Vanno vagliate, dunque, in primavera, e assegnate con prudenza le cure stimolanti e, fra queste, anche quelle fisiche di sole e gli esercizi sportivi esagerati, perchè in questa stagione, come sopra ho detto, è richiesta all'organismo maggiore attività con un maggior consumo. Certe cure iodiche che molti prendono perchè consigliate dall'amico e dai giornali possono essere nocive anzichè utili, se non sono adatte all'organismo che può portare in sè delle controindicazioni non conosciute dal profano.

Il iodo è un ottimo medicamento quando si sa usare, e molti artritici attendono la primavera, anche se qualche volta essa accentua le loro sofferenze, per da-

re inizio alla cura. Primavera ed autunno sono infatti le stagioni propizie per le cure iodiche. Il iodo in estate non è ben tollerato e nell'inverno, col freddo, può produrre catarri nasali, laringiti con pericolosi edemi della glottide, catarri bronchiali. Solo al medico spetta la scelta del tempo della cura che per ragioni speciali può essere praticata in modo adatto anche nelle stagioni non indicate. Se ad un arteriosclerotico, ad un artritico, ad un linfatico, ad un asmatico, ad un reumatico il iodo può essere utile a dosi opportune, può essere od è oltremodo dannoso in dosi inadatte agli individui eretistici, agli ipertesi, agli iperteroidei, negli stati di deperimento ed è sempre da bandire nelle forme di insufficienza epatica e renale e nella tubercolosi del polmone anche se spenta. Se si tien conto poi delle forme latenti di questa malattia risalta ancor meglio il danno di certe cure prese a casaccio. Va da sè che il Medico può sempre modificare queste indicazioni di indole generale che io ho potuto dare adattando la cura al singolo caso.

Particolare attenzione va data alla stanchezza quando oltrepassa i limiti di quella semplice inerzia che vien detta « fiacca di primavera ». Sotto l'aspetto della stanchezza primaverile si nascondono spesso gravi malattie dominabili con una cura tempestiva, e se è consigliabile in questi casi una cura ricostituente non è prudente adagiarsi solo su questa senza chiedere al medico la causa vera del « languore ».

Fra le cure ricostituente che in linea di massima sono indicate e che spesso rispondono effettivamente ad una necessità, intesa per empirismo dal pubblico profano, sono da ricordare l'olio di fegato di merluzzo per il suo alto contenuto vitaminico, specie nell'infanzia e nell'adolescenza, il calcio, il fosforo, e il ferro e l'arsenico con prudenza.

Le vitamine, che si prendono dai grassi, dalle verdure crude, dal latte, dalle uova, dal succo dei legumi, dalle frutta, sono fattori preziosi ed indispensabili del benessere organico, dell'accrescimento e della resistenza alle malattie infettive. Quella recrudescenza di malattie infettive, specie dell'albero respiratorio, che si osserva nel primo periodo della primavera da alcuni viene messa in conto di una povertà di vitamine esauritesi nella relativa carenza invernale.

Negli stati depressivi e anemici primaverili fanno la loro comparsa cefalee ed anoressie che portano alla ricerca di cibi piccanti atti a stimolare il sistema nervoso depresso. E' questa una predilezione che costituisce una specie di avvertimento da parte dell'organismo che vuol essere tonificato e sostenuto. In questi casi la vita all'aperto e i moderati esercizi sportivi saranno i migliori medicinali previo accertamento sanitario.

Molte volte è un ricambio torpido che si scioglie dopo la sovrabbondante alimentazione richiesta dall'inverno, è uno scambio più attivo dei tessuti, una mobilitazione di scorie inutili e stagnanti. Altre volte è un torpore gastrico o intestinale. Sono tossine di vario genere, non escluse quelle batteriche, ritenute o risvegliate che si eliminano attraverso gli emuntorii, cute compresa. Tra queste, varie possono essere le cause di quelle forme cutanee primaverili (foruncoli, acne, ecc.) che il volgo con sapienza intuitiva attribuisce sempre alla primavera intravedendo quanto rimescolio e rinnovamento avvenga nell'organismo in questa stagione. Gli antichi parlavano di una materia peccans o umori cattivi e oggi noi parliamo di microbi e tossine. Ma il concetto è lo stesso e nelle eruzioni cutanee non dobbiamo vedere una malattia solamente locale ma un disturbo di tutto l'organismo, fatta eccezione, s'in-

tende, per le forme parassitarie. E il disturbo può essere diabete, scrofola, lue, artrismo, dispepsia, insufficienza renale, disendocrinia, modificazione della reazione umorale, ecc.

Per tali circostanze, e precisamente in alcune di esse, appare giustificabile l'uso popolare della salsapariglia, per molti anni quasi abbandonata dalla scienza Ufficiale, che oggi torna agli onori della Terapia in varie forme artritiche, epatiche e renali.

Non frequente è la congiuntivite primaverile che oltre a cure locali opportune abbisogna di cure generali.

Tutt'altro che rare invece sono le pollinosi: strane e noiose malattie che si rinnovano periodicamente ad ogni primavera col riapparire dei pollini e che sono dovute ad una ipersensibilità dell'organismo ai pollini stessi. Il periodo della malattia corrisponde al periodo della fioritura, per lo più alla primavera, ma può corrispondere anche ad un periodo diverso in cui appare il fiore al cui polline la malattia è dovuta. L'accesso è caratterizzato da salve di starnuti, lacrimazione e scolo di liquido dal naso. Vi può essere febbre e vi si può associare un vero attacco di asma bronchiale. Anche in questi casi è necessaria una cura generale più che altro preventiva che può riuscire almeno ad attenuare le sofferenze e possono essere tentate cure speciali radicali.

Come abbiamo visto la primavera non apporta soltanto amore, musica e poesia, ma porta con sè dei pericoli dai quali occorre guardarsi. Come la donna, ha in sè il fascino e il mistero, l'ardore e il capriccio, il profumo e il veleno.

Particolare cura va rivolta in questa stagione al vestimento. « In aprile non togliere un filo; a maggio vada adagio » Ben coperti di lana avremo una buona difesa contro le brusche variazioni di temperatura, contro le bronchiti, i reu-

matismi e le tonsilliti. Una ventriera di lana sarà pure utile, specie ai soggetti facilmente vulnerabili nello stomaco e nell'intestino.

L'abuso di purganti non è giustificato anche se creato da una convinzione popolare.

L'alimentazione sarà leggera dopo l'abbondanza invernale e non si farà abuso di carne. Latte, pesce, uova, burro, formaggi freschi, verdure, insalate crude, riso, pasta, legumi, frutta, patate, saranno indicati in giusta misura. Non sovralimentazione dunque ma un'alimentazione misurata e poco tossica che aiuti l'organismo a depurarsi. Evitare gli alimenti affumicati e conservati e non abusare di crostacei e molluschi.

Non dovranno mancare una saggia ripartizione del sonno e un equilibrio morale quanto più possibile perfetto. Non si dovrà perdere il dominio dei sensi e delle passioni, in un esercizio continuo, anche se ingrato, della volontà; non per giungere allo stoicismo mutilante e innaturale che ha per divisa « sofferenza ed astinenza » ma per giungere all'epicureismo sano ed equilibrato che ha per divisa « sorridere e gioire ». E' questo un ingrediente importantissimo di quell'equilibrio organico che tutti cercano che a tutti è caro e che si chiama « salute ».

Ed ora aprite le finestre ai sorrisi della vita ed all'incanto dell'Universo, respirate a pieni polmoni il profumo divino dell'esistenza perchè in questa valle di lagrime si piange molto bene, e al cospetto di una notte di aprile, quando l'odore della terra feconda sale verso il cielo come verso una volta infinita di velluto trapunto di gemme, vi gorgogli nell'anima assetata l'eterna e gioconda canzone della vita.

Dott. M. CLAUSI-SCHETTINI

I BENEFICI DELL'ESERCIZIO FISICO

« Io non sono malato, Dottore, ma sento che non va; il mio organismo da qualche tempo non funziona più come prima ». Questa o altra frase simile sono quelle che sentiamo spesso noi medici da molti di coloro che vengono a consultarci. Poi, in genere dietro nostro invito, ci riferiscono più o meno dettagliatamente le loro molestie e i loro fastidi, i quali variano a seconda dei casi. Ne elenchiamo i più frequenti: cefalee passeggera, artralgie e reumatalgie vaghe, mialgie transitorie, corize frequenti, disturbi digestivi non bene definiti, disturbi intestinali, diminuzioni di forze, facile stancabilità, minori applicabilità e attenzione, minor rendimento nel lavoro, alterazioni del sonno che a volte è troppo, a volte troppo poco, spesso affatto riposante e ristoratore, disturbi dell'appetito specie nel senso di una diminuzione; facile eccitabilità o depressione, e accoppiati a questi inconvenienti a volte modificazioni dell'aspetto esterno quali: impallidimento o avvizzimento precoce della pelle, perdita facile dei capelli, rapido eccessivo aumento di peso o diminuzione dello stesso, carie precoce, diffusa dei denti, ecc., ecc.

Quando dopo una accurata visita medica si sia scartata la probabilità che i suddetti disturbi siano sintomi di malattie o di lesioni degli organi interni, noi veniamo alla conclusione che le suddette manifestazioni sono tutte indice e conseguenza d'un modo di vivere errato o incongruo (ciò che del resto ci viene confermato spessissimo dalla storia dell'assicurato) e mettiamo sull'avviso che, se non verrà cambiato, almeno in parte, il tenore di vita, è molto probabile che si producano in un tempo più o meno lontano lesioni organiche gravi sul momento mancanti.

Aggiungiamo che i suddetti disturbi sono da considerare come un campanello d'allarme che richiama l'attenzione verso un pericolo più o meno vicino per lo stomaco, i vasi, il cuore, i reni, il fegato, il sistema nervoso, le ghiandole a secrezione interna. Infine li consigliamo di seguire nel futuro una dieta adatta, un tenore di vita regolato e metodico, di fare del moto, di praticare se è possibile dello sport regolare, specie all'aperto.

Perchè è indubbio che nel maggior numero di questi casi la vita sregolata e il modo di vivere senza alcun esercizio fisico sono la causa e l'origine di quasi tutte le sofferenze dichiarate. E nella massima parte di questi casi, se gli sciroppi, le pillole, le gocce di tante specialità medicinali decantate dai giornali o raccomandate da conoscenti riescono a togliere a volte i disturbi presenti, non evitano davvero le lesioni più gravi future perchè non riescono a eliminare le cause. Ma perchè pretendere da cure mediche ciò che un sano esercizio fisico può far evitare e perchè cercare in rimedi vari una guarigione che solo la ginnastica e il moto ben condotti e ben eseguiti potrebbero ridonare? Non è risaputo forse che solo il moto, lo sport all'aperto, razionalmente esercitati, scientificamente dosati da uno specialista, meglio se medico, possono in questi casi, modificando le abitudini di vita e perciò curando all'origine, far scomparire tutti i disturbi lamentati e far ritornare la vera salute? Non vogliamo con questo dire che nelle malattie organiche si debba procedere alla cieca nelle pratiche sportive, nè che queste siano la panacea di tutti i disturbi, ma certamente molto spesso sono benefiche. Ed allora perchè non praticarle nei casi utili?

In realtà l'individuo che non ha mai fatto sport o ginnastica è molto restio per abitudinarietà a farne, a volte invece si ritiene pratica troppo laboriosa inconciliabile con il proprio lavoro. Nel primo caso basta vincere la riluttanza iniziale, nel secondo caso basta convincersi che tempo se ne può sempre trovare, magari togliendone un po' da quello spesso in abbondanza dedicato alla tavola, ai caffè, ai cinema e ai divertimenti in genere. In tutti e due i casi insomma è questione di buona volontà.

Sotto il nome di esercizi fisici vanno considerati da una parte la pratica di movimenti sistematici fatti con finalità esclusivamente terapeutiche e cioè la ginnastica medica propriamente detta e dall'altra parte la ginnastica sportiva o sport. Sulla prima diremo per ragioni ovvie poche parole. Essa si distingue in attiva e in passiva e per suo mezzo si tende alla rieducazione e alla riattivazione dell'organismo o di parti di esso. E' con la ginnastica medica infatti che si cerca di mobilitare articolazioni tendenti all'anchilosi, ovviare a contratture muscolari, rieducare i muscoli, migliorare la circolazione periferica e generale, ecc. In molti stati morbosi (tabe, esiti di encefalite, esiti di poliomielite, reumatismi cronici, ecc.) la ginnastica medica arreca miglioramenti e vantaggi a volte anche notevoli. Tanto che in vari Istituti specializzati la si pratica correntemente e in grande stile.

Lo sport comprende tutti quegli esercizi o giochi corporei ai quali si collega un evidente, indispensabile sensazione di piacere.

La pratica saggia dello sport ha un'influenza benefica su tutte le funzioni organiche. Certamente il movimento è la manifestazione o meglio l'espressione più vera e più bella della vita, è il *quid* necessario per vivere una vita veramente sana. E' il miglior correttivo

d'una vita oltremodo sedentaria per lavori di ufficio o di tavolino in genere. Infatti con gli esercizi fisici, specie se compiuti all'aria aperta, si stimolano gli organi della nutrizione del nostro corpo, si aumentano di conseguenza l'assimilazione e la disassimilazione e si ha quindi con l'aumentato ricambio un miglioramento della respirazione, della circolazione e del sistema nervoso che viene ad essere tonificato anche per la ragione che l'esercizio regolare richiede un susseguirsi metodico di impulsi nervosi e di atti volitivi.

Con tutto ciò che sopra è detto non abbiamo inteso davvero di dire che quelli che non hanno mai praticato sport si sforzino fin dalla prima volta a correre per mille metri, a sollevare un peso esorbitante, o a remare per 5-6 chilometri senza mai fermarsi, o comunque a sottoporre il proprio organismo a sforzi saltuari e intensi. Tutt'altro! Chi si comportasse in tal modo arrecherebbe certamente danno più o meno grave al proprio organismo.

L'esercizio fisico va iniziato per poco tempo e con poco sforzo e gradualmente poi va aumentato sotto la guida di persona competente; in altre parole ci si deve sempre sottoporre ad un graduale, razionale allenamento se si vogliono quei vantaggi che si desiderano. E l'allenamento sportivo per essere salutare deve tendere più a una migliore utilizzazione degli stimoli nervosi che a un aumento della capacità funzionale dei muscoli e deve variare a seconda delle disponibilità fisiche particolari dell'individuo. Così inteso l'allenamento abitua il corpo a un dato esercizio e lo porta al punto che quest'ultimo può essere compiuto al massimo di potenza col minimo sforzo.

Qualcuno pensa che la pratica degli sport avvenga a scapito delle attività mentali, basandosi sull'errato convincimento che le energie nervose utilizzate

nell'esercizio fisico sono tutte energie perdute per le funzioni intellettuali.

La pratica ci insegna che è vero il contrario. Un modico, costante, regolare esercizio fisico rinvigorisce sicuramente oltre che il corpo anche la mente che diviene più sveglia, più aperta e più resistente. L'esercizio muscolare è inseparabile dall'esercizio dei sensi e delle facoltà intellettuali, se si vuole l'equilibrio armonico di tutte le funzioni somatiche e psichiche. Anche la storia ci insegna al riguardo. Sapevano bene quei due grandi popoli che sono stati i Greci e i Romani quali influenze benefiche abbia lo sport all'aria libera sia sul corpo che sullo spirito. « Mens sana in corpore sano » dicevano i latini. Goethe, che visse oltre i novanta anni e produsse cose certamente magnifiche non fu forse un appassionato di sport? Bismark che visse anche lui molto a lungo teneva in grandissimo conto l'esercizio muscolare; fu un famoso schermitore e mentre era intento alle gravi fatiche di statista e d'uomo politico che unificò la Germania e costituì l'Impero Tedesco, era uso fare lunghe passeggiate a piedi e a cavallo e andare a caccia come e più che poteva. Lord Byron, il grande poeta Inglese, non fu un pugilatore? Infine quale più fulgido e patente esempio di quello che ci ha dato e ci dà il Duce che nella sua attivissima giornata trova sempre il tempo di fare dello sport? E si potrebbero portare ancora molti altri esempi di illustri passati o contemporanei dediti agli sport con gran vantaggio delle loro facoltà psichiche.

Con lo sport più liberi e più vivaci scorrono gli umori organici, il sistema nervoso viene tonificato, la psiche è piacevolmente distratta, aumentano la respirazione e l'urina, la secrezione gastrica dopo un certo tempo si fa più abbondante, la motilità gastrica e anche quella intestinale vengono favorite dai

movimenti e dalla respirazione fatta più profonda, infine col miglioramento di tono della personalità, il sonno si fa più profondo e ristoratore. Di conseguenza risulta evidente come e quanto gli esercizi sportivi giovino nelle debolezze costituzionali, nelle convalescenze, nei ricambi torpidi, nelle nevrosi cardiache e vasali, nelle nevrosi in genere, nella tendenza ai raffreddori e ai catarri delle mucose, nelle dispepsie, nelle irregolarità intestinali, nei disturbi del sonno. Nell'esercizio fisico il maggior consumo d'ossigeno da parte dei muscoli esige un maggior bisogno di questo gas vitale, donde un aumento dell'attività polmonare ed un'accelerazione del ricambio con aumento della riserva alcalina e coi relativi miglioramenti dell'adiposità e degli stati pletorici, della gotta, della diatesi urica e fino a un certo punto anche del diabete. Il fattore psichico dello sport, la gioia del movimento hanno un grande valore specie per le relazioni vicendevoli fra sistema neurovegetativo e psiche, quindi lo sport gioverà molto anche per alcuni malati di mente. I benefici effetti sul tono del miocardio, sul tono dei vasi, sulla circolazione periferica, rendono lo sport molto vantaggioso per alcuni malati di cuore. Pure alcuni difetti fisici esterni possono essere migliorati dall'esercizio fisico anche al di fuori della ginnastica medica propriamente detta. Certamente che in questi casi la pratica sportiva va attentamente guidata e sorvegliata da un medico, meglio se specialista, il quale sa benissimo che spesso soggetti ritenuti inabili lo sono meno di quelli che è in apparenza e molti poi solo transitoriamente.

Senza la guida di un esperto in questi casi lo sport che può apportare tanti benefici, arreca invece danni gravissimi. Lo stesso, sia pure in minor misura, avviene a tutti quegli individui sani che praticano gli sport irrazionalmente e con

esagerazione. Infatti quando la pratica dello sport è esagerata, vengono in scena fenomeni di stanchezza e di ipereccitabilità con insonnia ai quali bisogna opporsi con una cura di riposo, perchè anche a prescindere da una vera e propria cura in tal caso, il riposo è sempre necessario tra un periodo e l'altro di attività. In queste evenienze lo sport che, come abbiamo visto, è in genere un rimedio salutare, un disintossicante in certo qual modo dai veleni della vita cittadina, diverrebbe invece un tossico con effetti che è facile immaginare. Infatti se l'organismo si stanca, i fenomeni catabolici prendono il sopravvento su quelli anabolici, di conseguenza aumenta il consumo organico, con una crescente eliminazione dei rifiuti per gli emuntori naturali, che a lungo andare

non arrivano più a disimpegnare sufficientemente le loro funzioni, ristagnando così le scorie nell'organismo che viene perciò danneggiato.

In questo nostro breve scritto non abbiamo avuta intenzione di fare l'elogio degli sport violenti, nella cui pratica è facile procurarsi minorazioni fisiche; abbiamo voluto solo parlare del sano esercizio fisico, in cui alla piacevole sensazione del muscolo esercitato in movimento s'accoppi il piacere dei sensi e un ristoro psichico; dell'esercizio fisico che produce un benessere insostituibile in relazione ai suoi salutarissimi effetti sull'organismo, dello sport insomma che tutti dovrebbero cercare di esercitare saggiamente per un miglioramento della loro salute.

Dott. FAUSTO MARCHESI

NOTE D'IGIENE COLONIALE

Coloro che si apprestano a salpare per le terre del nostro Impero Africano, sarà bene che ricordino alcuni consigli igienici indispensabili onde trovarsi preparati a sostenere i disagi e le avversità che clima ed ambiente, specialmente tropicale, prepareranno al loro fisico.

Per un europeo, adattarsi alle condizioni climatiche coloniali tropicali, è assai più difficile che nelle regioni temperate, sia per la differenza stessa del clima che richiede un lavoro di adattamento di tutti gli organi e quindi uno stato, anche affatto transitorio, di minore resistenza organica, sia perchè molto più numerose e spesso più violente sono le condizioni avverse che minacciano la nostra salute.

Per quanto concerne l'A. O. I. nei bassipiani le condizioni di vita sono difficili, mentre negli altipiani sono di gran lunga migliori.

E' assolutamente necessario che, co-

loro che si recano in colonia, siano in perfette condizioni di salute.

Innanzitutto il colono deve essere giovane. L'età più adatta varia tra i 23 e i 40 anni. Naturalmente tale limite massimo oscilla a seconda dell'occupazione dell'individuo, e precisamente deve essere più basso se più faticoso è il lavoro che andrà a compiere.

La vita nei paesi caldi presenta sempre dei rischi e delle difficoltà di carattere igienico e sanitario, soprattutto per coloro che sono abituati al clima temperato. Ai sacrifici per il vitto, l'alloggio, il lavoro, la pulizia personale si aggiungono le condizioni del clima e del paese.

Sobrietà nel mangiare, nel bere e nel fumare; forte capacità di adattamento, regolarità del lavoro fisico e intellettuale sono dati indispensabili per una vita di colonizzatore.

La dieta deve essere sempre leggera, costituita prevalentemente da idrati di

carbonio come pasta, riso, patate, legumi secchi, ecc., da latte fresco bollito, da uova fresche, da legumi freschi, frutta, specialmente banane. La carne deve essere poca e ben cotta per evitare le parassitosi che da essa possono derivare. Da usare con abbondanza il pane di frumento, aranci e limoni.

Come bevande è da preferire il vino leggero genuino.

Il thè ed il caffè possono essere usati con una certa larghezza soprattutto il primo: non molto forte e freddo, disseta; se ben zuccherato rappresenta un ottimo nervino.

Per abbigliamento abiti ampi, a tessitura rada, di colore chiaro, di cotone o lino. Cappello ampio da proteggere bene testa e nuca, con aperture laterali perchè vi circoli l'aria.

Utile, per quanto non universalmente diffusa, la fascia di lana addominale che può evitare tante enteriti acute e affezioni croniche dell'intestino in quanto protegge gli organi addominali dagli sbalzi di temperatura, frequentissimi ai tropici.

Massimo rispetto della pulizia personale sia per impedire ogni attecchimento sul corpo di insetti nocivi, sia per evitare le dermatosi micotiche, frequentissime e pericolose.

Tutti coloro che hanno precedenti di debolezza costituzionale, predisposizione a malattie mentali o nervose a quelle del ricambio e della pelle, alla tubercolosi polmonare, sono da considerarsi poco o nulla adatti alla vita coloniale.

Sono assolutamente da scartare gli affetti da malattie cardio vascolari e da ipertensione; da asma, enfisema polmonare, tubercolosi polmonare, catarri bronchiali cronici; nefriti, coliche renali, pieliti, cistiti, prostatiti; da affezioni delle vie biliari, del fegato e delle vie digerenti. Per quanto riguarda queste ultime, particolare attenzione va da-

ta alla dentatura la quale deve essere in perfetto ordine, con numero di denti sufficienti per adempiere bene la funzione masticatoria. Anche le malattie dell'occhio e dell'orecchio, di qualche entità, specie se croniche, costituiscono motivi di inabilità.

Per quanto concerne la donna in particolare, è da tener presente che disturbi mestruali e quelli della menopausa peggiorano, in genere, ai tropici.

Tutti indistintamente debbono sottoporsi inoltre alla vaccinazione preventiva contro il vaiuolo, tifo, paratifo, colera e, ove esiste, febbre gialla.

La malaria, la dissenteria amebica, la tifoide, nonchè numerose malattie infettive infestano le regioni tropicali.

Dalla malaria ci si protegge con preparati chininici, dalla dissenteria amebica e dalla tifoide mediante la massima pulizia su tutto quanto viene ingerito, specie acqua e verdure.

Caccia spietata alle zanzare, mosche, pidocchi, pulci, zecche e cimici che, ospiti diremo quasi abituali degli indigeni, sono pericolosissimi vettori di innumeri malattie infettive endemiche dei paesi tropicali e subtropicali.

Il problema della vita coloniale s'impone oggi profondamente a noi italiani e le regole più elementari d'igiene e di medicina preventiva coloniale devono essere portate con ogni mezzo ed il più diffusamente possibile alla conoscenza di tutti i cittadini: indispensabili per chi si accinge alla vita coloniale, utili per coloro che restano nel Regno.

Dott. T. CICU

(N. d. R.). *Queste brevi note di igiene coloniale si limitano a presentare gli svariati problemi profilattici, di acclimatazione e di alimentazione che occorrono quotidianamente nelle terre dell'Impero. Coloro che si recano in A. O. troveranno una adeguata trattazione di tali problemi nel volume di « Igiene di vita coloniale » pubblicata dal nostro Istituto, guida pratica che sarà distribuita agli assicurati colonizzatori i quali la potranno consultare con somma utilità.*

RASSEGNA DI ARTICOLI D' IGIENE

Viva Cien Años - 1° novembre 1938, vol. VI
N. 3, Buenos Aires.

Prof. SCHWARZ DE MORGENROTH, *Impariamo a sederci.*

Sebbene tutti trascorriamo molte ore seduti molti non sanno sedersi correttamente con danno della salute e della igiene fisica. Passando in rassegna gli usi dei popoli l'A. trova che la ben nota positura giapponese costituisce un esercizio che fortifica i muscoli pelvici e quelli della colonna vertebrale; egli consiglia di disporre i due piedi uno dietro l'altro e così far scendere lentamente il tronco parallelamente alla spalliera.

Dott. ORTEGA BELGRADO, *L'universo governa l'umanità.*

E indiscutibile l'influenza delle forze cosmiche sulle azioni umane attraverso le emanazioni frequenti soprattutto nelle macchie solari.

Esse agiscono sopra le nostre funzioni vegetative come insegna la meteorologia medica provocando talora disturbi notevoli.

Dott. M. ALZUA, *La grande simulatrice, la isteria.*

Viene messo in rilievo l'importanza della malattia ed i sintomi più appariscenti; tali malati mentre furono oggetto nel medio-evo di persecuzione, in seguito alle indagini del secolo scorso sono ben conosciuti come colpiti da una malattia della volontà frequente nella donna ma non rara tra gli uomini.

Dott. L. PERRUSI, *La primavera.*

L'A. fa presente come l'aumento della temperatura stagionale stimoli le ghiandole endocrine specie la tiroide, ed il desiderio sessuale così pure si accresce negli adolescenti lo sviluppo somatico per ipersecrezione dell'ipofisi.

Dott. M. TERRIZZANO, *Orrorre per gli alimenti.*

La preoccupazione di mantenere la linea ha fatto sorgere questa strana mentalità specie sotto forma di sitifobia in prevalenza tra le donne; l'A. enumera gli inconvenienti ed i gravi danni fisici e fisiologici che ne possono conseguire.

Dott. A. PACHECO E SILVA, *La lotta contro il tabacco.*

Sebbene alcune costituzioni tollerino il fumo meglio di altre, l'abuso del tabacco è sempre dannoso e deve essere combattuto; una specia-

le sensibilità presentano la donna ed i ragazzi pertanto queste categorie dovranno limitarne molto l'uso e possibilmente nei ragazzi deve essere abolito.

Viva Cien Años - 16 novembre 1938, vol. VI
N. 4.

Dott. R. RAMALLON, *Il rifiuto della maternità.*

Gli inconvenienti cui può dar luogo l'aborto sono, indipendentemente dalle leggi sociali, molteplici; anche astraendo dai pericoli dell'intervento stesso sono da imputare a tale causa molte dismenorree, diverse malattie nervose e disfunzioni ghiandolari; non impunemente si può attentare alle leggi biologiche.

Dott. P. FEDERICI, *Mentre voi dormite il vostro organismo veglia.*

Dopo aver ricordato come durante il sonno nè la digestione, nè la respirazione nè la circolazione subiscano modificazioni notevoli a differenza della coscienza, l'A. espone le norme per la scelta della camera da letto, la causa della preferenza per il decubito destro come pure la causa di questo fenomeno fondamentale della vita umana che presenta diverse caratteristiche alle varie età.

Dott. C. DE LIO, *La sciatica.*

Questa malattia molto dolorosa è dovuta spesso al reumatismo od all'artrite; molto pericolosa può riuscire l'opera di empirici specializzati nella cura di questa malattia, solo l'opera del medico potrà molte volte svelare la natura della malattia e sempre potrà lenire il dolore senza danno.

Dott. C. VALLEJOS, *La pulce.*

Si conoscono più di 500 specie di questo parassita capace di trasmettere molte malattie, ben sette specie possono inoculare la peste; la igiene combattendo tali parassiti pratica la più efficace profilassi alle epidemie che per secoli hanno devastato il mondo.

Dott. I. ROMANO, *Ognuno s'avvelena a suo modo.*

Gli errori dietetici e le preoccupazioni avvelenano più o meno lentamente; la quantità e soprattutto la qualità come pure l'uso smodato di bibite ne costituiscono le cause più frequenti; una maggior cura nella scelta e nella preparazione degli alimenti eviterà molti disturbi alimentari.

Notiziario

Il Secondo Congresso Nazionale di Medicina di Assicurazione Vita.

Nei locali dell'Unione Italiana di Riassicurazione in Roma si è svolto il secondo Congresso Nazionale di medicina di assicurazione vita cui intervennero largamente i medici di direzione di tutti gli Enti esercenti in Italia il ramo vita.

Alla inaugurazione dei lavori intervenne il Presidente del C.I.R.T. e Direttore Generale dell'I.N.A. Gr. Cr. Dott. Giordani, il gr. uff. Dott. Ottaviani, Vice Presidente del Sindacato Vita della Federazione Nazionale Fascista Imprese Assicuratrici e numerose altre personalità del campo assicurativo.

Dopo l'inaugurazione del Dott. Giordani che mise in evidenza l'importanza sociale della medicina assicurativa e il contributo che gli Enti di Assicurazione devono dare al problema demografico nel vasto campo della medicina preventiva, prese la parola il Dott. Ottaviani che ricordò l'azione svolta dal C.I.R.T. soprattutto per opera del Comitato medico consultivo. Di tale Comitato il Presidente Prof. Romanelli fece un riassunto dell'attività svolta durante l'anno.

Successivamente vennero presentate alla Assemblea le seguenti Relazioni delle quali siamo spiacenti di non poter riportare, per esigenze di spazio, che il titolo:

DOTT. COMIRATO - La valutazione della tbc. polmonare nell'anamnesi gentilizia dell'assicurando.

DOTT. PERCACCINI - La valutazione ai fini dell'assicurazione vita delle malattie della sfera genitale femminile.

DOTT. CHIAIS - La valutazione ai fini dell'assicurazione vita delle varici.

PROF. MARSELLA - Il valore medico-legale delle dichiarazioni degli assicurandi che abbiano sofferto o siano affetti da malattie nervose o mentali.

Successivamente vennero lette le seguenti comunicazioni:

DOTT. FIANDACA - Sulla prognosi delle cardiopatie nell'assicurazione vita.

DOTT. RICCIOTTI - Considerazioni su metodi radiologici per la valutazione degli aumenti di volume del cuore in medicina assicurazione vita.

DOTT. LOMBARDI - Le aortiti come rischio assicurativo.

DOTT. GALLORO - Prognosi degli appendicectomizzati.

DOTT. DEIORIO - Le coliti croniche in assicurazione vita.

DOTT. PAPETTI - Considerazioni sulle artropatie croniche in assicurazione vita.

DOTT. CIATTI - Il peso in rapporto all'altezza e all'età.

DOTT. GIORDANO - Considerazioni sul tabagismo in rapporto con l'assicurazione vita.

DOTT. BIASOTTI - La reazione colorata di Ide per la sierodiagnosi di sifilide nella pratica delle assicurazioni vita.

DOTT. CURIONE e DOTT. ANDREUCCI - Prime esperienze su un nuovo metodo colorato di microcitol.

PROF.SA VELE - L'occhio nello studio dell'età biologica.

DOTT. CONFORTO - I raggi mitogenetici « u » di Gurwitsch come mezzo coadiuvante per determinare l'età biologica.

DOTT. CLAUSI-SCHETTINI - I risultati lontani della cura chirurgica e della radioterapia dei tumori della mammella.

La sessione invernale del Comitato Medico Consultivo.

Come abbiamo annunciato nel numero precedente, nei giorni 15 e 16 febbraio u. s. sono state tenute le riunioni del C.M.C. nei locali della Unione Italiana di Riassicurazione in Roma, presieduta dal Presidente prof. dott. Romanelli, Capo del Servizio Sanitario dell'I.N.A.

Nella prima adunanza del giorno 15 il Dr. Cavaliè ha esaurientemente trattato della valutazione della eredità cancerosa negli assicurandi. Dalla discussione che ne è seguita, il C.M.C. ha tratto delle conclusioni pratiche per l'apprezzamento della sopramortalità da applicarsi nella assicurazione vita.

Nel pomeriggio il prof. Boni ha intrattenuto il Comitato sull'argomento « La valutazione della gotta nell'assicurazione vita ». Anche per questa malattia il C.M.C., dopo ampie discussioni ha approvato uno schema per l'accettazione con varî tassi di sopra-mortalità a seconda della forma morbosa presentata.

Nella terza seduta, tenuta la mattina del giorno 16 il Dr. Beden ha riferito una sua relazione sul rischio professionale. Il Presidente, Prof. Romanelli, tenendo conto di quanto è emerso dalla discussione, ha pregato il relatore di procedere ad accertamenti statistici in merito, da riferire al C.M.C. nel prossimo giugno.

Il prof. Barinetti, nella stessa seduta, tratta delle conseguenze della pratica sportiva, la cui importanza viene riconosciuta dal Comitato stesso che propone la domanda specifica dello sport tra le abitudini di vita nel modulo di visita per assicurandi.

Queste, in breve, le relazioni presentate nella sessione invernale del C.M.C. che ha discusso anche altri argomenti di ordine medico-assicurativo. Ricordiamo tra l'altro, la presentazione fatta dal Prof. Romanelli, del modulo per informazione dal medico curante.

Riunione dei Medici di Direzione dell'I.N.A.

La mattina del 17 febbraio u. s. sono stati riuniti presso la Direzione Generale in Roma tutti i medici di ruolo dell'I.N.A. per discutere il seguente ordine del giorno:

- 1) Propaganda di medicina preventiva.
- 2) Consultorio d'igiene.
- 3) Consultorio di medicina coloniale.

Presiedette l'assemblea il Direttore Generale Gr. Cr. Dott. Giordani che porse il saluto ai medici venuti da tante regioni d'Italia e che nel quotidiano contatto con gli assicurati possono seguire lo sviluppo dei Centri al cui incremento tanto tiene la Direzione.

Sul primo argomento svolse un'interessante relazione il Dott. Conforto che tracciò le linee per un programma di propaganda di medicina preventiva fra le masse per una sempre migliore difesa della sanità della stirpe. Successivamente sugli altri temi

svolsero le loro relazioni i Dottori, Manozzi e Fiandaca, alla discussione intervennero il Prof. Romanelli e i Dottori Trottarelli e Bernabei e molti altri degli intervenuti.

In ultimo il Prof. Romanelli riassunse gli argomenti portati in discussione mettendo in rilievo l'attrezzatura veramente moderna e completa dei Centri auspicando che i singoli dirigenti possano valorizzarla sia ai fini del prolungamento della vita degli assicurati che per una maggiore conoscenza del nostro Ente anche nei paesi più remoti d'Italia.

Congresso Internazionale di Medicina assicurazione vita.

Avrà luogo a Parigi dal 18 al 21 maggio prossimo.

Vi saranno esposte e discusse le seguenti relazioni:

1) *Tubercolosi polmonare in assicurazione vita*: RELATORI: 1. Dott. Courciux, Parigi - 2. Prof. G. Malan, Torino e Dr. T. Ricciotti, Roma.

2) *L'ipertiroidismo nell'assicurazione vita*: RELATORI: 1. Prof. L. Dautrebande, Liegi - 2. Dr. Ch. Aubertin, Parigi.

3) *L'influenza dell'obesità nell'assicurazione vita*: RELATORI: 1. Prof. Marañon, Madrid - 2. Dr. M. Shaw, Londra.

4) *L'importanza del tabagismo nell'assicurazione vita e nella medicina preventiva*: RELATORI: 1. Prof. H. Bergstrand, Stoccolma - 2. Prof. Külbs, Colonia - 3. Prof. Von Bergmann, Berlino.

5) *L'albuminuria nell'assicurazione vita*: RELATORI: 1. Prof. Volhardt, Francoforte - 2. Dr. G. Cavaliè, Milano e Dr. A. Starna, Roma.

6) *Valore della statistica nell'assicurazione vita*: RELATORI: Dr. H. Wireman Cook, Minneapolis - 2. Dr. P. Trottarelli, Roma - 3. Dr. J. Siegenbech Van Henkelom, Rotterdam - 4. Dr. Stevenin, Parigi.

Convegno di Medicina Assicurativa all'Università di Lipsia.

Numerose ed interessanti sono state le relazioni presentate a questo convegno. Segnaliamo quella del dott. ARNDT su « La

selezione medica nella prassi dell'Assicurazione Vita » e quella del dott. STOGKMANN circa l'influenza della costituzione sulla mortalità per tubercolosi nell'Assicurazione Vita.

Corso di perfezionamento per specialisti in Germania.

Il comitato tedesco di perfezionamento in studi medici ha predisposto i seguenti corsi internazionali per specialisti. *Amburgo*: Dermatologia, venereologia e radioterapia. *Vienna*: Dermatologia e venereologia, cosmetica e plastica, urologia, odontoiatria, chirurgia toracica, radiologia cranica, dietetica. *Colonia*: Chirurgia addominale, radiologia applicata, pediatria, malattie infettive, circolatorie, dei reni, allergiche, alla traumatologia, ortopedia. *Hohenljchen*: Chirurgia reintegrativa. *Monaco*: Radiologia per internisti e chirurghi, malattie del sangue, del ricambio, malattie articolari, neuropatia, endocrinopatia, vitamina. *Breslavia*: Malattie dell'apparato digerente. *Berlino*: Malattie infettive, malattie dei reni, del sistema circolatorio, pediatria, neuropsichiatria. *Lubeca*: Allergia. *Francoforte*: Neuropsichiatria, psicoterapia. *Bochum e Gelsenkirchen-Buer*: Traumatologia. *Lipsia*: Ostetricia e ginecologia. *Tubingen*: Otorinolaringoiatria. *Halle*: Oftalmologia. Lingua dei corsi: tedesca.

Per informazioni, prospetti, facilitazioni: *Arztliches Fortbildungswesen Berlin N. VV. 7. Robert-Kochplatz 7 (Kaiserin Friedrich Haus).*

Secondo corso di cultura in psicotecnica del lavoro.

Ha avuto inizio il 27 marzo u. s. presso l'Istituto di psicologia della Regia Università di Roma per iniziativa del Ministero dell'Educazione Nazionale sotto la direzione del prof. M. Ponzio, Direttore dell'Istituto di psicologia di Roma.

La XVI Assemblea del Gruppo Agenti Generali I. N. A.

E' stata tenuta nei giorni 7 e 8 febbraio u. s. la XVI Assemblea del Gruppo Nazionale Fascista degli Agenti Generali dell'I.N.A.

Alla riunione, presieduta dal Delegato Nazionale comm. Melli, era presente il Capo del Servizio Organizzazione comm. rag. Emanuele Ortolani.

Alle due riunioni del giorno 7 ha partecipato anche il comm. avv. Giacomo Martignoni Commissario Ministeriale della Federazione Nazionale Fascista degli Agenti di Assicurazione e di Credito.

Nella conclusione della sua relazione il Delegato Nazionale ha ricordato come i grandiosi risultati di produzione raggiunti nel 1938 con 2.700 milioni di produzione rappresentino la più bella prova della forza e dell'unità d'intenti del Gruppo Agenti.

Hanno parlato pure il comm. Martignoni e il dott. Bagnoli Ispettore Generale Capo Servizio Polizze Popolari. Alla discussione hanno partecipato numerosi Agenti Generali. (Dal « Bollettino Centro Studi »).

Concorso per uno studio su " Il problema della razza e l'Africa Italiana „

L'Ente per la Mostra triennale delle Terre Italiane d'oltre mare, con sede in Napoli, Via Domenico Morelli 7, bandisce un concorso per una monografia sul tema: « Il problema della Razza nell'Africa Italiana ». Scadenza 31 dicembre 1939. Premio L. 6000. Possono partecipare al concorso i laureati da non oltre tre anni e che siano cittadini italiani.

Nastri bianchi nella nostra famiglia.

La casa del nostro Direttore Prof. Romanelli è stata allietata il 24 febbraio u. s. dalla nascita di un bel nipotino cui è stato imposto il nome di Filippo.

Alla madre del neonato sig.ra Itala Ricciotti-Romanelli, al padre dott. Tomaso Ricciotti nostro fedele collaboratore ed al prof. Romanelli giungano le felicitazioni dei redattori dell'« Assistenza Sanitaria » e di tutti i medici di Direzione dell'I.N.A.

Concorso per tecnici preparatori nel R. Istituto Regina Elena in Roma.

E' aperto il concorso per titoli e per esami congiuntamente per la nomina di tre tecnici preparatori: due per la Sezione di

Biologia Sperimentale e uno per la Sezione di Chimica Biologica del R. Istituto Regina Elena per lo studio e la cura dei tumori.

Il termine per la presentazione dei documenti scade alle ore 12 del 5 giugno c. a.; le domande dovranno essere presentate alla Segreteria dei RR. Istituti Fisioterapici Ospitalieri in Roma (Viale Regina Margherita, 295).

Note ed appunti

MORTALITÀ GENERALE NEL REGNO.

Il numero assoluto dei morti durante il 1935 è stato di 593.953, lievemente superiore a quello del 1934 e del 1933. Il quoziente di mortalità del 1935 è stato di 13,9 per mille abitanti, di 6 decimi di punto più elevato del quoziente del 1934 (13,3) e di 2 decimi superiore a quello del 1933 (13,7).

Si tratta di lievi oscillazioni annuali che però non incidono sull'andamento generale della curva di mortalità che è in continua progressiva diminuzione. In complesso dalla costituzione del Regno ad oggi la mortalità è discesa dal quoziente di 30,5 per mille nel periodo 1872-75 a quello di 17,3 per mille nel quadriennio 1922-25 e a 13,6 per mille nell'ultimo triennio 1933-35.

Il lieve aumento che il quoziente di mortalità ha subito nel 1935 nei confronti degli anni precedenti è dovuto in massima parte alla più diffusa manifestazione di epidemia di influenza avutasi nei primi mesi del 1935.

NATALITÀ NEL REGNO.

Il quoziente di natalità nel Regno è stato di 23,3 per mille abitanti nel 1935, di 23,4 nel 1934, di 23,7 nel 1933, di 23,8 nel 1932.

NUZIALITÀ NEL REGNO.

L'indice di nuzialità del Regno nel 1935 è stato di 6,7 per mille abitanti mentre fu di 7,4 nel 1934, di 6,9 nel 1933, di 6,4 nel 1932.

La diminuzione della nuzialità verificatasi nel 1935 non deve ritenersi un fenomeno di regressione nell'andamento ascendente della nuzialità ma deve essere messa in rapporto con la partenza di numerosi giovani in dipendenza delle operazioni militari in Africa Orientale. (Da « Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria del Regno »).

MATRIMONIO ED ESAME PREMATRIMONIALE.

Nel « The Lancet » n. 13, 1938, viene pubblicata una statistica dello Stato del Connecticut che fin dal 1935 ha adottato l'esame prematrimoniale. Essa dimostra che lo esame prematrimoniale determina una diminuzione nel numero dei matrimoni. Questi che nell'anno precedente alla legge in proposito erano stati 13.000 furono nel 1936, l'anno dopo, 8.000. Nello stesso periodo di tempo lo Stato di New-York ha segnato un aumento dei matrimoni. (Da « Minerva Medica »).

RECRUDESCENZA DEL VAIOLO NEGLI STATI UNITI.

Nel 1937 si è avuta negli Stati Uniti d'America una netta recrudescenza del vaiolo; 11.806 casi contro 7.044 nel 1936.

La recrudescenza è da attribuire all'aumento della percentuale degli individui non vaccinati.

I DANNI DI CERTE CURE DIMAGRANTI.

Le cure dimagranti a base di Dinitrofenolo, accolte in molti paesi con entusiasmo, specie dalle donne, non si sono dimostrate del tutto innocue, e gli incidenti tossici talora mortali che ne derivano non sono rari.

CONTONNET nel « Journal des Praticiens » n. 42 del 1938 segnala un nuovo pericolo: la cataratta da dinitrofenolo. Durante la cura o anche dopo qualche tempo si manifesta in questi casi una diminuzione o abolizione della vista.

FRUTTA E LEGUMI NELLA DIETA UMANA.

Il Dipartimento dell'Economia Nazionale Tedesca ha concluso in una recente seduta che ogni uomo deve consumare almeno 125 grammi di legumi al giorno oltre le frutta. Quando la frutta scarseggia bisogna sostituirla con insalate e legumi crudi (carote ecc.). Per il loro contenuto in vitamine sono utili i latticini, le uova, il succo di legumi.

CEFALEA E CACAO.

Lickint ha osservato in alcuni individui ipersensibili la comparsa di cefalea e pesantezza di testa in rapporto a ingestione di cacao.

Nelle cefalee di origine imprecisata l'autore consiglia di tenere presente questo fatto.

(Occorre però ricordare che si tratta di casi eccezionali (n. d. r.).

Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita

ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI
DIREZIONE GENERALE - ROMA
SERVIZIO SANITARIO

R. ISTITUTO OSPEDALIERO DERMOSIFILOPATICO
DI S. MARIA E S. GALLICANO - ROMA
Direttore: Prof. P. A. MEINERI

La reazione di Ide nella diagnosi sierologica della sifilide

Dott. MARCELLO BIASIOTTI

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

La Reazione di Ide, sebbene di recente proposta e non ancora entrata nella pratica corrente, dalle ricerche di controllo sinora praticate, è risultata di sensibilità e specificità non inferiore alla reazione Wassermann e alle più usate flocculazioni; essa ha inoltre il vantaggio di poter venire eseguita in pochi minuti e con una sola goccia di sangue.

Ho praticato una serie di ricerche di controllo su 2128 soggetti (596 sifilitici e 1532 non sifilitici) paragonando i risultati della Ide con quelli della R. W. e della Citochol. Nelle mie ricerche la reazione Ide ha dimostrato di possedere una sensibilità intermedia tra la reazione Wassermann e la Citochol; la aspecificità fu minima (0,85 %).

Le difficoltà talora gravi che si incontrano nella diagnosi clinica della sifilide latente spiegano il favore incontrato dagli esami sierologici che portano al medico un ausilio veramente prezioso permettendogli di svelare con certezza infezioni sifilitiche anamnesticamente ed obbiettivamente non rilevabili, di confermare un sospetto clinico o di poter meglio controllare la efficacia della terapia usata. Ma poichè la reazione di Wassermann pur fornendo alla clinica un elemento tra i più preziosi per la diagnosi presenta l'inconveniente di richiedere una tecnica così lunga ed indaginosa da essere sempre riservata a chi possieda buona esperienza di labo-

ratorio e possa inoltre disporre di un laboratorio appositamente attrezzato, i medici pratici debbono affidare ai laboratori specializzati la cura di eseguirla.

Perciò gli studiosi di sierologia si sono sempre preoccupati di trovare nuove reazioni che ai necessari requisiti di specificità e sensibilità unissero il pregio di una tecnica più semplice ed alla portata di tutti i medici.

In un primo tempo si cercò di perfezionare e semplificare la classica reazione di Wassermann portandovi modifiche che però non sempre si dimostrarono adatte allo scopo e caddero presto in disuso. Poi comparvero e si diffusero con grande rapidità le reazioni di flocculazione che costituiscono, secondo la felice espressione del Rondoni, un vero e proprio ingrandimento semplificatore, di quanto avviene nel primo tempo della reazione Wassermann, prima dell'aggiunta del complesso emolitico. Le flocculazioni, opportunamente perfezionate, dimostrarono ben presto di possedere un così alto grado di specificità e sensibilità da venire introdotte nella pratica corrente accanto alla Reazione di Wassermann quali reazioni di completamento.

Ma anche le numerose reazioni di flocculazione sinora proposte pur avendo incontrato largo favore per la loro tecnica più semplice e più rapida di quella della R. W., e per la loro sensibilità superiore a quella posseduta dalla R. W.,

sia pure in proporzioni ridotte, presentano sempre l'inconveniente di richiedere un laboratorio attrezzato, un notevole dispendio di tempo ed un personale specializzato perchè sono molto delicate dal punto di vista tecnico e spesso di difficile lettura.

Come è noto tutte le reazioni di flocculazione usate per la diagnosi sierologica di sifilide si basano su una reazione fisico-chimica che si svolge tra i colloidali del siero luetico (globuline) ed i colloidali delle soluzioni degli antigeni (lipoidi) e che consiste in una diminuzione di dispersione dei colloidali per aggregazione di particelle con conseguente formazione di flocculi tanto grossi da essere visibili ad occhio nudo o con una semplice lente di ingrandimento.

Con opportuni perfezionamenti apportati alla preparazione della soluzione colloidale dell'antigene lipoideo è stato possibile aumentare la quantità dei lipoidi e della colesterina ed allestire soluzioni più grossolanamente disperse che per concentrazione dei lipoidi e stato fisico posseggono la massima sensibilità e la massima specificità.

Grazie all'aggiunta di adatti rinforzatori (resine) ed alla scelta di un mezzo salino ottimale si è riusciti a rendere facilmente visibili anche i flocculi più fini.

Ed infine coll'aggiunta di sostanze coloranti agli antigeni si è facilitata la lettura dei risultati rendendo i flocculati, anche finissimi, così evidenti da essere chiaramente percettibili ad un occhio esercitato anche senza alcun mezzo ottico di rinforzo.

Così grazie ai rapidi progressi conseguiti in questi ultimi anni nel campo delle reazioni di flocculazione, partendo dai semplici estratti lipoidei colesterinati (tipi Sachs-Georgi ecc.) attraverso gli estratti ipercolesterinati (tipo Kahn e Müller), gli estratti rinforzati con ag-

giunta di resine (M.T.R. e M.K.R.) ed infine gli estratti colorati (M.T.R.C. e M.K.R. II ecc.) siamo pervenuti all'antigene colorato di Ide che è un estratto alcoolico di cuore di bue colesterinato, contenente un rinforzatore (gomma benzoino) e due sostanze coloranti (cristal violetto ed azzurro II).

Sobei Ide sierologo del « Doai Memorial Hospital » di Tokio ed il suo assistente Tamao Ide, nel 1936 proponevano in una comunicazione al 192° congresso della « Società Giapponese per la lotta contro la sifilide », e in un articolo pubblicato nella « Klinische Wochenschrift » del luglio 1936 una nuova reazione che fu chiamata « Idechingen » o reazione Ide (I. R.).

Tale reazione di flocculazione si differenzia dalle altre numerose flocculazioni sinora usate principalmente per il fatto di permettere l'immediato allestimento della sierodiagnosi su una goccia di sangue totale, appena prelevato, e per la sua estrema rapidità di esecuzione e di lettura che ci mette in grado di leggere i risultati e di fornire un responso sierodiagnostico in un tempo straordinariamente breve. Infatti per il prelevamento del sangue, esecuzione e lettura della reazione occorrono complessivamente meno di 10 minuti primi.

Inoltre la Reazione di Ide ha il pregio di non richiedere la puntura venosa e di presentare estrema semplicità di tecnica e materiale.

Come ho già detto l'aggiunta di sostanze coloranti agli antigeni allo scopo di rendere più visibili i flocculati finissimi non rappresenta una innovazione recentissima perchè risale a più di un decennio.

Infatti sin dal 1928 Borovskaja aveva osservato che i prodotti di flocculazione della M.T.R. presentavano una spiccata affinità per talune sostanze coloranti ed aveva pensato di utilizzare

questa proprietà per rendere più evidente la flocculazione proponendo l'uso di un antigene colorato col blu Vittoria per l'allestimento delle reazioni di intorbidamento di Meinicke.

Per la reazione di intorbidamento di Meinicke con antigene colorato (M.T.R. C.) si usa l'antigene originale di Meinicke colorato coll'aggiunta, 24 ore prima dell'uso, di blu Vittoria nelle proporzioni di gr. 0,1-0,2 per 250 cc. di antigene. La reazione viene allestita colla consueta tecnica della M.T.R. e la lettura viene praticata 24 ore dopo; nei sieri positivi si osserva una sedimentazione di flocculi colorati mentre il liquido si presenta incolore, nei sieri negativi invece il contenuto delle provette resta colorato uniformemente in azzurro. Allo scopo di rendere più netti i risultati dubbi si consiglia di far scorrere lungo le pareti della provetta, prima della lettura, 1 cc. di cloroformio che avendo la proprietà di estrarre le sostanze coloranti solo dai flocculi dei sieri positivi e stratificandosi sul fondo si colora più o meno in azzurro nei casi positivi mentre resta incolore nei negativi.

Lo stesso blu Vittoria in proporzione del 0,01% è stato impiegato dal Meinicke nella colorazione dell'estratto per la sua seconda reazione di chiarificazione (M.K.R. II).

Più recentemente è stata proposta da Hecht anche una colorazione dell'antigene standard di Kahn.

La reazione di Ide può essere considerata una microfloculazione in senso lato in quanto le sostanze coloranti contenute nell'antigene rendono la flocculazione così evidente che nella massima parte dei casi la lettura può essere fatta ad occhio nudo e solo eccezionalmente è necessario ricorrere all'ausilio di un mezzo ottico di rinforzo (lente di ingrandimento o microscopio a circa 50 ingrandimenti).

Infatti l'antigene Ide presenta ad un esame microscopico a piccolo ingrandimento numerose particelle azzurrate di varia grandezza che scompaiono quando l'antigene viene mescolato con un sangue o con un siero negativo mentre dopo la mescolanza con un sangue od un siero positivo le particelle azzurrate non soltanto non scompaiono ma si ammassano formando dei grossi blocchi blu porpora ben visibili ad occhio nudo.

Anche la tecnica della microfloculazione non rappresenta una innovazione perchè già il Meinicke aveva proposto di eseguire con piccolissime quantità di siero la sua prima reazione di rischiaramento (M.K.R.) allestendo colla miscela siero + diluizione di estratto un preparato a goccia pendente che dopo un'ora veniva esaminato al microscopio prima con ingrandimento di circa 60 diametri e poi con un ingrandimento più forte (circa 200 diametri).

Dopo questa microreazione, detta anche reazione di rapidità, lo stesso Meinicke propose una microreazione anche per la seconda reazione di rischiaramento (M.K.R.II) sempre allo scopo di poter lavorare su minime quantità di siero. Per questa seconda reazione di flocculazione microscopica il Meinicke usa dei comuni porta oggetti e delle anse di platino di diametro diverso ed esattamente calibrate; previa agitazione il preparato viene lasciato per 1/2-1 ora in camera umida e poi osservato al microscopio a piccolo ingrandimento: nei sieri positivi i flocculi appaiono colorati in brunonerastro.

Più recentemente ancora A. R. Cassilli ha proposto una modifica della reazione di Kahn (microkahn) consistente in una microfloculazione eseguita mescolando su un vetrino porta-oggetti una goccia di siero ed una goccia di antigene originale di Kahn previamente di-

luito, ed effettuando la lettura al microscopio con un piccolo ingrandimento.

Tutte queste microflocculazioni presentavano il pregio di richiedere solo quantità piccolissime di siero, come quelle che si ottengono raccogliendo in tubicini capillari qualche goccia di sangue prelevata con la semplice puntura del polpastrello del dito e del lobulo dell'orecchio, ed eliminavano per conseguenza l'inconveniente della puntura venosa che può riuscire particolarmente laboriosa quando ci si trova di fronte ad un obeso o ad un bambino con vene difficili a rintracciare.

Però sia per il fatto di essere praticabili solo su siero, sia per la tecnica complicata e per il dispendio di tempo non inferiore quello necessario per l'allestimento delle omonime microflocculazioni, pur avendo fatto buona prova nei confronti della specificità e della sensibilità, costituivano in ultima analisi niente altro che un duplicato delle reazioni stesse con l'unico vantaggio di richiedere solo minime quantità di siero.

Per quello che riguarda l'allestimento della microflocculazione su sangue totale, oltre che su siero, esisteva sinora soltanto una reazione proposta da Cheviak e Dahr e detta « trocken-blutreaktion » (T.B.R.).

Ma tale microreazione, che viene praticata su una goccia di sangue defibrinato ed essiccato su un vetrino e poi disciolto in soluzione salina e mescolato con una goccia di diluizione dell'antigene originale standard per la 2^a reazione di chiarificazione di Meinicke, dalle ricerche di controllo praticate anche in Italia da molti ricercatori è risultata piuttosto difficile nella tecnica per la defibrinazione del sangue e d'altra parte, come avverte lo stesso Cheviak, una defibrinazione insufficiente può essere causa di errore; pertanto unici suoi vantaggi nei confronti delle microfloccula-

zioni su siero, analogamente alle quali richiede qualche ora per la esecuzione e lettura della reazione, sarebbero quelli di richiedere una sola goccia di sangue e di permettere la esecuzione della reazione sul sangue essiccato, anche qualche tempo dopo il prelevamento.

Ora la reazione di Ide presenta nei confronti di tutte queste microtecniche il vantaggio di presentare una così grande semplicità di tecnica e materiale da essere alla portata di ogni medico che possieda le più elementari nozioni di tecnica di laboratorio e da permetterne, con le dovute cautele ed eccezioni, la esecuzione anche all'infuori di laboratori specializzati.

Inoltre la reazione di Ide si differenzia nettamente dalle altre microtecniche sopracennate soprattutto per il fatto di essere una tipica « reazione rapida ». Tale rapidità di esecuzione e di lettura è dovuta non tanto alla estrema semplicità della tecnica quanto alla possibilità di eseguire la reazione sul sangue totale subito dopo il prelevamento, e di praticare la lettura 8-10 minuti primi dopo il prelevamento stesso. Nessun'altro metodo sinora proposto possiede tale rapidità di esecuzione e di lettura che è pregio esclusivo della reazione di Ide, la quale pertanto può ben definirsi « reazione rapida », praticabile anche al letto stesso dell'infermo o durante una visita ambulatoria e giustifica, sebbene molto parzialmente, la denominazione da taluni impropriamente usata di « reazione per la diagnosi immediata della sifilide ».

Per questi suoi pregi la I.R. destò subito grande interesse nel mondo medico perchè permetteva di risolvere alcuni problemi pratici sulla sierodiagnosi della sifilide. Essa infatti rende possibile da un lato la esecuzione dell'esame sierodiagnostico anche in località nelle quali per ragioni tecniche non è stato possibile impiantare un laboratorio attrezzato per la

sierologia, dall'altro permette di estendere sempre più la ricerca dei luetici nelle collettività nelle quali sinora per ragioni tecniche, inerenti alla spesa ed al dispendio di tempo od alle difficoltà del prelevamento del sangue per mezzo della puntura venosa, non era stato possibile diffondere tale prezioso mezzo di indagine di enorme valore sociale (medicina delle assicurazioni vita, pediatria ecc.).

Infine per la sua grande rapidità e semplicità di tecnica la reazione di Ide è sommamente utile nei casi di estrema urgenza (ad esempio trasfusione di sangue, ecc.) nei quali ci fornisce una diagnosi sierologica rapida di grande importanza sia pure a solo scopo di orientamento diagnostico.

TECNICA DELLA REAZIONE DI IDE

Preparazione dell'estratto: del muscolo fresco di cuore di bue (preventivamente liberato dal grasso, dai vasi e dai tessuti fibrosi), viene finemente triturato con numerosi passaggi attraverso un tritacarne e poi posto in alcool a 95° (nelle proporzioni di 1 parte in peso di muscolo e di 5 volumi di alcool) e mantenuto per almeno sette settimane in un bagnomaria a temperatura costante non inferiore ai 60°. Una così lunga permanenza nell'acqua calda del bagnomaria obbliga a porre particolare attenzione nell'assicurare una chiusura ermetica al recipiente onde evitare che il tappo finisca col macerarsi permettendo la volatilizzazione e conseguente fuoriuscita dell'alcool o la immissione nel recipiente del vapore acqueo condensato e dell'acqua stessa del bagno con conseguente formazione di una miscela idroalcolica inutilizzabile.

Per assicurare al recipiente tale chiusura ermetica è necessario usare un matraccio a collo cilindrico lungo ed un tappo lungo che penetri profondamente nel collo del recipiente e che sia a perfetta tenuta, bene impermeabilizzato e bene assicurato. La limpidezza prima dell'agitazione ed il livello costante del liquido contenuto nel recipiente durante il lungo periodo di immersione nel bagnomaria confermano l'assoluta ermeticità della chiusura del recipiente.

Durante tutto il periodo di immersione nel

bagnomaria il contenuto del recipiente va agitato regolarmente una volta al mattino ed una alla sera.

Secondo Ide il contenuto può essere talvolta usato anche dopo sole 4 settimane di immersione, ma l'A. ritiene preferibile prolungare l'immersione stessa per sette settimane ed anche più. Trascorso tale periodo si toglie il recipiente dal bagnomaria e si lascia raffreddare il contenuto a temperatura ambiente; quindi si filtra attraverso carta e l'estratto alcoolico limpido così ottenuto viene conservato al buio ed a temperatura ambiente. Ho constatato che, come è stato notato anche da Ferrajoli, l'estratto alcoolico così conservato dopo qualche tempo perde la sua limpidezza e si presenta più o meno torbido; è bene perciò filtrare nuovamente su carta l'estratto alcoolico conservato, al momento in cui si vogliono allestire le varie soluzioni occorrenti per la preparazione dell'antigene Ide. Per coleslerinare l'estratto alcoolico si aggiunge coleslerina purissima Merck in proporzione del 0,2 %; per disciogliere la coleslerina si immerge il recipiente in un bagnomaria a 60° agitando per almeno 10 minuti.

Prima di coleslerinare l'estratto se ne preleva una piccola parte che serve per preparare una soluzione al 5 % di gomma benzoino (l'A. usa il Benzoe Sumatra natural P. B. Merck).

A parte si preparano due soluzioni alcooliche all'1 % (in alcool a 95 %) l'una di cristallvioletto Merck e l'altra di azzurro II Merck.

Per ottenere l'antigene colorato di Ide pronto per la diluizione basta aggiungere a 100 c.c. dell'estratto alcoolico coleslerinato 5 c.c. della soluzione al 5 % di gomma benzoino c.c. 0,6 della soluzione alcoolica di cristallvioletto e c.c. 0,6 della soluzione alcoolica di azzurro II, agitare e filtrare attraverso carta.

L'antigene Ide così ottenuto ha un colore azzurro violaceo e può venire usato immediatamente od essere conservato al buio ed a temperatura ambiente (non in ghiacciaia od in luogo freddo).

L'antigene va poi titolato per l'uso.

Data la indaginosità e la lunga durata della preparazione dell'antigene ritengo che per la pratica corrente sia consigliabile ricorrere all'antigene già preparato dalla casa produttrice (1).

(1) L'antigene Ide preparato sotto il controllo degli A.A., si trova in Italia presso il Laboratorio Specialità Mediche, Piazzale Fiume, 9, Milano.

Il costo dell'antigene non è molto elevato se si considera che con una fialetta di antigene (nella sua confezione commerciale ogni fialetta contiene circa c.c. 0,20 di antigene) si possono eseguire circa 25 reazioni.

Bisogna tener presente che, trattandosi di un antigene colesterinato, se la temperatura ambiente è piuttosto bassa si può avere una precipitazione della colesterina disciolta, perciò se l'invio dell'antigene ha luogo durante l'inverno ad una temperatura molto bassa è bene tenere l'antigene in ambiente caldo per 24 ore dopo l'arrivo (se possibile in termostato). Se poi si volesse usarlo subito e ci si accorgesse della presenza di un precipitato di colesterina basta immergere per qualche minuto in un bagnomaria a 50-60, il recipiente contenente l'antigene scuotendolo energicamente; si riesce così a disciogliere la colesterina e si può usare anche subito l'antigene, previo raffreddamento a temperatura ambiente.

Nel corso delle mie esperienze non ho mai avuto occasione di osservare precipitati di colesterina pur avendo lavorato durante la stagione invernale ed avendo conservato l'antigene a temperatura ambiente di circa 15° ed al buio.

Vetreteria (2): materiale necessario: I) portaoggetti cavo; per l'esecuzione della reazione Ide consiglia l'uso di uno speciale portaoggetti con 3 cavità numerate del diametro di circa 2 cm. e profondità di circa 2 mm, che permette di effettuare contemporaneamente 3 esami per ciascun portaoggetti, risparmiando tempo e fatica.

II) Provette per la diluizione dell'antigene.

III) Pipette tarate al centesimo. In commercio si trovano serie speciali di pipette per la Ide comprendenti: a) pipette calibrate (in modo che una goccia corrisponde a cc. 0,03) per la distribuzione del sangue o del siero; b) pipette calibrate (una goccia corrisponde a cc. 0,03) per la distribuzione dell'antigene diluito; c) pipette calibrate (in modo che una goccia corrisponda a cc. 0,05) per la distribuzione della soluzione NaCl al 3,5% occorrente per la diluizione del sangue *in toto*.

Queste pipette calibrate possono anche es-

(2) Presso la Ditta fornitrice dell'antigene si trova anche la scatola corredo appositamente preparata e contenente tutta la vetreria necessaria per effettuare simultaneamente 3 reazioni (portaoggetti speciale con 3 cavità numerate, pipette calibrate ecc.).

ser preparate direttamente dall'analista tenendo conto delle diverse densità dei vari liquidi.

Diluizione dell'antigene. — La diluizione dell'antigene va fatta al momento dell'uso perchè, trascorsi circa 30 minuti dalla diluizione, le finissime particelle azzurro-violacee si raggruppano in grossi ammassi e precipitano sul fondo della provetta rendendo l'antigene inutilizzabile.

L'antigene viene diluito aggiungendo ad una parte di antigene tre parti di soluzione clorosodica al 2,5% ed agitando per 20-30 volte; è bene non usare per la diluizione una quantità di antigene inferiore a cc. 0,2.

Allo scopo di rendere più accessibile al medico pratico l'esecuzione della reazione di Ide anche fuori dei laboratori di analisi l'antigene e la soluzione clorosodica nelle proporzioni adatte per la diluizione vengono dalla Ditta produttrice infialettati separatamente. Si elimina così la necessità dell'uso delle 2 pipette per la misurazione dell'antigene e del diluente bastando semplicemente versare in una provetta il contenuto delle due fialette (che contengono già misurati l'una l'antigene e l'altra il diluente) ed agitare per 20-30 volte onde ottenere una perfetta mescolanza dei due liquidi.

Tecnica per l'esecuzione della reazione. — La Reazione di Ide può venire praticata:

- 1) sul sangue totale (fresco od essiccato);
- 2) sul siero attivo od inattivato col riscaldamento per mezz'ora in bagnomaria a 56°;
- 3) sul liquido cefalorachidiano o sul liquido di vescicolazione.

1) *Esecuzione della reazione sul sangue in toto.*

a) prelevamento e diluizione del sangue totale.

Del sangue prelevato sia dalla vena sia con puntura del lobulo dell'orecchio o del polpastrello del dito, per mezzo dell'apposita pipetta si versa una goccia che non sia inferiore a cc. 0,03 in una delle 3 concavità dello speciale portaoggetti cavo; indi servendosi dell'altra pipetta appositamente calibrata si aggiunge una goccia (cc. 0,05) di soluzione clorosodica al 3,5% alla goccia di sangue, prima che questa coaguli, e con l'aiuto di una bacchettina di vetro si mescolano accuratamente i due liquidi in modo da ottenere una perfetta mescolanza e ponendo particolare attenzione nel distri-

buire uniformemente la miscela su tutta la superficie della concavità.

Poi servendosi dell'apposita pipetta per la distribuzione dell'antigene si aggiunge alla miscela sangue-soluzione NaCl una goccia (= cc. 0,03) dell'antigene diluito.

Infine si mescola l'antigene col sangue agitando energicamente il portaoggetti per circa 4-5 minuti. Per ottenere una perfetta mescolanza del sangue diluito coll'antigene è necessario che il liquido contenuto nelle concavità del portaoggetti si muova con movimento rotatorio; perciò bisogna tenere il portaoggetti cavo orizzontalmente sul piano di un tavolo e muoverlo energicamente in modo da imprimere al liquido il necessario movimento rotatorio.

Volendo agitare contemporaneamente più portaoggetti cavi è necessario usare un supporto di legno appositamente preparato ed imprimere a questo il movimento rotatorio.

Lettura. — Va fatta immediatamente, non appena terminata l'agitazione.

In un primo tempo Ide leggeva i risultati servendosi di un microscopio a piccolo ingrandimento (circa 50 diametri) e consigliava di eseguire la lettura osservando in luce molto chiara specialmente il bordo periferico dove il materiale trovasi in strato più sottile.

Più recentemente gli autori hanno modificato la tecnica di lettura consigliando di prolungare per circa 10 minuti lo scuotimento del portaoggetti cavo contenente la miscela sangue antigene e di osservare quindi ad occhio nudo il porta-oggetti stesso posto su un foglio di carta bianchissima. Su tale fondo bianco si possono vedere benissimo ad occhio nudo i piccoli flocculi azzurrastrati ed abitualmente le reazioni positive presentano una flocculazione tanto evidente da essere facilmente percettibile ad un occhio esercitato anche senza alcun mezzo ottico di rinforzo; in qualche caso dubbio ci si potrà servire di una lente a 5-10 ingrandimenti.

Interpretazione dei risultati. — La reazione è fortemente positiva (+++) quando già durante lo scuotimento si scorgono ad occhio nudo grossi flocculi azzurro violacei che spiccano nettamente sul fondo rosso opaco del sangue totale;

la reazione è positiva (++) quando i flocculi pur essendo sempre visibili ad occhio nudo compaiono più tardivamente e sono molto piccoli;

la reazione è debolmente positiva (+) quando i flocculi sono tanto piccoli da essere visibili solo coll'aiuto della lente di ingrandimento o del microscopio.

Quindi il grado di maggiore o minore positività dipende dal numero e dalla grandezza dei flocculi.

Ide consiglia di fare due letture una subito ed un'altra dopo 15' specie nei casi di reazioni dubbie; nei casi di sifilide curata ed a reazione negativa suggerisce un preventivo riscaldamento del sangue (defibrinato meccanicamente) per 20' in bagnomaria a 56°.

Infine la reazione è negativa (—) quando manca ogni traccia di flocculazione ed al microscopio si osservano soltanto delle sottili verghette bluastre tra i globuli rossi.

Esecuzione della reazione sul sangue essiccato. — Una goccia di sangue (circa cc. 0,04) viene messa su di un comune vetrino portaoggetti e rimestata per 3-4 minuti collo spigolo di un altro vetrino onde estrarre la fibrina, poi si lascia essiccare.

Al momento dell'uso il residuo essiccato viene stemperato in una goccia di soluzione NaCl al 3,5 % e lo si versa nella concavità dello speciale portaoggetti cavo, poi si aggiunge una goccia di antigene diluito, si agita per 4-5 minuti e si procede alla lettura.

Il sangue essiccato può essere conservato anche per parecchie ore.

Esecuzione della reazione su siero attivo od inattivato su liquor, su liquido di vescicolazione, essudati. — Una goccia (circa cc. 0,03) del materiale in esame viene posta nella concavità del vetrino, vi si aggiunge una goccia di antigene diluito, si agita per 5 minuti e si procede alla lettura.

Nei casi positivi sul fondo incolore o giallastro del liquido in esame si scorgono ad occhio nudo dei flocculi azzurro-violacei, più o meno grandi e più o meno numerosi a seconda dell'intensità della positività.

Nei casi negativi il liquido resta uniformemente colorato in azzurro violaceo e senza traccia di flocculazione.

AVVERTENZE.

a) Volendo eseguire simultaneamente tre reazioni usare una pipetta ed un bastoncino per ogni paziente annotando il numero della cavità del cristallo che ad ognuno si riferisce. Qualora si vogliano eseguire più reazioni con

diversi cristalli, per evitare confusioni, si scriva a lapis un riferimento sull'apposito dischetto smerigliato su ogni cristallo.

b) In rari casi una reazione negativa può sembrare positiva per presenza di corpi estranei che sono caduti nel liquido in esame colorandosi in azzurro; però le particelle effettivamente positive sono ripartite in *tutto* il campo del microscopio, mentre i corpi estranei si osservano solo in qualche parte del campo stesso. Si raccomanda quindi, particolarmente allorché si debbano eseguire reazioni in ambienti poco adatti o all'aperto, di servirsi sempre dell'apposito coprivetrino.

c) qualche volta il sangue o il siero di pazienti, che già ripetutamente vennero sottoposti a cure specifiche, può dare una reazione negativa, mentre altre reazioni la danno positiva. In questi casi, il liquido in esame, va riscaldato per 20 minuti in bagnomaria a 54-56° ed utilizzato dopo il raffreddamento. Trattandosi di sangue, se ne mettano 4-5 gocce in piccoli tubi del vetro che si agiteranno per 3-4 minuti.

Una volta defibrinato, il sangue viene riscaldato a bagnomaria e quindi, una volta raffreddato, si eseguisce la reazione.

Essendo stata di recente proposta la reazione di Ide non è ancora entrata, almeno da noi, nella pratica clinica nonostante che vari autori sia in Italia che all'estero abbiano già confermato con ricche statistiche il valore della reazione stessa come valido mezzo di accertamento sierodiagnostico per la sifilide.

La letteratura sull'argomento è piuttosto scarsa:

Gli autori giapponesi Sobei e Tamao Ide su 2350 casi, nei quali la Ide venne confrontata solo con la reazione Wassermann, ottennero una positività del 97 % rispetto al 100 % di positività della reazione Wassermann.

All'estero sono state fatte numerose ricerche di controllo da vari autori giapponesi (Tokyama e Sato, Saegusa, Nakagawa, Tanimura ecc.), tra i quali ricordo l'interessante lavoro di Honda (che ha studiato il comportamento della I.R. su sangue, siero attivo ed inattivato,

trovando che la I.R. presenta nei luetici una sensibilità superiore a quella della R. W. pur possedendo una elevata specificità), ed americani tra i quali è particolarmente degno di nota il lavoro di Quisumbing che ha sperimentato la I.R. su un migliaio di soggetti con ottimi risultati sia nei confronti della specificità che della sensibilità.

In Italia, a quanto mi risulta, sono stati pubblicati sinora tre lavori: il primo di Bartolozzi che su un numero di casi non molto rilevante (319) ha ottenuto una quasi completa concordanza tra i risultati della I.R. e quelli della R.W. e della M.K.R. II; il secondo di Rosti che ha praticato la reazione di Ide sul sangue totale, sul siero e sul liquor di 602 pazienti, mettendola a confronto sia con la R.W. che con la M.K.R. ottenendo risultati ottimi sia nei confronti della sensibilità che della specificità. Questo A. ha trovato che la I.R. possiede una sensibilità superiore alla R. W. ed alla M. K. R., tranne che nella sifilide primaria nella quale sembra presentare un lieve ritardo nei confronti della R.W. La specificità della R. I. sul sangue è uguale a quella della R. W. su siero è leggermente inferiore. In Italia è stato pubblicato infine un recentissimo lavoro del Ferrajoli che ha eseguito la reazione di Ide in numerosi soggetti comparandola alla R. W. alla Kahn alla M. K. R. 2° ed alla M. D. R. confermando i risultati ottenuti dai precedenti AA. sulla ottima sensibilità e specificità della R. I., superiore a quella delle altre reazioni usate come controllo.

In complesso tutte le ricerche di controllo sinora praticate dai sopra citati autori italiani, giapponesi ed americani hanno pienamente confermato che la reazione di Ide unisce ai pregi di estrema semplicità di tecnica e rapidità di esecuzione i necessari requisiti di sensibilità e specificità.

La grande importanza dell'argomento, specie dal punto di vista della pratica della medicina delle Assicurazioni vita e soprattutto la non larga esperienza sinora fatta dalla reazione di Ide mi hanno indotto a praticare una serie di ricerche di controllo su un numero abbastanza cospicuo di soggetti sicuramente sifilitici, apparentemente sani o malati di altre affezioni morbose allo scopo di portare un ulteriore contributo allo studio del valore della reazione di Ide nella diagnosi sierologica di sifilide e di tentare di accertare con la massima precisione possibile se tale reazione agli indiscutibili pregi di estrema semplicità di tecnica e di somma rapidità di esecuzione e di lettura unisse gli essenziali requisiti di sensibilità e specificità nei confronti dell'infezione sifilitica meritando perciò di venire largamente introdotta nella pratica sierologica a fianco delle migliori reazioni di flocculazione già note e di uso comune.

RISULTATI DELLE RICERCHE PERSONALI.

Grazie alla cortesia del prof. P. A. Meineri, Direttore del R. Istituto Dermosifilopatico Ospedaliero di S. Maria e S. Gallicano, che ha gentilmente messo a mia disposizione il ricchissimo materiale affluente nell'ambulatorio o degente nelle corsie dell'Istituto, sono riuscito in un periodo di tempo relativamente brevissimo (novembre 1938 - febbraio 1939) ad esaminare 2128 casi dei quali 596 affetti da sifilide nei vari stadi e 1532 non sifilitici.

Il numero ragguardevole dei casi da me presi in esame mi ha permesso di trarre conclusioni di un certo valore e per gli ottimi risultati da me sempre conseguiti mi ha reso fautore convinto della Reazione di Ide.

Allo scopo di meglio studiare la sensibilità specifica sia della Reazione di

Ide che delle reazioni praticate come controllo ho voluto espressamente esaminare un grandissimo numero di soggetti indenni da sifilide ed apparentemente sani od affetti da malattie cutanee, veneree e mediche scegliendone il maggior numero tra i sofferenti di affezioni morbose che talora danno luogo a speciali modificazioni del siero sanguigno e conseguenti positività aspecifiche nei confronti degli esami sierologici comunemente usati per la diagnosi di sifilide. Perciò ho avuto cura di cimentare con le varie reazioni sieri di itterici, gravide, individui affetti da psoriasi, ulcere veneree, complicanze della blenorragia, da malattie esaurienti a lungo decorso (tubercolotici, portatori di tumori maligni, cirrotici, cardiopatici scompensati ecc.) e da infezioni acute febbrili (tifo, melitense, ecc.); in una parola da tutte quelle condizioni morbose nelle quali si può avere la formazione di anticorpi antilipoidei, forse con processo immunitario analogo a quello che si verifica nella sifilide.

In tutti i 2128 casi da me studiati i sieri vennero cimentati oltre che colla Reazione di Ide anche con la reazione di Wassermann e la Citochol praticate nel laboratorio patologico dell'Ospedale di S. Gallicano; inoltre nei casi discordanti e specialmente in quelli in cui fu debolmente positiva o dubbia soltanto una delle tre reazioni ebbi cura di eseguire sempre almeno un'altra reazione di flocculazione, scelta tra le più sensibili e specifiche (Kahn, M.T.R., M.K.R. II, ecc.), allo scopo di interpretare meglio queste deboli o dubbie positività isolate, tenendo conto di tutte le reazioni eseguite per la interpretazione finale dei risultati stessi.

Inoltre in 474 casi di sifilide ed in 689 non sifilitici ho eseguito la Reazione di Ide prima sul sangue totale subito dopo il prelevamento, poi su siero attivo, ed

infine su siero inattivato col riscaldamento per 20' in bagnomaria a 56°.

TECNICA USATA NELLE RICERCHE PERSONALI.

Per quanto riguarda la tecnica della reazione tutte le mie ricerche sono state effettuate seguendo esattamente la tecnica consigliata da Ide (che ho riscontrato ottima sotto ogni punto di vista).

Nelle mie ricerche ho sempre usato l'antigene originale di Ide fornito dalla ditta concessionaria per l'Italia e l'apposita vetreria fornita dalla stessa Ditta.

Analogamente a quanto era stato già osservato da Rosti e Ferrajoli ho constatato che l'antigene diluito può essere usato, senza danno per il buon andamento della reazione, anche oltre il limite di tempo (30 minuti dalla diluizione) prescritto come massimo da Ide. Infatti dopo qualche tempo, ed anche prima di 30 minuti dalla diluizione, si formano nell'antigene dei piccoli conglomerati azzurrastrati ma essi si disciolgono facilmente se si ha l'avvertenza di agitare nuovamente l'antigene diluito prima dell'uso.

Grazie a questo piccolo accorgimento di tecnica ho potuto sempre usare l'antigene fino a circa un'ora dopo la diluizione senza arrecare alcun disturbo al regolare svolgimento della reazione.

Prima di esporre i risultati delle mie personali ricerche credo opportuno insistere su taluni piccoli dettagli di tecnica che nel corso delle mie esperienze si sono rilevati di fondamentale importanza per l'annullamento od almeno per la riduzione ad un minimo trascurabile delle surriferite cause di errore, contribuendo notevolmente alla buona riuscita della reazione.

Ritengo sia assolutamente necessario l'attenersi strettamente alle istruzioni tecniche perchè la reazione di Ide analogamente alle altre reazioni di floccula-

zione malgrado la sua estrema semplicità è sempre di esecuzione alquanto delicata bastando un piccolo difetto di tecnica per alterarne gravemente i risultati. E debbo insistere innanzi tutto, ed in modo particolare, sulla necessità assoluta di lavorare al riparo dal pulviscolo atmosferico. Oltre alla più scrupolosa pulizia della vetreria, che va conservata al riparo dalla polvere, sia durante il prelevamento del sangue che durante l'agitazione bisogna tenere sempre ben coperti i vetrini concavi contenenti la miscela sangue-antigene onde evitare che granellini di polvere e filuzzi cadendo nelle vaschette e colorandosi in bleu possono simulare la flocculazione nei sanguini negativi.

A tale scopo mi sono servito di una scatola di legno divisa in parecchi compartimenti delle dimensioni dei vetrini, foderata di carta bianca e coperta al momento dell'uso e durante l'agitazione da una lastra di vetro.

Avendo praticato sempre molte reazioni contemporaneamente (da 24 a 30) ho dovuto usare la massima celerità nell'esecuzione del prelevamento e della diluizione del sangue perchè la goccia di sangue coagula se lasciata a se anche per pochi minuti.

Inoltre data la minima quantità del liquido impiegato, è anche necessario lavorare rapidamente per impedire la evaporazione.

Nelle mie ricerche quindi ho prima preparato tutto il materiale necessario ed annotati e numerati i malati sui quali dovevo eseguire il prelevamento, poi ho posto il sangue appena prelevato nelle vaschette diluendolo immediatamente con la soluzione salina al 3,5% e mescolando accuratamente con una bacchettina di vetro; non appena riempite le tre concavità del vetrino l'ho posto al riparo della polvere e son passato poi ai successivi prelevamenti.

Grazie a questi piccoli accorgimenti di tecnica ho potuto aggiungere l'antigene prima che le gocce si fossero essiccate e senza bisogno di ricorrere alla camera umida per la loro conservazione; inoltre non ho mai avuto precipitazione di corpi estranei che disturbassero la lettura mentendo false positività (sebbene un occhio esercitato riesca a prima vista a distinguere i flocculati dai corpi estranei).

Ho personalmente rinunciato a servirmi dei vetrini coprioggetti delle stesse dimensioni dei vetrini concavi perchè, a causa della stretta aderenza fra loro, specie lavorando con le vaschette più ripiene (come nel caso del sangue totale diluito) il contenuto delle vaschette stesse per capillarità talvolta fuoriesce in parte dalla concavità e si spande fra le superfici piane dei due vetrini mescolandosi col contenuto delle vaschette vicine.

Per quello che riguarda la durata dell'agitazione ho potuto osservare che mentre le forti positività determinano la comparsa entro 1-2 minuti primi di una flocculazione evidente anche ad occhio nudo, le positività deboli pur essendo sempre chiaramente visibili ad occhio nudo si manifestano talora più tardivamente; volendo praticare la lettura ad occhio nudo è bene perciò, come del resto consiglia lo stesso Ide, prolungare lo scuotimento per circa 10 minuti primi.

È necessario inoltre porre la massima accuratezza nell'eseguire la diluizione e la mescolanza del sangue totale colla soluzione salina al 3,5% spandendo bene la miscela su tutta la superficie della concavità.

Qualora non fosse possibile praticare la reazione su sangue totale subito dopo il prelevamento basta riempire di sangue qualche tubicino capillare di quelli usati per la reazione di Widal. Può anche venire usato il sangue raccolto in provetta (dopo aver prelevato il siero

limpido necessario per la esecuzione delle altre reazioni sierologiche) in modo da ottenere una mescolanza siero-globuli rossi di densità presso a poco uguale a quella del sangue.

Ho anche potuto osservare che l'invecchiamento del sangue o del siero, non pregiudica il buon andamento della reazione di Ide purchè conservato in ghiacciaia ed entro i consueti limiti di tempo, oltre i quali i sieri finiscono col presentare le note modificazioni colloidali con spontanea precipitazione di flocculi.

LETTURA DEI RISULTATI.

Nelle mie ricerche ho preferito la lettura ad occhio nudo, senza alcun mezzo ottico di rinforzo perchè, sin dalle prime reazioni di controllo eseguite, tale metodo di lettura mi ha fornito i migliori risultati e perchè lo ritengo forse più rispondente allo scopo di un largo impiego dell'esame sierodiagnostico anche all'infuori dei laboratori e al letto stesso del paziente od in ambulatorio, ed inoltre tale da conferire al metodo la massima rapidità di lettura anche quando si debbano contemporaneamente esaminare molti sieri.

Su siero la lettura ad occhio nudo dei risultati è sempre facile anche nei casi di debole positività e non richiede alcun particolare accorgimento di tecnica. Nelle reazioni fortemente positive già nel primo o secondo minuto di agitazione si scorgono benissimo ad occhio nudo dei piccoli conglomerati azzurrognoli che, per il movimento rotatorio impresso al liquido contenuto nella vaschetta, tendono in un primo tempo a disporsi ad anello intorno ad una zona centrale chiara mentre poi, continuando l'agitazione, finiscono col confluire in un unico ammasso situato al centro della vaschetta.

Invece nelle reazioni di media o de-

bole positività i piccoli conglomerati tendono sempre a disporsi alla periferia, laddove il liquido si presenta in strato meno spesso, e formano un sottile alone azzurro circondante uno spazio chiaro centrale; inoltre le particelle confluiscono più difficilmente restando sparse anche dopo ulteriore agitazione.

Anche nel corso delle mie ricerche la esecuzione della reazione di Ide su sangue *in toto* si è dimostrata la migliore e ritengo pertanto che sia la più consigliabile non solo per la estrema rapidità di esecuzione e di lettura, tale da permettere la lettura dei risultati in un tempo minimo (circa 10 minuti compresi il tempo occorrente per il prelevamento del sangue) ma anche perchè i flocculi blu risaltano bene, a mio parere, sul fondo rosso opaco del sangue rendendo la lettura più facile e più netta anche per un occhio non molto esercitato nella lettura delle flocculazioni.

Bisogna però porre particolare scrupolosità nella misurazione della goccia di sangue (c. c. 0,03) perchè, se la goccia è troppo scarsa, i flocculi dell'antigene diluito talora non si disciolgono bene mentendo una falsa positività nei soggetti non sifilitici, mentre, se la goccia è troppo spessa, tale eccessivo spessore ostacola notevolmente la lettura mascherando i flocculati, specie se di piccole dimensioni, e simulando quindi una negatività nei soggetti luetici con altre sierodiagnosi positive.

In caso di reazione debolmente positiva o di goccia per inavvertenza riuscita troppo spessa, sono riuscito ad ovviare all'inconveniente sopra accennato imprimendo al vetrino durante la lettura, piccoli movimenti di inclinazione in modo da spandere la goccia su tutta la concavità ed assottigliarne così lo spessore: usando tale accorgimento si scorgono chiaramente i flocculi, anche se piccoli, nel sottile strato marginale.

INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI.

Per quanto riguarda la interpretazione dei risultati ottenuti con le varie reazioni ha seguito il sistema già usato con i migliori risultati in altre ricerche comparative sulle reazioni di flocculazione. Ho interpretato come positivo tutte le reazioni nettamente positive, anche se discordanti, indicando con i consueti segni (+++, ++, +) il grado di positività. Invece le reazioni dubbie (±) sono state interpretate come positive solo nel caso in cui almeno una delle altre reazioni eseguite come controllo ebbe a fornire un risultato nettamente positivo. Le reazioni dubbie isolate, ottenute sia con la sola reazione di Ide che con una sola delle reazioni praticate come controllo, sono state da me sempre interpretate come negative anche nei casi nei quali i dati clinici deponessero a favore della positività.

Ho costantemente controllato colla diagnosi clinica il reperto dell'indagine sierologica; ho potuto così studiare meglio la sensibilità aspecifica delle varie reazioni e confermare sempre la perfetta corrispondenza del metodo usato per la interpretazione dei risultati.

Venendo ora ad un'esame dettagliato dei risultati ottenuti nelle mie ricerche comparative esporrò prima i risultati globali di sensibilità specifica ed aspecifica e di concordanza fra le varie reazioni per esaminare poi la sensibilità nei vari stadi della sifilide ed infine le variazioni della sensibilità aspecifica e specifica su sangue totale, siero attivo e siero inattivato.

Come risulta anche dalle annesse tabelle su 2128 sieri esaminati reagirono positivamente *in toto* 442 (22,42 %), dei quali: reagirono concordemente in senso positivo 262 (13,39 %);

reagirono non concordemente in senso positivo 182 (9,02 %), dei quali:

88 (4,14 %) reagirono positivamente con due reazioni R. I. + R.W + 21 (0,89 %);

R.I. + Citochol + 48 (2,73 %);

R.W. + Citochol + 18 (0,52 %);

95 (4,89 %) reagirono positivamente con una sola reazione e precisamente:

R.I. + 34 (2,07 %), R.W. + 10 (0,23 %), Citochol + 51 (2,58 %).

TAB. 1 A

Ide R.W.	+++	++	+	-	Totale	Con- cor- danza per- fetta	Con- cor- danza %
+++	196	41	6	9	252	196	
++	15	5	1	1	22	5	
+	11	7	5	6	29	5	
-	22	24	41	1738	1825	1738	
Totale	244	77	53	1754	2128	1944	91,96

TAB. 1 B

Ide Citochol	+++	++	+	-	Totale	Con- cor- danza per- fetta	Con- cor- danza %
+++	223	37	7	18	285	223	
++	17	20	2	10	49	20	
+	24	11	10	13	58	10	
-	15	10	12	1699	1736	1699	
Totale	279	78	31	1740	2128	1922	91,54

Esaminando ora i risultati ottenuti sui sieri luetici con le varie reazioni, come risulta anche dalla tabella 2 vediamo che su 596 sifilitici presi in esame: reagirono positivamente *in toto* 409 (76,87 %), reagirono positivamente colla R. I. 355 (60,14 %), reagirono positivamente colla R. W. 311 (51,51 %), rea-

girono positivamente con la Citochol 358 (60,23 %); per quello che riguarda le concordanze reagirono positivamente con la R. I., R. W. e Citochol 282 (concordanza assoluta) pari al 49,5 %, reagirono non concordemente in senso positivo 147 (27,30 %). Dei 147 casi discordanti: 87 reagirono non concordemente con due reazioni, e precisamente:

R.I. + R.W. + Cit — 21;

R.I. + Cit. + R.W. — 48;

R.I. — R.W. + Cit. + 18;

60 reagirono con una sola reazione e precisamente:

R.I. + R.W. — Cit. — 21;

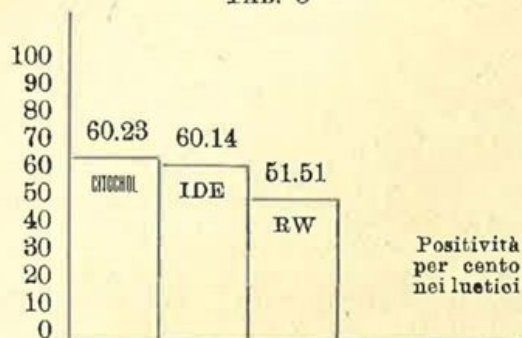
R.W. + R.I. — Cit. — 10;

Cit. + R.I. — R.W. — 29.

TAB. 2

Casi presi in esame 575	+++	++	+	-	Posi- tività totale	Posi- tività %
R. I.	237	81	36	241	355	60.14
R.W.	240	25	32	284	311	51.51
Citochol	234	57	67	238	358	60.23

TAB. 3



Per quello che riguarda la aspecificità della Reazione di Ide se esaminiamo il numero di positività aspecifica da me ottenuto su 1532 sieri non luetici vediamo che: la Ide risultò positiva 13 volte (0,85 %); la Citochol risultò positiva 22 volte (1,44 %). La R.W. risultò sempre negativa, quindi nella graduatoria di

aspecificità la Citochol è al primo posto seguita a discreta distanza dalla I.R. mentre la R. W. compensa la sua minore sensibilità con una specificità assoluta.

La percentuale di aspecificità da me ottenuta (0,85 %) nei confronti della Ide è intermedia tra i valori ottenuti da Rosti (0,6 %) e quelli ottenuti da Honda (1,4 %) e da Ferrajoli (1,31 %).

Sifilide primaria. — Come risulta dalla tabella 4 su 53 casi di sifilide primaria (sifiloma iniziale) presa in esame le tre reazioni hanno dato i seguenti valori totali e per cento di positività: reagirono positivamente, *in toto*, 39 (73,08 %); reagirono concordemente in senso positivo, colle 3 reazioni, 28 (53,85 %); reagirono non concordemente, in senso positivo, 11 (19,23 %), dei quali: 4 reagirono con 2 reazioni e precisamente: R.I. + R.W. + Cit. — 3; R.I. + Cit. + R.W. — 1;

R.I. — Cit. + R.W. — 1;

e 6 reagirono solo con 1 reazione e precisamente:

R.I. + R.W. — Cit. — 3;

R.W. + R.I. — Cit. — 2;

Cit. + R.I. — R.W. — 1.

TAB. 4

Casi esaminati N. 53	+++	++	+	Positività totale	Positività %
R. Ide	24	8	3	35	67,31
R. W.	29	4	1	34	63,46
Citochol	21	5	5	31	57,69

Nella sifilide primaria quindi la R. I. si è dimostrata la più sensibile col 67,31 % di risultati positivi, seguita a breve distanza dalla R.W. (63,45 %) e dalla Citochol (57,69 %).

La percentuale di positività da me ot-

tenuta è notevolmente inferiore a quella ottenuta da Rosti (100 % della R. W. e 97,6 % della R. I.) ed alquanto superiore a quella ottenuta da Ferrajoli su sangue totale (R. I. + 50 % contro R. W. + 61,11 %).

Così non ho riscontrato un ritardo apprezzabile nella comparsa della positività della Ide nei confronti delle altre reazioni perchè nel complesso la R. I. si è dimostrata lievemente più sensibile e lievemente più precoce.

Sifilide secondaria. — Su 103 casi di sifilide secondaria (con manifestazioni cutanee in atto) presi in esame: reagirono positivamente, *in toto* 100 (97,09 %) reagirono concordemente, in senso positivo, 74 (71,84 %); con tutte e tre le reazioni reagirono non concordemente, in senso positivo, 26 (25,24 %), dei quali: con 2 reazioni 19, e precisamente:

R.I. + R.W. — Cit. + 7;

R.I. — R.W. + Cit. + 4;

R.I. + R.W. + Cit. — 8;

con 1 reazione 7 e precisamente:

R.I. + 1; R.W. + 2; Cit. + 3.

TAB. 5.

Casi esaminati N. 103	+++	++	+	Positività totale	Positività %
R. Ide .	69	17	7	93	90,29
R. W. .	83	3	5	91	88,35
Citochol	75	10	9	94	91,26

Anche per la sifilide secondaria ho ottenuto valori percentuali di positività inferiori a quelli ottenuti da Rosti e Honda (100 %) e superiori e quelli ottenuti da Ferrajoli (R.I. + 56 %, R.W. + 48 %) ed una concordanza quasi assoluta tra le 3 reazioni.

La minore sensibilità dimostrata dalla

R. W. nelle mie ricerche, nei confronti dei risultati positivi al cento per cento ottenuti da altri autori, è probabilmente dovuto al fatto che nel laboratorio patologico dell'Ospedale di San Gallicano si preferisce nella esecuzione della R. W. l'uso di antigeni lievemente meno sensibili ma dotati in compenso di una stretta specificità.

Sifilide terziaria. — Ho potuto esaminare 47 casi di sifilide terziaria (dei quali 15 presentavano lesioni cutanee, 27 viscerali, 5 nervose) sul complesso dei 47 casi:

reagirono complessivamente, *in toto*, 33; reagirono concordemente in senso positivo con tutte e tre le reazioni 26; reagirono non concordemente in senso positivo 7, dei quali: reagirono con 2 reazioni n. 5, e precisamente:

R.I. + R.W. — Cit. + 1;

R.I. + R.W. + Cit. — 1;

R.I. — R.W. + Cit. + 3;

reagirono con 1 reazione n. 2, e precisamente:

R.I. + R.W. — Cit. — 1;

R.W. + R. I. — Cit. — 0;

Cit. + R.I. — R.W. — 1.

TAB. 6

Casi esaminati N. 47	+++	++	+	Positività totale	Positività %
R. Ide .	24	5	0	29	61,70
R. W. .	26	2	2	30	63,86
Citochol	25	1	5	31	65,96

Come risulta dalla tabella 6 nella graduatoria di sensibilità il primo posto spetta alla Citochol (col 65,96 % di risultati positivi), il secondo alla R. W. (col 63,83 %) ed infine il terzo posto alla I.R. (col 61,7 %).

Nelle forme cutanee su 15 casi esa-

minati in 12 (80 %) ottenni concordanza assoluta in senso positivo delle 3 reazioni mentre nelle forme viscerali e nervose (complessivamente 32 casi) ebbi solo 14 concordanze assolute in senso positivo.

I risultati da me ottenuti colla Ide (61,70 %) si avvicinano molto ai valori trovati da Rosti (62,5 su sangue) mentre quelli da me ottenuti colla R. W. (63,83 %) risultano notevolmente inferiori ai risultati di Rosti (87,5 %).

Sifilide latente. — Su 304 casi di sifilide latente da me presi in esame reagirono positivamente *in toto* 183 (62,81 per cento); reagirono concordemente in senso positivo colle 3 reazioni 118 (40,70 %); reagirono non concordemente in senso positivo 65 (22,11 %) dei quali: reagirono con 2 reazioni 35 (11,93 per cento) e precisamente: R. I. + R. W. — Cit. + 21;

R.I. + R.W. + Cit. — 7;

R.I. — R.W. + Cit. + 7;

reagirono solo con 1 reazione 30 (10,18 %) e precisamente:

R.I. + R.W. — Cit. — 9;

R.W. + R.I. — Cit. — 3;

Cit. + R.W. — R.I. — 18.

TAB. 7

Casi esaminati N. 304	+++	++	+	Positività totale	Positività %
R. Ide .	94	43	18	155	53,68
R. W. .	98	19	18	135	45,96
Citochol	101	27	36	164	56,49

Nella sifilide latente abbiamo ottenuto il maggior numero di positività (56,49 %) colla reazione Citochol seguita a breve distanza dalla R.I. (53,68 %) e poi dalla R. W. che ha presentato una percentuale di positività (45,96 %) no-

tevolmente inferiore a quella delle flocculazioni.

Anche per la sifilide latente le cifre percentuali di positività da me ottenute sia per la R. I. che per la R. W. sono inferiori a quelle ottenute da Rosti (100 % per la R. I. e 92,3 % per la R. W.) e superiori a quelle ottenute da Honda ed altri AA.

Sifilide congenita. — Su 29 casi di sifilide congenita presi in esame reagirono positivamente *in toto* 12; reagirono concordemente in senso positivo con tutte e tre le reazioni 3; reagirono non concordemente in senso positivo 9, dei quali: reagirono positivamente con 2 reazioni 5 così ripartite:

- R.I. + R.W. — Cit. + 2;
- R.I. + R.W. + Cit. — 2;
- R.I. — R.W. + Cit. + 1;

reagirono rispettivamente con 1 reazione n. 3, così ripartite:

- R.I. + R.W. — Cit. — 1;
- R.W. + R.I. — Cit. — 1;
- Cit. + R.I. — R.W. — 1.

TAB. 8

Casi esaminati N. 29	+++	++	+	Positività totale	Positività %
R. Ide .	3	2	3	8	27,59
R. W. .	3	1	1	5	17,24
Citochol	2	1	2	5	17,24

Nella graduatoria di sensibilità il 1° posto spetta alla I.R. seguito ad eguale distanza dalla R. W. e dalla Citochol.

Nella sifilide ereditaria ho ottenuto una percentuale di positività notevolmente più bassa delle percentuali ottenute da altri AA.

Sifilide in cura. — Su 60 casi di sifilide per lo più recente sottoposti a regolare cura specifica mista reagirono po-

sitivamente *in toto* 42; reagirono concordemente in senso positivo con tutte e tre le reazioni 13; reagirono non concordemente in senso positivo 29, dei quali: 18 reagirono con 2 reazioni, e precisamente:

R.I. + R.W. — Cit. + 16;

R.I. + Cit. — R.W. + 1;

R.I. — Cit. + R.W. + 1;

e 11 reagirono solo con una reazione, così ripartite:

R.I. + R.W. — Cit. — 5;

R.W. + R.I. — Cit. — 2;

Cit. + R.I. — R.W. — 4.

TAB. 9

Casi esaminati N. 60	+++	++	+	Positività totale	Positività %
R. Ide .	23	6	6	35	58,33
R. W. .	7	2	7	16	26,67
Citochol	13	9	11	33	55

Per quanto il numero dei casi da me esaminati non sia tale da permettere un sicuro giudizio sul comportamento delle varie reazioni durante la cura, i risultati da me conseguiti concordano pienamente, in linea di massima, con le conclusioni dei precedenti ricercatori.

Sotto l'influenza della cura specifica (i casi da me studiati erano stati sottoposti ad un trattamento misto arsenobenzolo gr. 4,90, bismuto gr. 1,20) le tre reazioni divengono negative nel seguente ordine: 1) R. W.; 2) Citochol; 3) R. I.

La positività della R. W. scompare abitualmente dopo il primo ciclo misto, talora durante il ciclo stesso quando si è raggiunta globalmente la dose di circa gr. 4 di arsenobenzolo.

Per questo gruppo di malati in cura ho seguito il consiglio di Ide praticando la reazione sia su sangue totale che su siero attivo ed inattivo riscontrando che

su siero inattivo la R.I. presenta realmente una sensibilità lievemente più elevata di quella su sangue totale. In analogia a quanto è stato osservato per le altre reazioni di flocculazione la I.R. possiede in confronto alla R.W. una maggior persistenza della positività nei sifilitici in cura riuscendo pertanto a svelare i perturbamenti sierologici prodotti dalla sifilide anche quando, per effetto di un adeguato trattamento specifico questi perturbamenti sono tanto regrediti da non essere più svelabili colla sola R. W.

COMPORAMENTO DELLA REAZIONE DI IDE SU SANGUE TOTALE, SU SIERO ATTIVO E SU SIERO INATTIVO.

Ho studiato su 474 sifilitici le variazioni della sensibilità e della specificità della reazione di Ide a seconda che viene praticata su sangue totale e su siero attivo ed inattivato.

La positività nei sifilitici sui 474 casi esaminati è stata di:

251 (pari al 52,95 %) nelle reazioni eseguite su sangue totale;

254 (pari al 53,59 %) nelle reazioni eseguite su siero attivo;

273 (pari al 57,59 %) nelle reazioni eseguite su siero inattivato.

A questa maggiore sensibilità sul siero inattivato corrisponde una maggiore aspecificità.

Infatti in 689 non sifilitici praticando la reazione di Ide sia su sangue totale che sul siero attivo ed inattivato ho studiato la positività aspecifica che è risultata di:

3 (pari al 0,44 %) nelle reazioni eseguite su sangue totale;

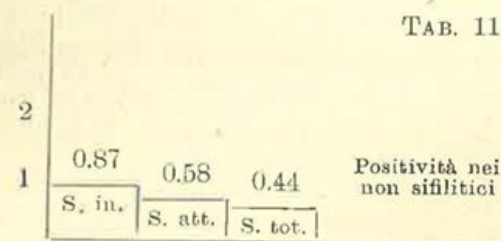
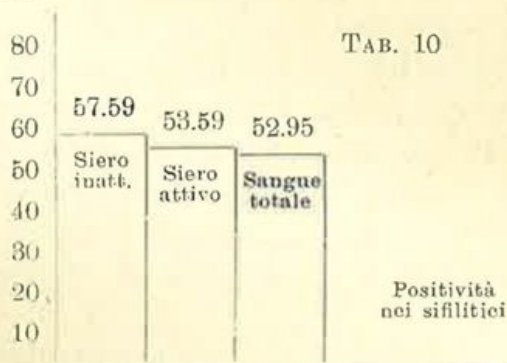
4 (pari al 0,58 %) nelle reazioni eseguite su siero attivo;

6 (pari al 0,87 %) nelle reazioni eseguite su siero inattivato.

Pertanto in perfetta concordanza a quanto è stato osservato dai precedenti ricercatori anche per quello che risulta

dalla mia personale esperienza la I.R. ha dimostrato di possedere una maggiore sensibilità unita ad una maggiore aspecificità quando viene eseguita su siero inattivato.

Tuttavia nella quasi totalità dei casi concordanza dei risultati ottenuti praticando la I.R. su sangue totale con quelli ottenuti dalle reazioni effettuate come controllo, tanto che nella grandissima maggioranza dei casi, grazie alla esecuzione della R.I. su sangue totale potevamo prevedere sin da 10' dopo il prelevamento quale sarebbe stato il risultato delle altre due reazioni (R.W. e Citochol).



CONCLUSIONI.

In base ai risultati da me ottenuti praticando la reazione di Ide, contemporaneamente alla R. W. ed alla Citochol, su 2128 soggetti (dei quali 596 sifilitici e 1532 non sifilitici) ritengo di poter pervenire alle seguenti conclusioni:

1) Sensibilità specifica: la I.R. ha dimostrato di possedere una sensibilità (60,14 %) lievemente inferiore a quella della Citochol (60,23 %) e molto superiore a quella della R. W. (51,51 %); la I.R. occupa sempre il secondo posto nella graduatoria di sensibilità delle va-

rie reazioni anche nei diversi stati della sifilide ad eccezione della sifilide terziaria nella quale è risultata al 3° posto (61,70 %) dopo la Citrochol (65,96 %) e la R. W. (63,33 %) e della sifilide primaria nella quale è risultata al primo posto (67,31 %) a breve distanza dalla R.W. (63,46 %) che in queste due forme di sifilide ha dimostrato di possedere una elevata sensibilità; infine nella sifilide secondaria I. R. e Citrochol hanno dimostrato una quasi eguale sensibilità (I.R. 90,29 %, Cit. 91,26 %), lievemente superiore a quella della R. W. (88,35 %).

Analogamente a quanto è stato osservato per le altre flocculazioni oltre ad una sensibilità superiore a quella della R.W., la I.R. ha dimostrato una maggiore resistenza a scomparire nei sifilitici in cura; tale persistenza di positività 58,33 % è lievemente superiore a quella della Citrochol (55 %) ed è più che doppia di quella della R. W. (26,27 per cento).

2) Sensibilità aspecifica (aspecificità): nei confronti dell'aspecificità la R. I. ha rivelato una positività aspecifica del 0,85 %, e pertanto minore di quella posseduta dalla Citrochol (1,44 %), mentre la R. W. è risultata sempre strettamente specifica.

3) Anche nel corso delle mie ricerche la esecuzione della Reazione di Ide su sangue *in toto* si è dimostrata la migliore e ritengo pertanto che sia la più consigliabile sia per la estrema rapidità di esecuzione e di lettura che per le ovvie ragioni tecniche.

4) Per quello che riguarda le variazioni della sensibilità colle varie tecniche (allestimento su sangue totale, su siero attivo e su siero inattivato) nella quasi totalità dei casi presi in esame ho avuto piena concordanza dei risultati fra i vari modi di allestimento, solo in pochi casi ho ottenuto un risultato positivo soltanto su sieri inattivati.

Questa maggiore sensibilità su siero inattivato si accompagna ad un lieve aumento dell'aspecificità.

5) Per quanto risulta dalla mia personale esperienza credo sia preferibile minuti primi e praticare la lettura ad occhio nudo senza alcun mezzo ottico di rinforzo.

6) Per i suoi pregi di estrema semplicità di tecnica, rapidità di esecuzione e di lettura, uniti gli essenziali requisiti di alta sensibilità e buona specificità la R. I. rappresenta un metodo sierodiagnostico semplice e pratico che ci permette di avere in pochi minuti se non la matematica certezza almeno il fondato sospetto di una infezione luetica. La reazione di Ide permette, con le dovute cautele ed eccezioni, un largo impiego dell'esame sierodiagnostico anche all'infuori dei laboratori specializzati, al letto stesso dell'infermo ed in ambulatorio essendo per la sua estrema semplicità di tecnica e materiale alla portata di ogni medico che possieda le più elementari nozioni di tecnica di laboratorio. La reazione di Ide è talmente rapida da permettere la lettura dei risultati appena 10' dopo il prelevamento del sangue e richiede solo una goccia di sangue. Perciò rende possibile una sempre maggiore estensione della ricerca dei luetici anche nei casi nei quali finora era spesso impossibile praticare l'esame sierodiagnostico per difficoltà inerenti alla necessità del prelevamento del sangue per mezzo della puntura venosa (medicina delle assicurazioni vita, pediatria, ecc.) od all'eccessivo dispendio di tempo richiesto dalla esecuzione delle sieroreazioni (pratica delle assicurazioni vita, casi di urgenza come trasfusioni di sangue, ecc.). La I.R. quindi può contribuire efficacemente e ridurre sempre più il numero delle infezioni sifilitiche ignorate o taciute e pertanto sfuggenti al controllo medico. Specialmente in questi

casi la I.R. può riuscire molto utile anche se si voglia considerarla soltanto come segno di presunzione per una immediata diagnosi di orientamento perchè, data la sua elevata specificità, in casi di reazione positiva anche debole saremo indotti per lo meno ad approfondire l'indagine praticando un completo esame sierologico ed usando la R.W. ed altre reazioni.

7) Naturalmente la reazione di Ide, come del resto le altre reazioni di flocculazioni più note ed usate per sensibilità e specificità, non è oggi in grado di sostituire senz'altro la R. W. e venire usata da sola come metodo di elezione capace di assumersi totalmente la grave responsabilità di una diagnosi sierologica di sifilide. Ritengo anzi utile, eseguire la I.R. accanto alle altre sieroreazioni già convalidate da una lunghissima ed universale esperienza, onde meglio controllare ed avvalorare i reperti positivi.

8) Per quello che riguarda la esattezza dei risultati la reazione di Ide presenta un inconveniente comune a tutte le reazioni di flocculazione e che bisogna ben conoscere e tener presente onde evitare che, come è già avvenuto per le altre flocculazioni accessibili per la loro estrema semplicità anche ai meno esperti nella tecnica di laboratorio, la reazione venga non correttamente eseguita ed erroneamente interpretata con conseguenti gravi errori nei risultati. La I. R. come tutte le flocculazioni è una tipica sieroreazione rapida e presenta un optimum di proporzioni fra antigeni e siero in esame che costituisce l'estremo limite della sensibilità specifica: perciò, anche in considerazione della minima quantità di siero usata, la reazione va eseguita attenendosi scrupolosamente alle istruzioni tecniche onde evitare che a causa di un difetto di tecnica anche lieve nel quale si sia incorsi durante l'al-

lestimento della reazione stessa o di circostanze ambientali sfavorevoli (ambienti polverosi, ecc.) si possa cadere nell'aspecificità, compromettendo gravemente la esattezza dei risultati.

9) Tenendo conto di queste condizioni essenziali per ottenere risultati corretti la I.R. può essere considerata, tra i vari metodi di flocculazione sinora usati, come dotata di notevolissima sensibilità e buona specificità e può quindi venire utilmente impiegata nella pratica a fianco delle altre flocculazioni; inoltre per la sua estrema semplicità di tecnica e rapidità di esecuzione e di lettura merita la preferenza su tutte le altre flocculazioni nei casi di urgenza, quando sia necessario poter disporre di una diagnosi sierologica rapida anche a solo scopo di orientamento diagnostico.

BIBLIOGRAFIA

- M. BARTOLOZZI, « Rinascenza Medica », ann. XIV, n. 9, maggio 1937.
 M. BIASIOTTI, « Assistenza Sanitaria », 1938, n. 2.
 BÖHME, « Klin. Wochenschrift », 1937, n. 7.
 CHEVIK, « Arch. Med. Inf. Hosp. Gargia », 1932, n. 3.
 DAHR P., « Deutsch Med. Wochenschr. », 1934, p. 94; « Munch. Med. Wochenschr », 1934, p. 1723.
 F. FERRAIOLI, « Giornale di Medicina Militare », fasc. 1, 1939-XVII.
 GUO, « Deut. Med. Wochenschrift », 64, n. 19, 1938.
 HONDA, « Kumamoto Igaku Zasshi », aprile 1937.
 IDE « Klin. Wochenschrift », 1936, n. 27.
 IDE, « Annales des Maladies Vénériennes », 1937, n. 5.
 M. QUISUMBING, « Journal of the Philippine Islands Medical Ass. », vol. 16, ottobre 1936.
 RONDONI, « Rassegna Clinico Scientifica IBI », 1, 1931.
 F. ROSTI, « Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia », fasc. IV, 1937-XV.
 F. ROSTI, « Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia », fasc. III, 1938-XVI.
 VIGANÒ, *Reazioni Biologiche*, ed. Ist. Sieroterapico Milanese, 1934.

PRIME ESPERIENZE SU UN NUOVO METODO COLORATO DI MICROCITOCHOL

Dott. GIUSEPPE CURIONE

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

Da qualche anno si vanno diffondendo in Italia e all'estero microreazioni sierologiche per la diagnosi della sifilide, le quali alla specificità uniscono la rapidità dell'esecuzione.

E' nel campo delle reazioni di flocculazione che tali micrometodi si sono diffusi e questo trova la sua spiegazione in meccanismi di indole chimico-biologica nettamente differenziabili dalla reazione classica della deviazione del complemento.

Numerosi sono stati gli autori che si sono interessati e hanno studiato tali micrometodi e sorvolando sulle varie esperienze da essi eseguite, data la brevità della mia nota, dirò soltanto che i metodi seguiti da Chediak, da Ritz, da Cantani, da Cusilli, ecc. pur essendo dei micrometodi, sono di esecuzione non semplice e richiedono oltre una certa pratica nella interpretazione dei risultati, tutta una attrezzatura adatta di laboratorio, centrifuga, bagnomaria, camera umida, ecc. per cui queste reazioni diventano di difficile attuazione sia dal medico pratico sia nel campo assicurativo in cui necessita alcune volte una pronta e attendibile risposta nello spazio di pochi minuti.

Tra tutte le microreazioni oggi in uso va eccettuata la reazione cromatica di Ide la quale introdotta nel 1935 si è diffusa perchè pur richiedendo una speciale vetreria è di facilissima esecuzione e di ancor più facile lettura.

Il dott. Biasiotti dell'I. N. A., come ha ampiamente dimostrato sul prece-

dente numero di questa rivista, avendo studiato la reazione Ide su larga scala, e con numero non indifferente di luetici (circa 1000 casi) è venuto alla conclusione che tale reazione merita ogni considerazione e la più larga diffusione.

Ripensando ad essa e seguendo l'esempio e l'incitamento che ogni giorno ci viene dal Prof. Romanelli per il maggior sviluppo del servizio sanitario io e il collega Dott. Andreucci abbiamo voluto ricercare una reazione che niente togliendo il merito alle altre si potesse praticare con facilità, rapidità, e senza fare uso ne di una vetreria speciale ne di una antigene che ci venisse da altri paesi.

Nelle nostre prime esperienze abbiamo usato l'estratto originale di colesterina di H. Sachs e E. Witebsky comunemente usato per la reazione di Citochol; tale antigene è stato da noi prima usato non colorato, in seguito debitamente modificato mediante l'aggiunta di una sostanza colorante (ble di metilene, violetto di metile, fucsina) e lasciato in riposo per 15 giorni. Tale antigene che conserva la sua attività anche dopo vari giorni può essere usato su siero fresco, su siero riscaldato per 5 minuti e su sieri inattivati per 20 minuti; dico subito che i risultati sono stati nelle varie determinazioni uguali gli uni agli altri.

Aggiungo che l'antigene di Citochol può essere al momento dell'uso colorato con minime quantità di ble di metilene dando identici risultati. La tecnica da

noi eseguita per praticare questa reazione è delle più semplici. E' necessario disporre di un comune vetrino da orologio e di una provetta per la diluizione dell'antigene, dell'antigene da noi modificato, e di qualche pipetta.

Si preleva dal paziente mediante puntura del polpastrello del dito o del lobo dell'orecchio qualche goccia di sangue che si raccoglie in un tubo capillare. Si aspetta che sieri e non appena si sarà separato una goccia di siero o di plasma si lascia cadere nel vetrino da orologio; a tale goccia si aggiungono subito due gocce di antigene diluito ad un terzo con soluzione fisiologica (soluzione di gr. 0,85 % di cloruro sodico) e s'imprimono al vetrino dei movimenti rotatori.

Dopo un minuto di tale rotazione si notano in caso di positività delle granulazioni bleu che si depositano in parte anche ai margini della goccia mentre il restante liquido si chiarifica; continuando l'agitazione ancora qualche minuto le granulazioni si agglutinano in masse più evidenti facilmente visibili anche a profani o a chi abbia scarsa pratica nella lettura delle agglutinazioni.

Il siero negativo resta uniformemente torbido e senza granulazioni.

Aggiungerò che è necessario protrar-

re il tempo di agitazione nei casi in cui si agisce sui sieri freschi mentre tale avvertenza è superflua sui sieri riscaldati a 5 minuti o inattivati a 20 minuti poichè la reazione in tali casi è rapidissima.

Dopo le nostre prime esperienze posso dire che i risultati da noi ottenuti in circa 550 determinazioni collimano perfettamente con tutte le altre reazioni comunemente usate presso i laboratori centrali dell'I. N. A. (Wassermann, Meinicke, Kahn, Citochol, Ide), e mi è dato concludere che considerata la semplicità dell'esecuzione; la specificità di essa e la facilità nella interpretazione nei risultati è nostro intendimento continuare l'esperienze estendendole ad un numero sempre maggiore di casi nella speranza di apportare un nuovo contributo alla tecnica sierologica per la diagnosi tempestiva della affezione luetica.

Ritenendo inoltre che nel campo assicurativo è di somma importanza lo svelare la lue ignorata, o comunque taciuta, con metodi rapidi e con prelievi semplici e indolori di alcune gocce di sangue la diffusione di questa reazione può appor- tare notevoli vantaggi per la diagnosi precoce e la esatta valutazione del rischio.

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.

IX RELAZIONE DI CARATTERE MEDICO-ASSICURATIVO

1ª PARTE

Cardiopatie ed affezioni cardio-vascolari

KNUD SECHER

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

Le cardiopatie, *morbus cordis* (M. c.), quale causa di morte devono necessariamente avere una notevolissima importanza nella Statistica delle Società di Assicurazione Vita. Il termine di cardiopatia adoperato per indicare una causa di morte comprende varie affezioni dato che il raggruppamento dei singoli casi può essere del tutto arbitrario. Ad esempio si possono trovare nel gruppo in esame le affezioni seguenti: le vascolari, accompagnate con calcificazioni arteriose, le malattie sifilitiche e le infezioni acute, il marasma senile, l'emorragia cerebrale, le nefropatie. Singolarmente poi ognuna di queste affezioni può essere indicata come causa di morte, a seconda della prevalenza dei sintomi e del criterio del medico.

Per illustrare i dati delle Società, si citano le cifre di HOFFMANN della *Pru-*

dential Insurance Comp. of America dalle quali risulta che su 8408 sinistri 1811 furono dovuti ad affezioni cardiache, cioè il 21,5%; 531 ad affezioni valvolari; 347 ad endocardite; 339 a miocardite; 215 a cardiopatie organiche senza altra diagnosi; 169 ad asma cardiaco e dilatazione del cuore, ecc. Per questa ragione dalle statistiche delle cause di morte non si possono trarre conclusioni attendibili. Un'idea più esatta ci possiamo formare studiando in quale modo venga ripartito il numero dei casi di morte fra i vari gruppi di età e come siano ripartiti i gruppi delle malattie di importanza statistica.

Ciò si può chiarire col materiale delle « Aziende di Stato » in base alle cause di morte negli anni 1901-1925 ad eccezione degli anni in cui inferirono le epidemie di influenza (Tabella I).

	Età fino a 39 anni	Percen- tuale	Età 40 - 64	Percen- tuale	Età 65	Percen- tuale	Totale	Percen- tuale
Morti complessivamente .	1.210	—	3.433	—	2.914	—	7.557	—
Vecchiaia morb. cord. Arteriosclerosi	49	4	667	19	1.188	40,7	1.904	26,5
Morb. cord. Arteriosclerosi .	49	4	666	19	790	27	1.505	19,9
Vecchiaia	—	—	1	—	398	13	339	5,2
Morb. cordis	42	3,4	491	14	474	16	1.007	13,3
Apoplexia cerebri	16	1,3	279	8	400	13	695	9,3
Nephritis chron.	32	2,6	228	6,6	95	3	355	4,8

Da quanto sopra esposto si vede che i gruppi, che comprendono il *Morbus cordis* l'arteriosclerosi e la vecchiaia rappresentano una percentuale non inferiore al 26,5% dei casi di morte. Queste cause di morte si ripresenteranno in seguito in particolari specificazioni. Se si eliminano l'arteriosclerosi e la vecchiaia, si arriva al *Morbus cordis* con una percentuale del 13,3%. Nel gruppo di età più giovane la percentuale è soltanto del 3,4 mentre nei due successivi è del 14 e 16; già nella 2^a classe di età gioca il suo ruolo il giudizio arbitrario. Per es. dipenderà dal caso se un *angina pectoris* debba essere classificata come *Morbus cordis* oppure come arteriosclerosi. Il gruppo *apoplexia cerebri* e *nephritis chron.* coi loro 9,3 e 4,8% subiranno lo stesso criterio, ed i casi si possono esporre in altri gruppi.

Il gruppo più giovane di età presenta soltanto un esiguo quantitativo di casi di morte per cardiopatie, e ciò sta a dimostrare che dopo i primi 5 anni di assicurazione, questo non è più numeroso di prima; da ciò si può dedurre che in questi anni quasi esclusivamente le cardiopatie acute hanno una certa importanza. La visita medica ha avuto un grande significato nella selezione dei rischi, dato che in tutti i casi, nell'accettazione dei rischi, si è trattato di soggetti con cuore normale.

L'interesse assicurativo nelle cardiopatie perciò è maggiore e più intenso al momento dell'accettazione dei rischi. Ci si prospettano tre compiti: 1) stabilire prima di tutto se il cuore dell'assicurando è sano; 2) se eventualmente degli stati morbosi coesistenti potranno influire per il futuro sul cuore. In altri capitoli parleremo di questi stati, i quali, in seguito alla loro influenza sul cuore, hanno un interesse particolare agli effetti assicurativi, per es. nel capitolo sull'altezza e peso (astenia, adiposità), sulle

affezioni polmonari, sulle malattie infettive, sulle affezioni ossee, particolarmente delle ossa del torace, sulle malattie renali, ecc.; 3) il giudizio sul significato di un coesistente *Morbus cordis* ai fini della prognosi lontana.

La grande importanza del primo giudizio relativamente allo stato del cuore impone la necessità di fare uso di tutti i mezzi necessari per fare una diagnosi esatta. In tutti i casi dubbi perciò si richiederà una visita speciale con radioscopia ed elettrocardiografia.

Numerosi sono i candidati che nelle loro dichiarazioni anamnestiche portano a conoscenza che furono riformati per affezione cardiaca. Soltanto un piccolo numero di questi hanno un'affezione organica, e, in conseguenza, è assolutamente necessario in questi casi richiedere una visita medica, in quanto non ci si può accontentare dei soli dati anamnestici.

Tutte le sensazioni soggettive che si collegano al cuore e alla sua funzione richiedono una particolare considerazione, perchè, anche se un esame obbiettivo è negativo, un esame più approfondito, particolarmente una elettrocardiografia, potrà eventualmente scoprire che si sta di fronte ad affezioni di una certa importanza. Questi casi sono citati nelle malattie infettive.

Fra questi sintomi dobbiamo ricordare la dispnea, il cardiopalmo ed in modo particolare quei dolori che sono uno dei sintomi più importanti di una incipiente affezione del miocardio nei soggetti anziani. I dolori nella regione cardiaca ordinariamente non hanno nulla di comune col cuore, essi possono provenire da affezioni muscolari, da intossicazione (tabacco), ecc., però è assolutamente necessario provvedere ad un esame particolare. Dobbiamo ricordare che i dolori che provengono dalle regioni vicine al cuore, particolarmente

dalle articolazioni scapolo-omerale, possono essere il primo sintomo di una grave cardiopatia, la quale può causare la morte repentina.

In uno studio concernente i rapporti tra i dolori cardiaci e la morte improvvisa, LAMBERTH fa risaltare la grande importanza di questo sintomo e dimostra quanto sia grande il numero delle cardiopatie che hanno provocato la morte improvvisa in confronto ai casi di morte per emorragia cerebrale.

Anche nelle categorie di età avanzata è necessario usare una non minore prudenza nell'esprimere un giudizio. RIESMANN ricorda come il logorio degli anni in queste età lasci le sue tracce nelle condizioni del cuore più che il reumatismo e la sifilide. Egli raccomanda di adoperare l'espressione « Miocardosi » per il logoramento del miocardio, il quale in questa età si manifesta in molti casi con la morte istantanea. In questi casi però egli attribuisce una grande importanza anche alla costituzione ereditaria.

Sintomi chiari di una debolezza cardiaca sono i seguenti: affanno, edemi alle gambe, sintomi di una congestione nei vari organi (stasi), ecc. Essi non hanno alcun interesse assicurativo, dato che si sta di fronte a casi che sono così gravi da non poter essere assunti in assicurazione.

Le affezioni cardiache comunemente sono acquisite nel corso della vita, però in casi rari esse possono essere congenite. I gradi più lievi non hanno alcuna importanza per la durata della vita, nei casi più gravi le affezioni cardiache congenite significano sempre uno stato estremamente serio con prognosi cattiva. Per questa ragione esse non sono accettabili in assicurazione.

In alcune cardiopatie si notano condizioni ereditarie accentuate di cui si parla in seguito.

Disturbi cardiaci spesso fanno parte di un complesso di sintomi nevrastenici. WENCKELBACH ha scritto un lavoro dal titolo eloquentissimo: « Cardiopatici che non sono tali ». In assicurazione questi casi devono essere chiariti con un esame completo, particolarmente a mezzo di una elettrocardiografia.

Siccome le cardiopatie nella maggior parte dei casi sono in relazione a fattori esogeni, cioè a cause che derivano dall'esterno, l'ereditarietà comunemente ha una modesta importanza, particolarmente come base di un giudizio relativo all'assicurazione vita.

Le cardiopatie congenite possono essere dovute a disposizioni ereditarie. Circa i vizi valvolari, viene sostenuta la disposizione ereditaria da WEITZ, il quale cita un lavoro di STREBEL, in cui sono esposti esempi di un numero sorprendentemente alto di casi di affezioni valvolari entro la stessa famiglia. WEITZ però fa notare persino l'importanza di un contagio familiare.

Quando GALLI presenta nuove malattie come il « miocardismo » ereditario e dice che la debolezza cardiaca congenita deve essere attribuita al reumatismo, ciò dimostra la difficoltà di applicare la concezione dell'ereditarietà come qualche cosa di importante.

Una esigua capacità di adattamento congenita, che fa parte dell'*habitus asthenico*, può essere dovuta, col tipo costituzionale, a disposizioni ereditarie, però del resto essa ha un'importanza pratica assai modesta.

L'unica cardiopatia in cui le condizioni ereditarie hanno un'importanza notevole è la ipertensione, nella quale la disposizione è dominante. Ci riferiamo al capitolo relativo a questa malattia.

Dalle descrizioni fatte dagli Autori possiamo distinguere i gruppi seguenti per giudicarli più esattamente:

1) Variazioni del volume del cuore.

2) Rumori come espressione di una affezione valvolare e di un' affezione miocardica con essa combinata.

3) Ritmo del cuore e le affezioni miocardiche che sono cause di aritmia.

4) Affezioni coronariche (osservazioni circa l'ereditarietà).

5) Variazioni della pressione arteriosa. Queste formano un argomento a sè, su cui parleremo in seguito in un capitolo a parte.

1) VARIAZIONI DEL VOLUME DEL CUORE. — Possono aversi per adattamento a richieste particolari, come in casi di affezioni valvolari, alterazioni della pressione arteriosa, ecc. Di queste condizioni tratteremo nei relativi gruppi.

Altre volte troviamo descritti dei casi di dilatazione cardiaca come unico reperto medico. Un ingrandimento del cuore può essere dovuto ad una ipertrofia semplice o con dilatazione o ad una dilatazione senza ipertrofia.

La vecchia clinica parlava di ipertrofia cardiaca idiopatica, espressione la quale copre una certa mancanza di cognizioni considerato che l'ipertrofia deve avere sempre una causa.

L'ipertrofia cardiaca può essere dovuta ad alterazioni di altri organi, particolarmente dei reni. L'esame del candidato deve chiarire queste condizioni.

Persino il volume del cuore normale può essere vario, a seconda delle necessità che gli si presentano. Con gli esami radiologici sistematici, si è messa in luce l'influenza del lavoro sul cuore. Gli operai che attendono a lavori pesanti hanno il cuore ingrandito. Ci riferiamo ai lavori di SCHIEFFER, DEDICHEN, BREZINER, ecc. In questi casi ci troviamo di fronte ad una ipertrofia funzionale, oppure, piuttosto, il cuore grande è un sintomo di adattamento e di parallelismo con lo sviluppo del corpo.

Questo stato di cose si fa sentire anche nello sport. Considerando l'individuo non allenato come normale, il cuore fortemente sviluppato in un individuo sportivo fu concepito come una reazione morbosa.

Dalle famose indagini fatte da HENSCHENS circa gli sciatori nel 1899, si è molto studiato per chiarire l'importanza del cuore sportivo. Ci riferiamo a quanto è esposto dall'autore nel « *Idraettens interne Medicin* ». Soltanto qui vogliamo ricordare che lentamente si è cominciato a comprendere che le alterazioni, relative al volume del cuore, notate in qualche uomo sportivo, significano una reazione naturale al maggior lavoro.

Ricordiamo che HERXHEIMER ed altri hanno compilato degli schemi relativi al volume del cuore, in dipendenza della forma sportiva che costituiva la base dell'esercizio. Negli sforzi di maggior durata si notano cuori più grandi che negli sforzi di durata breve.

I risultati notati durante queste ricerche corrispondono ai risultati dell'anatomia comparata, poichè il cuore più grande si trova negli animali i quali sono nella possibilità di correre o volare velocemente. I risultati corrispondono anche alle ricerche sperimentali fatte da KÜLBS, GROBER e da THÖRNER.

Troviamo anche che ABESSER nel 1926 ha riassunto i risultati delle indagini in un'espressione che afferma che « il cuore sportivo è una condizione perfettamente normale ». Questa affermazione viene inoltre confermata dalle ricerche esistenti circa uomini anziani che si occupano di sport, nei quali non si è potuto dimostrare nessuna conseguenza dannosa. Vi sono delle ricerche di JUNDELL, DEDICHEN, HERXHEIMER e BROSE. Lo stesso autore ha eseguito numerose analoghe indagini ed è giunto alle stesse conclusioni, anzi l'autore ha inoltre dimostrato che la ipertrofia causata da

allenamento scomparisce nuovamente quando cessa l'allenamento e se gli animali ritornano ad una condizione di vita più tranquilla.

Naturalmente è difficile procedere in questo caso ad una ricerca della sopramortalità. Nei tentativi fatti da SCHUHMACHER e MIDDLETON e da ANDERSON fu notata una maggiore durata della vita. La difficoltà in queste ricerche va aumentando per il fatto che — come nota STOLSE — si deve contare su di una certa selezione degli individui, cosicchè i migliori sono quelli che si occupano di sport.

Il cuore quindi può, a certe condizioni, reagire ingrossandosi, quale espressione di una sana reazione ad aumentate necessità.

Anche ad altre condizioni fisiologiche il cuore può reagire con un ingrossamento transitorio, per es. durante la gravidanza (JENSEN e NORGAARD).

Comunque un cuore ingrandito richiede un'attenzione particolare e degli esami speciali e precisamente perchè un ingrossamento del cuore può essere la reazione ad uno stato morboso, e in particolar modo ad un'affezione del miocardio. In un lavoro di MUNCK, in base a del materiale di medicina legale, fu dimostrato che in uomini, morti repentinamente di *Morbus cordis*, fu notato un peso del cuore che era in media del 29 % maggiore del peso normale.

Fra tali casi si riscontrano affezioni cardiache molto varie, che rappresentano malattie del miocardio, casi di ipertonia, ecc. Specialmente possono passare del tutto inosservate delle affezioni del miocardio, anzi esse si possono persino sottrarre ad un esame obiettivo. TILGREN e LINDBERG hanno pubblicato una serie di tali « miocarditi latenti ». Ne riparleremo in seguito nel capitolo relativo alle malattie infettive.

Nell'ingrossamento del cuore sinora si

è pensato unicamente all'aumento di peso, però noi possiamo trovarci di fronte ad un ingrandimento senza alcun aumento della massa cardiaca (dilatazione).

La « dilatazione » la possiamo trovare anche quale stato acuto causato da uno sforzo eccessivo del cuore. Eventualmente ci si può trovare di fronte a dilatazioni così importanti e gravi da causare la morte, come è stato dimostrato sperimentalmente dall'autore.

Questi casi richiedono la nostra particolare attenzione, dato che essi in seguito possono causare l'indebolimento del miocardio. In questi casi, come negli altri casi di affezioni al miocardio, si deve provvedere ad un esame scrupoloso prima di esprimere un giudizio.

Oltre all'aumento di volume del cuore al di là dei limiti normali si possono trovare in certi casi dei cuori che sono più piccoli del normale. Nel parlare del sottopeso abbiamo ricordato questi casi, raccolti sotto la denominazione di « astenia ». Essi non hanno una particolare importanza per l'assicurazione; essi devono essere giudicati assieme alle condizioni generali e comunemente in base al sottopeso che presentano.

2) GIUDIZIO CIRCA I RUMORI. — Diverse affezioni cardiache si manifestano per es. con una alterazione dei toni cardiaci normali cioè con rumori. Si tratta in modo particolare di affezioni valvolari nelle quali questi rumori sono dei sintomi importanti.

Anche quivi però vi sono dei passaggi dal normale al veramente patologico, cosicchè nel singolo caso può essere difficile decidere di quale malattia si tratti, come si nota anche nelle dichiarazioni dei medici. Particolarmente nei soggetti giovani queste alterazioni dei toni cardiaci possono essere molto frequenti nella forma di rumori sistolici ed in mi-

gliaia di casi — come sostiene WENCKEL-BACH — viene fatta diagnosi di cardiopatia quando effettivamente non ve n'è nessuna ragione.

L'importanza di questi rumori per l'assicurazione dipende in gran parte dalla loro frequenza, e sono necessari ripetuti esami di controllo.

La frequenza dei rumori sistolici è varia. EHRET per es. ha notato dei rumori nel 7,5 % dei soldati, mentre TRENDEL ha notati nel 76 %. KAMINER e DA SILVO notarono dei rumori nell'80 % dei volontari. Quale fenomeno casuale POTAIN li notò negli adulti nel 6,9 % negli uomini e nell'11,5 % nelle donne. Nei bambini si notano spesso dei rumori. MÜLLER 20 %, BEYER 40,5 %, LÜTHJE 75 %.

Queste cifre molto differenti sono una espressione della differenza nei vari giudizi degli esaminatori. Oltre ai rumori puramente sistolici spesso si trova nelle dichiarazioni del medico un giudizio non sicuro. Si trovano le seguenti espressioni: estensione del primo tono, leggera impurità, lieve rinforzo dei toni, sdoppiamento leggero.

Queste variazioni del 1° tono non hanno nessuna importanza quale espressione patologica. Esse devono essere giudicate secondo le attuali condizioni sanitarie del candidato (vedi sotto), secondo la sua costituzione, secondo la localizzazione dei rumori, ecc. La variazione del volume oppure della forma del cuore può conferire ad un rumore sistolico un significato più importante.

Talvolta possiamo notare in soggetti giovani anche dei casi con accentuazione del tono sopra l'arteria polmonare. Nè questo rilievo — come fenomeno isolato — suole avere importanza patologica, come lo dimostrano successivi esami di tali assicurati.

Se il medico esaminatore crede di non poter giudicare con certezza i fenomeni quivi indicati, sarà necessario rinviare

il candidato ad un esame specialistico.

Ciò si verificherà particolarmente quando dai dati anamnestici del candidato risulterà che egli ha superato delle malattie, specialmente febbre reumatica, endocardite ecc. le quali possono costituire il fondamento di affezioni valvolari. Le affezioni valvolari sviluppatesi per questa ragione sono caratterizzate appunto in molti casi da rumori sistolici (insufficienza mitralica). L'importanza di queste affezioni per l'assicurazione aumenta con la loro tendenza alla ricaduta. La prognosi della endocardite acuta è in sè molto seria; questa malattia però, per il suo carattere acuto, non ha nessuna importanza assicurativa, dato che non vengono presentate delle proposte in relazione a malattie acute. L'endocardite superata richiede però, nel caso di accettazione, prudenza, in parte, come dicemmo, per il rischio della recidività, il quale rischio richiede nei primi anni dopo la malattia, l'applicazione di un notevole aumento-premio, e in parte per il rischio delle malattie che possono derivarne, che si manifestano specialmente con le affezioni valvolari che causano rumori di cui sopra.

I rumori di carattere diverso da quello sistolico ordinariamente sono sintomi di effettive affezioni cardiache e quindi devono essere giudicati in conseguenza.

Le cause delle varie affezioni valvolari fanno luce sull'importanza dei dati forniti dai candidati circa le malattie precedenti. Però dobbiamo far notare che, quando si parla di affezioni valvolari, si deve tener conto anche di possibili lesioni del miocardio, come appunto è stato fatto notare particolarmente da HOLST. Le indagini elettrocardiografiche hanno illuminato particolarmente questo punto. Su questa materia tratteremo in seguito nel capitolo relativo alle malattie infettive. Questo rilievo è relativamente nuovo e in conse-

guenza le vecchie statistiche che trattano il verificarsi e la prognosi delle malattie cardiache perdono in certo qual modo la loro importanza. Comunemente in queste si parla soltanto di vizi valvolari puri.

Ciò dimostra che l'interesse per i momenti etiologici relativi alla genesi delle affezioni valvolari e delle affezioni cardiache in generale si concentra su poche malattie. STONE scrive per es. che il 90 % di tutte le cardiopatie si deve attribuire alla febbre reumatica, all'ipertonia, all'arteriosclerosi e alla sifilide. Quindi particolarmente la presenza di queste affezioni nella vita dell'assicurato è un elemento che merita attenzione.

Dalle numerose statistiche vogliamo raccogliere alcune cifre che mettono in evidenza l'importanza di questi elementi particolarmente interessanti per l'assicurazione.

NORGAARD ha trovato come causa nei soggetti che in Danimarca ricevono una rendita per invalidità, il reumatismo nel 20,3 %, la sifilide nel 7 %, l'influenza nel 5 % e la chorea nel 2 %.

CAMPBELL e SCHADE hanno raccolto 300 casi di affezioni valvolari aortiche, delle quali 200 dovute a reumatismo, 55 a sifilide, 20 ad arteriosclerosi. Il materiale di PERRYS comprende 2680 casi di malattie di cuore, di cui l'1 % erano congenite. Il reumatismo fu trovato nel 16,5-50 % sia nel materiale proveniente dalla campagna che in quello proveniente dalla città. L'endocardite nel 0,6-5,6 %. La sifilide nel 6,5 %, la tireotossicosi nel 10,7 %. Malattie dei vasi e ipertensione nel 31,8 %. WERNER ha trovato in 100 casi di affezioni cardiache scompensate, nel 45 % segni di infezioni reumatiche e manifestazioni articolari nel 75 % del materiale anatomico patologico (sezione cadaverica). WERNER ha messo in evidenza l'importanza delle

malattie da raffreddamento per l'insorgenza di queste malattie di cuore.

Dalla raccolta del materiale europeo fatta da KÜLBS si conosce quanto segue: UHLENSBRUCK ha raccolto 500 casi di sicuri vizi valvolari le cui cause sono: reumatismo articolare e eritema nodoso nel 52,2%; altre malattie infettive nel 15%; sifilide nel 9,6%; arteriosclerosi nel 6,2%. Nel materiale riportato da ROMBERG (secondo MENGEL) composto di 670 casi, i 3/4 di essi erano prodotti da endocardite, di cui il 58 % per febbre reumatica, 1,2 % per chorea. La clinica di Basilea (FATIANOFF) dà i seguenti dati: il 13 % arteriosclerosi, 46,7 % reumatismo articolare, 13,7 % malattie infettive. HILDEBRANDT trova: 42,6 % reumatismo; 2 % chorea; 12,4 % malattie infettive.

Queste cifre dimostrano quale sia la importanza di malattie come la febbre reumatica e la sifilide per lo sviluppo delle cardiopatie, particolarmente delle affezioni valvolari. Del tutto differente da queste cifre è una statistica di KATZ, secondo la quale soltanto il 4,8 % si deve attribuire alla febbre reumatica, mentre il 41 % si nota nell'influenza e nell'angina.

Se vi sono dei dati anamnestici che dicono che il candidato fu affetto da queste malattie e particolarmente da febbre reumatica con complicazioni cardiache, in tal caso anche i rumori deboli dovranno attirare l'attenzione ed eventualmente si dovrà richiedere una speciale ricerca la quale non soltanto dovrà tener conto della possibilità di affezioni valvolari, bensì dovrà anche badare alla possibilità di affezioni del miocardio (elettrocardiogramma).

Se ricerchiamo quali sono le affezioni valvolari che si presentano con maggiore frequenza, potremo citare, secondo KÜLBS, le cifre seguenti:

	% Guttman	% Schmitt	% Gerhardt	% Uhlen- bruch	% Hirsch- felde
1) Insufficienza mitralica	38,6	35,2	18,5	33 -	29 -
2) Stenosi mitralica	21,1	4,8	7 -	21,2	—
3) Insuff. mitralica più stenosi	6,4	17,6	33,2	12,2	—
4) Insufficienza aortica	18,4	12,4	10,3	13,4	22 -
5) Insuff. aort. più insuff. mitral	3,8	5,2	23,6	8 -	—
6) Stenosi aortica	—	—	7,4	—	—
7) Resto	8,6	24,8	—	9,6	—

Come si può vedere dalla ripartizione percentuale dei casi, le cifre sono abbastanza varie, a seconda del punto di vista dei vari autori; nel complesso esse dimostrano la grande importanza delle affezioni mitraliche. Dobbiamo far rilevare che nella maggior parte dei casi con ogni probabilità si deve contare su di una combinazione di insufficienza e stenosi. In secondo luogo seguono le affezioni aortiche. Circa questi rapporti ci riferiamo ad un prospetto più numeroso di WARBURG.

Per l'assicurazione è di grandissima importanza sapere in quali categorie di età si presentano queste affezioni. Secondo KÜLBS si possono citare le seguenti cifre percentuali nei vari gruppi di età di tre autori:

Età	Schmitt	Guttman	Uhlen- bruch
0 - 10	1,4	5,2	2,6
10 - 20	15,4	18,8	34,9
20 - 30	28,6	23,2	27,5
30 - 40	17,6	22,5	11,5
40 - 50	17,6	17,1	11,8
50 - 60	11,8	8,9	8 -
60 - 70	6,2	3,7	3,8
70 - 80	1,4	0,6	0,7

Da quanto sopra esposto risulta che le infezioni reumatiche hanno importanza in età giovane mentre nella età avanzata hanno particolare importanza la sifilide e l'arteriosclerosi come causa di cardiopatia.

Grazie alle cure moderne, le malattie sifilitiche dell'app. cardiovascolare sono meno frequenti. SPRAGUE e WHITE informano per es. che da un materiale rac-

colto negli ospedali americani su 51.875 pazienti degli anni 1900-1909 vi furono 113 casi di aneurisma aortico cioè il 0,2%. Nel periodo 1924-31 su 7518 pazienti si segnalano 61 casi cioè 0,08%. Siccome però le affezioni cardiache ed anche altre malattie possono originarsi dalla sifilide, i candidati con sifilide dopo il 35° anno di età non possono essere accettati senza visita medica.

3) IL RITMO DEL CUORE. — Attraverso l'osservazione del ritmo in molti casi si può avere il sospetto che si presenti eventualmente un *Morbus cordis*. Spesso una alterazione del ritmo è l'unico sintomo il quale impone delle ricerche profonde particolarmente elettrocardiografiche.

Anche in condizioni normali possiamo notare un ritmo sorprendentemente lento, cioè nei casi in cui noi stiamo di fronte a soggetti forti, che si vanno allenando. L'autore ha trovato, in queste condizioni, una frequenza fra 40 e 60.

La tachicardia, persino in stato di riposo, dovrà essere seguita molto attentamente, però essa effettivamente non suole aver altro significato che quello di nervosità. Se del resto dall'esame non risulta nulla di anormale e se nell'anamnesi non si trova nessun punto di relazione con qualche cardiopatia, alla tachicardia non si suole conferire nessuna importanza particolare. Ricordiamo che nella *Medico-actuarial-Mortality Investigation* vi è una statistica secondo la quale una tachicardia di 90-100 diede

una sopra-mortalità del 170% ed una tachicardia di oltre 100 diede 205%. HUNTER e REGER hanno notato, in una tachicardia di 90-100 una sopra-mortalità del 155% ed una tachicardia superiore a 100 del 250%. HOFFMANN ha trovato il 172% per la tachicardia di 90-100.

Gli attacchi di tachicardia parossistica si verificano comunemente fra i 20 ed i 40 anni ed essi possono verificarsi senza che vi sia nulla di anormale nel cuore. In questi casi gli attacchi non sogliono avere nessuna influenza sulla durata della vita. Essi possono essere notati anche in seguito ad alterazioni del miocardio, particolarmente dopo una infezione reumatica, in seguito ad una dilatazione o stenosi mitralica.

E' necessario esaminare il soggetto, per giudicarlo con maggiore esattezza, con elettrocardiografia. Persino nei casi in cui non si può dimostrare nulla di anormale, si dovrà applicare un sopra-premio proporzionato al rischio determinato da tachicardia parossistica.

Due forme di aritmia sono di nessuna importanza. La prima è la « aritmia respiratoria » la quale da MACHENZIE è stata definita come aritmia del bambino. Questa si presenta particolarmente in soggetti giovani ed è caratterizzata da un aumento di frequenza delle pulsazioni durante l'inspirazione e da una rarefazione durante l'espiazione. Questa forma di aritmia la si trova spesso dopo malattie infettive, però non soltanto essa non è un sintomo di affezione miocardica, bensì deve piuttosto essere concepita come un sintomo che il miocardio non è danneggiato. L'esistenza di un'aritmia respiratoria non richiede nessun esame particolare.

La seconda forma di aritmia è la « estrasistolìa ». Questa forma di aritmia si può verificare, senza che del resto il cuore sia ammalato, ed essa può

verificarsi in soggetti nervosi. Può benissimo accompagnare il soggetto per tutta la vita, quando questi faccia abuso di tabacco, ecc. WENCKEBACH cita un esempio col quale si dimostra che l'ablazione della cistifellea ha avuto per conseguenza la scomparsa di una estrasistolìa. MATTHES notò lo stesso fenomeno dopo una appendicectomia. PAL accenna all'importanza degli organi addominali in rapporto all'extrastolìa. Questi esempi dimostrano l'influenza di alcuni organi sul cuore stesso. SMITH cita come fattore etiologico una serie di intossicazioni: caffè, thè cacao, aspirina, stricnina, ecc. ed egli concepisce queste condizioni come espressione di maggiore irritabilità del miocardio.

Perciò se all'atto dell'esame del candidato si notano delle estrastolìe, ciò non impedirà l'accettazione a premio normale. In molti casi si devono richiedere però degli esami particolari (elettrocardiogramma), dato che talvolta la estrastolìa può presentarsi quale sintomo di affezioni miocardiche. Si richiede però sempre un esame quando nell'anamnesi si presentano delle informazioni relative ad infezioni. BOAS e LEVY recentemente hanno fatto notare come l'extrastolìa nelle malattie infettive accenni ad un peggioramento di qualche affezione miocardica e come anche una estrastolìa auricolare possa essere il sintomo precursore di una vibrazione dell'atrio. PEEL dà alla estrastolìa importanza di sintomo, dato che essa si verificherebbe con maggiore frequenza nelle affezioni cardiache che in assenza di esse.

Oltre a queste due forme di aritmia abbiamo il vasto complesso di aritmie le quali hanno importanza grandissima quali sintomi di affezioni miocardiche. Parleremo in seguito della loro importanza per la prognosi.

Il giudizio relativo alle forme di aritmia deve fondarsi anche sugli altri dati derivanti dall'esame obbiettivo del cuore: alterazioni di forma, rumori.

4) Oltre alla alterazione diffusa del miocardio, che avviene in seguito all'arteriosclerosi, si presentano delle affezioni serie le quali vengono raccolte sotto il nome di *angina pectoris*, di trombosi dei vasi coronari.

Come vedremo subito, la prognosi di queste malattie è talmente seria da rendersi assolutamente necessaria una diagnosi sicura. Per i casi accentuati, la diagnosi non presenta nessuna difficoltà.

E' assolutamente necessario sottoporre questi casi ad un'attenzione particolare. Come fu dimostrato da SCHERF e GOLDHAMMER, è possibile nei casi iniziali determinare con ricerche ecgrafiche le alterazioni che sono caratteristiche in queste malattie.

Molti, senza saperlo, possono avere lesioni coronariche e queste malattie possono causare in tal caso la morte repentina.

Le cause di morti istantanee si devono ricercare in grandissima parte nelle cardiopatie. MUNCK cita che ABERG fra 7850 casi di morti istantanee nel 75% delle stesse ha notato quale causa di morte cardiopatie e malattie dei grandi vasi. MUNCK ha trovato su 242 casi 130 casi di cardiopatie e questi casi furono osservati subito dopo la morte. Le cause di morte furono in 74 casi malattie delle arterie coronarie con le loro successioni morbose, in 15 casi affezioni miocardiche, in 8 casi affezioni delle valvole cardiache e in 33 casi malattie sifilitiche del cuore e dei vasi.

Questi reperti dimostrano la gravità delle affezioni coronariche e come tali rischi non possano essere accettati anche se si possono citare molti casi di lunga sopravvivenza.

Su 153 casi, VIKO ha osservato che, dopo attacchi anginosi, la metà muore prima di un anno. EPPINGER e LEVINE hanno esaminato 141 casi, 111 negli uomini e 30 nelle donne. Il primo attacco si è verificato negli uomini in media all'età di 56 anni, nelle donne all'età di 58 anni. La sopravvivenza fu per gli uomini di 4-6 anni e per le donne di 4-5 anni.

Questo periodo di sopravvivenza corrisponde esattamente alle osservazioni ricavate di WHITE e BLAUD sulla base di 500 casi di *angina pectoris*; essi ebbero dal primo attacco una durata di vita di 4,9 anni.

WEDD e SMITH hanno trovato che l'età media in cui ha inizio la malattia corrisponde a 57,5 anni e l'età media alla morte a 63,3 anni.

Da ciò vediamo che nella sclerosi coronarica dobbiamo contare su di una durata media di vita molto breve. Nella trombosi coronarica la prognosi è seria come per l'*angina pectoris*. Sembra però che quivi si presentino delle forti oscillazioni individuali dato che il paziente spesso può vivere discretamente a lungo quando egli abbia superato il primo attacco.

WARBURG riferisce i seguenti risultati di MACKENZIE, WHITE, PARKINSON e BELFORD:

MACKENZIE: 9 vissero meno di un anno; 1 visse 1-2 anni; 1 visse 2-3 anni; 4 vissero 3-4 anni; 1 visse oltre 12 anni.

WHITE segnalò 32 morti con una durata media di vita, dopo l'attacco, di mesi 15 e mezzo. 30 vissero per un periodo medio di mesi 24 1/2. La durata media di vita è stata di mesi 20.

PARKINSON e BELFORD: 12 morirono entro 1 mese; 11 dopo 1-6 mesi; 7 dopo 6-24 mesi; 1 dopo anni 11 1/2. 31 morirono dopo una sopravvivenza di mesi 6; dei sopravvissuti 5 vissero oltre i 5 anni; 9 vissero 2-5 anni; 19 vissero

1-2 anni; 10 vissero 6-12 mesi; 20 vissero 1-16 mesi; 2 vissero meno di 1 mese.

WILLIUS presenta un materiale di 370 casi. Il 71,6 % dei pazienti aveva l'età di anni 50-70; nessuno aveva meno di trenta anni, l'1,6 % aveva 30-40 anni, il 17 % 40-50 anni. Nell'80,3 % si era avuto un solo attacco, nel 17 % due attacchi, nel 2,2 % tre attacchi e nel 0,5 % 4 attacchi. In tutto i morti erano il 53,3 %. Tra questi quelli che avevano avuto più di un attacco erano in numero maggiore. Dei pazienti ancora viventi il 42,6% dichiarò di sentirsi bene, il 23,1 % viveva in uno stato di minorazione, il 28,9 % ebbe degli attacchi di *angina pectoris*, il 3,6 % presentava debolezza del circolo e l'1,8 % fenomeni cerebrali.

WHITE e BLAND, in base a 200 casi, contano su di una durata media di vita di 2-4 anni. WHITE però parla di un uomo il quale nel 1933 è morto all'età di anni 80 di apoplezia. 17 anni prima quest'uomo aveva avuto un attacco di trombosi delle coronarie e all'età di 73 anni era andato in montagna senza alcun disturbo. L'infarto fu comprovato all'atto dell'autopsia.

Per l'assicurazione le trombosi coronariche non hanno una grande importanza, dato che, nell'insieme, si tratta di pazienti anziani. CHRISTENSEN segnala per es. un'età media di 64,4 anni, cita però nello stesso tempo un caso di anni 39.

E' difficile indicare la prognosi del grande gruppo delle cardiopatie a causa delle numerose variazioni e combinazioni. Sinora abbiamo parlato della prognosi relativa alle malattie cardio-vascolari. LEWIS presenta le seguenti domande, che possono essere prospettate per gli ammalati di cardiopatie:

1) La durata probabile della vita è normale?

2) Può il paziente sperare di vivere molti anni?

3) Può il paziente sperare di vivere un dato numero di anni, 10 oppure più, o meno?

4) Il candidato potrà vivere soltanto pochi anni?

5) Può essere calcolata la durata della vita, in mesi o con riserva in un anno o anche due?

6) E' il paziente in immediato pericolo?

LEWIS risponde nel modo seguente ad alcune delle domande poste:

PROBABILITÀ DI VIVERE MOLTI ANNI: Vizi valvolari in soggetti giovani con modesti o piccoli sintomi di aumento del volume cardiaco e con buon funzionamento nel caso di sforzi.

PROBABILITÀ DI VIVERE UNA SERIE DI ANNI (circa 10): Dolori dopo sforzo. Aumento della pressione arteriosa, o lieve aumento di volume del cuore con buona funzione. Vibrazioni nell'orecchietta con o senza vizi valvolari, modesto aumento di volume e buon funzionamento. Modesto ingrandimento con o senza vizi valvolari, soltanto con buon funzionamento.

PROBABILITÀ DI VIVERE POCHI ANNI (3-6): Dolori in seguito a sforzi oppure durante passeggiate brevi. Aortite sifilitica, aumento della pressione arteriosa con discreta ipertrofia oppure dolori. Ipertrofia notevole oppure lieve ipertrofia con cattivo funzionamento. Vibrazioni dell'orecchietta e aumento di volume discreto. Affezioni con fenomeni da stasi.

PROBABILITÀ DI VIVERE FORSE 2 ANNI: Notevolissima ipertrofia. Aumento della

pressione arteriosa con asma cardiaco. Stasi non influenzabile oppure assieme ad una aortite sifilitica, oppure aumento della pressione arteriosa accompagnato da dolori oppure conseguenze di trombosi coronarica.

RISCHIO IMMEDIATO: Edema polmonare, trombosi coronarica recente, sindrome di Adam-Stokes, aneurisma, stato anginoso, forti alterazioni con stasi non influenzabile.

Come risulta da quanto sopra esposto, LEWIS conferisce importanza notevole alle condizioni del miocardio in rapporto ai risultati che derivano dagli esami elettrocardiografici. Contrariamente a questa opinione, troviamo che nelle statistiche di una volta l'importanza si dava ai vizi valvolari.

Sulla scorta di un materiale raccolto da diverse società di assicurazione Vita e da diverse Casse per malattie, KRETSCHMANN conta su di una durata media di vita per cardiopatici di 10 anni. Egli cita delle vecchie ricerche di BROADBENT, il quale suggerisce fra l'altro le direttive seguenti per alcune cardiopatie: stenosi aortica; età media al momento della morte anni 40. Per l'insufficienza aortica acquisita nell'età più avanzata, la prognosi è buona. L'insufficienza mitralica può dare una lunga sopravvivenza. Nella stenosi mitralica l'età media alla morte è di 37-38 anni per le donne e 33 anni per gli uomini. Nelle affezioni miocardiche si trova una durata di vita di 1-2 anni.

Le ricerche di PLESCH relative alla mortalità nei casi di vizi valvolari sono raccolte nella tabella sotto esposta. Da ciò vediamo che la mortalità aumenta uniformemente, per culminare all'età di 46-50 anni. Ed allora si vede che può trascorrere una serie relativamente lunga di anni, prima che si verifichi la morte. Dopo 10 anni ne muore il 15 %, e

dopo 30 anni dall'infezione diminuisce il numero dei casi di morte. Una quantità di questi pazienti ebbero una sintomatologia così lieve da non accorgersi neppure di tale affezione. PLETSCHE esamina quindi il periodo che va dall'inizio dello scompenso alla morte ed in questo campo egli segnala una mortalità notevolissima. Nel corso dei primi 4 anni la mortalità è circa del 70 %.

Anche altri autori ci parlano di una serie di vizi valvolari di lunga durata negli ultimi anni. FRIDA THORMEYER per es. parla di 25,5 anni quale periodo medio fra il momento in cui ebbe luogo l'infezione reumatica e lo scompenso. WILLIUS cita 160 casi di morte in seguito a « cuore reumatico », nei quali si poté precisare il momento in cui avvenne l'infezione. Il primo sintomo, nell'85 % dei casi, si manifestò prima del 30° anno di età, nel 64 % prima del 20° anno di età, soltanto nel 3 % oltre il 40° anno di età. L'età media nei vizi mitralici fu di anni 30, nei vizi aortici fu di anni 43. Su 147 pazienti si verificò la morte istantanea soltanto in 8 casi, negli altri casi si notò insufficienza cardiaca a decorso progressivo.

COLLAZ, dal suo materiale di autopsia, ha raccolto 763 casi cardiopatici. Egli fa notare che le sue ricerche hanno il difetto di non poter precisare il momento in cui ha inizio l'affezione cardiaca. COLLAZ segnala per i vizi valvolari una mortalità la quale è relativamente alta negli uomini nell'età di 15-20 e in quella di 50-55 anni e nelle donne dall'età di 25 anni all'età di 50 anni. Nelle affezioni miocardiche nella maggior parte dei casi la morte si verifica all'età di 40-65 anni.

Prendendo lo spunto da 1000 pensionati di guerra per vizio cardiaco, GRANT ha comunicato delle osservazioni fatte per oltre 10 anni. Nel 22 % dei casi lo stato di questi cardiopatici, dopo 10

E t à	% dei morti secondo l'età	% dei morti secondo il momento dell'infezione	% dei morti dopo il primo sintomo dello scompenso
11-15. . .	1,24	prima di 1 anno 10,35	prima di 1 anno 24,08
16-20. . .	3,73	dopo 1- 3 anni 6,9	dopo 1- 2 anni 21,9
21-25. . .	6,83	» 4- 6 » 9,2	» 3- 4 » 21,9
26-30. . .	9,32	» 7- 9 » 9,2	» 5- 6 » 8,03
31-35. . .	11,16	» 10-15 » 14,94	» 7- 8 » 7,3
36-40. . .	15,53	» 16-20 » 14,94	» 9-10 » 5,11
41-45. . .	14,3	» 21-30 » 20,67	» 11-12 » 5,11
46-50. . .	15,53	» 31-35 » 9,2	» 13-16 » 2,19
51-55. . .	8,07	» 36-40 » 4,6	» 17-20 » 1,46
56-60. . .	4,97		
61-65. . .	6,22		

anni, era ancora buono. Circa la metà di loro era morta. Vogliamo citare alcuni dettagli:

Mentre nel 44 % dei pazienti affetti da stenosi mitralica non complicata, le condizioni rimasero per tutti i 10 anni invariate, esse rimasero tali solo nel 51% di quelli che presentavano come complicazione la fibrillazione auricolare, la quale malattia costituisce sempre un sintomo prognostico serio. STONE e FEIL hanno segnalato ciò nel 53 % di stenosi mitralica.

Nella insufficienza aortica sifilitica troviamo, su 49 casi non complicati, 15 rimasti invariati dopo 10 anni, mentre soltanto uno rimase invariato su 22 casi in cui vi era complicazione mitralica. Anche nell'insufficienza aortica e nella stenosi mitralica la prognosi fu relativamente buona dato che circa sino al 35 % i casi si mantennero invariati. Nell'insufficienza aortica sifilitica morirono il 60 %.

In relazione a ciò ricordiamo che WILLIUS e FITZPATRICK citano le cifre seguenti relative all'insufficienza aortica sulla base di 463 casi. Il 39 % di casi non sifilitici morirono in media 15,7 mesi dopo la visita; per i casi sifilitici le cifre sono del 46 % e 15,6 mesi. Particolarmente sfavorevole è la prognosi in altri casi più gravi.

GRANT richiama l'attenzione sull'importanza del cuore ingrandito. Quanto

più ingranditi sono i cuori e quanto minore è la loro possibilità di reazione di fronte agli sforzi, tanto sarà peggiore la prognosi. (Vedi sopra il lavoro di MUNCK relativo al peso dei cuori nei soggetti morti istantaneamente).

Come più volte dicemmo, la prognosi nei singoli casi dipende non da ultimo dalle condizioni del miocardio, sia che si presenti una cardiopatia complicata o meno. A mezzo della elettrocardiografia veniamo a conoscere le condizioni del miocardio, dato che l'analisi delle curve ci offre base per la diagnosi. Degli esempi sono citati nel capitolo che tratta delle malattie infettive.

Il giudizio definitivo deve aver luogo da ultimo sulla base del reperto medico circa le condizioni delle valvole e le condizioni del miocardio. Inoltre è necessario precisare i sintomi relativi all'attività del cuore: asma, congestione negli organi, edemi.

Per l'assicurazione però questi ultimi avranno un'importanza secondaria, dato che, alla presenza di questi, il rischio non è accettabile.

Il giudizio relativo alle condizioni del miocardio, come dicevamo, avviene in base ad un elettrocardiogramma. La sua importanza per la prognosi è ancora discussa, però già vi sono degli esperimenti che, assicurativamente, possono essere utilizzati, dato che in questo caso, come comunemente, si tratta

piuttosto del giudizio relativo a gruppi di individui che del giudizio relativo al singolo.

Le difficoltà nel giudicare le osservazioni relative sono varie e si basano sul fatto che il materiale è complesso. Per es. si noterà una grande differenza prognostica fra pazienti che vengono ricoverati in un ospedale e quelli di cliniche private, fra pazienti di un ospedale ed i pazienti di un posto balneare. Non voglio entrare in dettagli su questo argomento; intendo unicamente accennare all'esposizione generale del dottor ASTRUP che io ebbi occasione di consultare.

Subito dopo l'applicazione della elettrocardiografia incominciò l'esame dei singoli reperti tanto relativamente alla diagnosi che alla prognosi. KRAUS e NICOLAI furono i primi (1910) ad usare prognosticamente l'elettrocardiogramma.

Diversi autori si occuparono quindi di queste questioni, WILLIUS però, della clinica di Mayo, in base ad un materiale notevole, ci dà delle notizie importanti.

WILLIUS presenta una serie di esperimenti circa l'importanza delle varie forme di aritmia per la prognosi. Noi citeremo i seguenti esperimenti ed in relazione a ciò i risultati di altri esaminatori.

Nei casi di fibrillazione auricolare la prognosi dipende dalla relativa malattia che ne forma la base. La fibrillazione auricolare può durare per molti anni, però ordinariamente fa comprendere che si tratta di una prognosi seria.

In un gruppo di 392 ammalati di fibrillazione dell'atrio ed altre cardiopatie ne morì il 39% di affezione cardiaca e precisamente 11 mesi in media dopo la visita. Ecco alcuni dati di dettaglio (alcuni gruppi sono però così piccoli che la percentuale deve essere presa con riserva):

Di 98 casi con « stenosi mitralica » morirono 51 % di M. c. in media 11 mesi dopo la visita;

Di 98 casi con « affezione aortica » morirono 40 % di M. c. in media 7 mesi dopo la visita;

Di 98 casi con « affezione coronarica » morirono 53 % di M. c. in media 10 mesi dopo la visita;

Di 98 casi con « Morb. Basedow » morirono 28 % di M. c. in media 28 mesi dopo la visita;

Di 98 casi con « ipertensione » morirono 51 % di M. c. in media 10 mesi dopo la visita.

STROUD, LAPLACE e RIESINGER hanno un materiale di 253 casi di fibrillazione auricolare, che devono essere quivi discussi. Essi fanno rilevare la cattiva prognosi per gli ammalati nei quali la fibrillazione auricolare si sviluppa prima del 25° anno di età. Nelle altre età questa forma di aritmia non suole essere molto seria, agli effetti della prognosi. Di 65 pazienti con cardiopatie reumatiche prima del 25° anno di età, l'86 % fu affetto da fibrillazione auricolare prima del 48° anno di età e l'88 % morì prima del 53° anno di età. COCKSON fa risaltare l'importanza dell'età per la prognosi relativa alla fibrillazione auricolare, dato che nei soggetti giovani si nota un periodo di vita di 10 mesi dall'inizio dell'aritmia, mentre nelle categorie di età più avanzate essa non suole avere nessuna importanza particolare sulla durata della vita.

WHITE ha segnalato in un gruppo di 100 casi di fibrillazioni auricolari in un periodo di osservazione di 3 anni una mortalità del 48 %. Mancano però dei dettagli circa tali casi.

Fra gli altri numerosi esaminatori citiamo HILB, il quale in un materiale di blocco di branca conta su di una mortalità del 60 % e su di un periodo di sopravvivenza di un anno. HEPBURN e

JAMIESON segnalano una mortalità del 73 % con una durata media di vita di 5,5 mesi. SAMPSON e NAGLE parlano soltanto di un anno, quindi va diminuendo cosicchè 10 anni dopo la mortalità risulta del 77' %.

WHITE e VIKO trovarono in 3319 casi di pazienti elettrocardiografati 41 casi di blocco di branca. Di 38 22 (61 %) erano morti in 9 mesi circa per malattie di cuore, 4 erano morti per altre cause, 10 vissero.

Von HARTS in 31 casi di blocco di branca dà 18 morti entro 6 mesi, 1 dopo un anno, 1 dopo 3 anni e mezzo, 3 vissero per 10 anni.

Tutti questi lavori, completati da altri numerosi lavori, dimostrano la gravità della prognosi per questi casi che sono anche l'espressione delle lesioni dirette delle vie di conduzione del miocardio.

Le alterazioni nella forma e nella direzione delle cuspidi danno delle informazioni prognostiche.

WILLIUS ci presenta il seguente prospetto circa l'importanza dell'onda T: *Alterazioni delle onde (WILLIUS)*:

Onda T negat. nella 1^a derivazione ed affezione coronarica: 67 % morirono in media 17 mesi dopo di aver abbandonato l'ospedale.

Onda T. negat. nella 1^a e 2^a derivazione ed affezione coronarica: 68 % morirono in media 12 mesi dopo di aver abbandonato l'ospedale.

Onda T. negat. in tutte le derivazioni ed affezioni coronariche: 60 % morirono in media 12 mesi dopo aver abbandonato l'ospedale.

Onda T. negat. nella 2^a e 3^a derivazione: 50' % morirono in media 24 mesi dopo aver abbandonato l'ospedale.

Onda T. negat. nella 1^a derivazione ed ipertensione: 56 % morirono in media 19 mesi dopo aver abbandonato l'ospedale.

Onda T. negat. nella 1^a e 2^a deri-

vazione con ipertensione: 59 % morirono in media 13 mesi dopo aver abbandonato l'ospedale.

Onda T. negat. in tutte le derivazioni con ipertensione: 67 % morirono in media 12 mesi dopo aver abbandonato l'ospedale.

Onda T. negat. in 2^a o 3^a derivazione con ipertensione: 44 % morirono in media 17 mesi dopo aver abbandonato l'ospedale.

Stenosi mitralica.

Tutti i casi: 37 % morirono in media 16 mesi dopo aver abbandonato l'ospedale.

Con onda T. negativa: 63 % morirono in media 12 mesi dopo aver abbandonato l'ospedale.

Insufficienza aortica reumatica: 39' % morirono in media 16 mesi dopo aver abbandonato l'ospedale.

Insufficienza aortica reumatica con onde negative: 56 % morirono in media 15 mesi dopo aver abbandonato l'ospedale.

Insufficienza aortica sifilitica: 46 % morirono in media 16 mesi dopo aver abbandonato l'ospedale.

Insufficienza aortica sifilitica con onda T. negativa: 76 % morirono in media 11 mesi dopo aver abbandonato l'ospedale.

HEPBURN e JAMIESON hanno compilato lo schema seguente circa l'importanza dell'onda T:

Dei pazienti morti:

	Num. dei casi	%	Durata media della vita in mesi	
T 1 neg.	40	18	45	11
T 1 2 neg.	20	11	55	5,8
T 2 3 neg.	24	12	50	9,7
T 1 2 3 neg.	13	6	46,1	6,6
Media Totale			49	8,27

Dei pazienti in vita:

	Num. dei casi	%	Durata media di vita in mesi	Età media dei morti vivi	
	23	55	12	52,7	55,7
	9	45	18,6	56,0	53,2
	12	50	17,5	47,0	45,0
	7	53,8	15,3	50,0	53,3
Media Totale	50,9		16,1		

Da parte francese disponiamo della maggior serie di esperimenti comunicati da LEVY. La numerazione complessiva presenta le cifre seguenti, dato che viene esposta la cifra percentuale dei morti per cardiopatie ed il periodo medio di sopravvivenza.

Alterazione di T_1 (56 casi di cui 22 osservati) 40,9 % e 46,3 settim.

Alterazione di T_1 e T_2 (59 casi di cui 39 osservati) 51,3 % e 35,5 settim.

Alterazione T_1 , T_2 e T_3 (63 casi di cui 33 osservati) 54,5 e 28,5 settim.

Alterazione di T_2 e T_3 (30 casi di cui 14 osservati) 71,4 % e 12,7 settim.

Anche in questo caso troviamo queste alterazioni delle cuspidi T quale espressione di una prognosi seria.

In aperto contrasto a quanto sopra esposto si presentano i risultati da HAMMANN la cui clientela è costituita di un materiale ben diverso del materiale preso negli ospedali. Il suo materiale scelto consiste di 306 casi con un periodo di osservazione di 4-4 1/2 anni. Di questi 112 (il 37 %) morirono di cardiopatie.

L'analisi delle cuspidi T ha dimostrato quanto segue:

T_1 ÷ di 90 casi: 34 % morti.

T_1 e T_2 ÷ di 105 casi: 38 % morti.

T_2 ÷ di 106 casi: 39 % morti.

Non è esposta la media di sopravvivenza. A titolo di confronto viene preso dallo stesso anno un materiale di controllo da casi possibilmente analoghi con cuspidi T positive. Questo materiale era di 315 pazienti e di questi si poterono osservare 266. Di questi morirono dopo anni 4-4 1/2 35 (circa il 13 %), rimasero in vita 231 (l'87 %). La mortalità maggiore si è verificata fra coloro che erano affetti da vizi valvolari (102).

Anche se un paragone fra i vari gruppi presenta una differenza, ciò non modifica il fatto che alle alterazioni delle cuspidi T si debba attribuire un'importanza particolare per tutto il giudizio al momento in cui si esamina il paziente per l'assicurazione vita.

Oltre alle alterazioni su esposte del complesso ventricolare, nel giudicare l'elettrocardiogramma, si dovrà contare su diverse altre alterazioni: su variazioni dell'intervallo di tempo fra le contrazioni, su variazioni della grandezza e della forma, insomma su alterazioni che concorrono alla possibilità di giudicare le condizioni del miocardio, anche se l'importanza prognostica delle diverse variazioni non si può ancora fissare con sicurezza. Nei singoli casi sarà il giudizio dello specialista quello che potrà fissare la reale posizione del candidato circa il giudizio relativo all'assicurazione.

L'importanza dell'elettrocardiogramma viene illuminata inoltre dagli esperimenti fatti su ammalati operati. FOGED e GEILL per es. hanno dimostrato che nei casi in cui l'elettrocardiogramma e le radioscopie confermarono che nulla vi era di patologico, si poteva notare una mortalità postoperativa per debolezza cardiaca dell'1,1 % contro una mortalità dell'11,8 % in quei casi in cui si presentarono delle variazioni.

I candidati con cardiopatie saranno giudicati secondo la « Tabella relativa al cuore »; la « piccola » Tabella del cuore significa un aumento di età di 7 anni, quella « grande » di 15 anni. Nei casi seri le condizioni possono essere aggravate con un aumento di anni oppure in altro modo. Nei soggetti giovani — data la struttura delle tabelle — spesso si rende necessario un aumento di anni.

(Continua)

Indagini di Statistica Medica**Cause di morte e costituzione**

(Ricerca su 15719 sinistri verificatisi fra gli assicurati dell' I. N. A. nel 1926-36)

Dott. CIATTI PIETRO

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

In seguito ad un lavoro pubblicato dal Prof. I. Romanelli sugli atti del primo Congresso Nazionale di Scienza delle Assicurazioni, settembre 1938-VI intitolato « Le cause di morte in rapporto alle misure somatiche », lavoro in cui l'autore valendosi dei sinistri verificatisi fra gli assicurati dell'I.N.A. con visita medica deceduti nell'intervallo di tempo 1913-24 e riguardanti 8251 individui, studia la frequenza delle malattie letali da cui sono colpiti i suddetti assicurati appartenenti a tre gruppi costituzionali da lui stabiliti e che da noi medici di assicurazione vita vengono adottati presentandosi molto adatti agli scopi del nostro esercizio professionale, ho ritenuto utile proseguire questa ricerca fra gli assicurati con visita medica dell'I. N. A. deceduti nell'undicennio 1925-36 ed ammontanti a 15719 casi.

In questo articolo mi sono limitato ad una suddivisione in 15 grandi categorie di cause di morte riservandomi di studiare per ciascuna categoria, in un prossimo lavoro, la frequenza relativa delle singole cause per ciascun tipo costituzionale.

Il Romanelli, in base alle misure rilevate dai rapporti di visita medica, vale a dire all'altezza, al peso, alla circonferenza del collo, alla circonferenza toracica ed addominale, ha costruito tre tipi costituzionali per la costruzione dei quali

riporto le parole stesse di quell'autore rilevate dal lavoro sopracitato.

« Tipo I che possiamo chiamare normale; tipo II con sottopeso; tipo III con soprapeso.

Il tipo I può essere così descritto:

Tipo normale, in cui il peso in Kg. non è inferiore al numero dei cm. dell'altezza, detratto il metro, diminuito del 5 % e non supera detto numero di più del 10 %; inoltre la circonferenza del collo oscilla tra i 37 e i 40 cm., la circonferenza toracica tra la cifra rappresentante la metà dell'altezza diminuita di 2 cm. e la metà dell'altezza aumentata di 5 cm.; la circonferenza addominale è inferiore alla toracica.

Questo tipo può riassumersi con la seguente espressione:

$$\frac{95}{100} - A \quad 100 \leq P \leq \frac{100}{100} (A - 100);$$

$$37 \leq C \leq 40;$$

$$\frac{A}{2} - 2 \leq CT - \frac{A}{2} - 5; \quad CAD < CT$$

in cui P indica il peso, A l'altezza, C la circonferenza del collo, CT quella toracica, CAD quella dell'addome.

« Dei tipi II e III rispettivamente fanno parte gli assicurati i cui caratteri somatici si scostano per difetto o per eccesso da quelli considerati come normali ed appartenenti al tipo I ».

Ricerche di questo genere sono state fatte pure, oltre che sugli assicurati dell'I. N. A., su assicurati presso la Riunione Adriatica di Sicurtà di Trieste distribuiti secondo categorie costituzionali e deceduti anteriormente al 1908.

In queste ricerche, su 100 morti maschi di tipo lungo, 37 erano determinati da forme dell'apparato respiratorio (26 % t. b. c. 12 % polmoniti), su 100 maschi brevilinei 35 risultano deceduti per malattie a carico del cuore e dei vasi, (12 % di apoplezia e 23 % di malattie del sistema circolatorio).

Pure L. I. Dublin riporta, in un suo lavoro, la mortalità degli assicurati Nord-Americani in %. Egli distingue individui con peso inferiore (deficiente), superiore (eccedente alla media) e normali.

In questa ricerca Dublin trovò una grande mortalità tra i pesi deficienti per tubercolosi e polmonite, mentre per i pesi eccedenti trovò una grande mortalità per tutte le forme morbose a carico del cuore, dei vasi, dei reni, del ricambio.

Da queste ricerche del Dublin la più alta mortalità generale risulta verificarsi nei brevilinei in confronto coi longilinei inquantochè su 100.000 assicurati di ogni categoria si ebbero 848 morti fra i pesi deficienti e 1111 fra gli eccedenti.

Non si può, in modo rigoroso affermare una corrispondenza fra peso eccedente e tipo breve, fra peso deficiente e tipo lungo ma ciò però può essere giustificato quando tale corrispondenza sia basata su medie desunte da una grande esperienza. Con questi reperti del Dublin contrastano i risultati ottenuti da ricerche eseguite da Spitzer e L. Fegiz fra gli assicurati dell'Unione Adriatica di Sicurtà e da Smolenski e Winterniz sugli assicurati delle Assicurazioni Generali.

Queste ricerche affermano, in modo

concorde, contrariamente a quelle del Dublin, una supermortalità del tipo lungo in confronto col tipo breve.

Tale differenza non è da escludere sia dovuta alla diversa composizione degli assicurati Nord-americani e degli Italiani rispetto alla condizione o alla professione e quindi alla diversa possibilità che a loro si presenta nei confronti del rischio di ammalare o di morire per le varie cause.

Un'altro motivo di questo diverso comportamento non è da escludere sia da attribuire all'età in considerazione del fatto, fatto rilevare pure dal Dublin, che la differenza delle mortalità sopra accennate, si attenua molto sotto i 45 anni quando i pesi deficienti maggiormente rischiano di morire per la malattia specifica del tipo lungo e giovane vale a dire per la tubercolosi.

Nella mia ricerca i sinistri da me considerati, ripartiti a seconda dei tipi costituzionali rilevati all'ingresso in assicurazione, risultano distribuiti nel modo seguente:

Tipo I	N.	6672	=	42,44 %
» II	»	2949	=	18,76 %
» III	»	5366	=	34,14 %
Imprecisate	»	732	=	4,66 %
Totale N.			15719	100 —

Nella tabella sottostante i deceduti per ciascun tipo costituzionale sono stati suddivisi in cifre percentuali a seconda della causa di morte.

Ritengo non opportuno un confronto dettagliato di queste cifre con quelle riportate dal Romanelli perchè sarebbe necessario a tal fine che tutte le condizioni, vale a dire professione, ripartizione per età, stato civile, condizioni sociali fossero rimaste immutate dal 1913-1924 al 1926-1936.

E' presumibile che tali condizioni siano notevolmente variate dal 1° dodicen-

CAUSE DI MORTE	TIPO I° normali %	TIPO II° sottopeso %	TIPO III° sovrapeso %	Impreci- sate
Ogni forma di t. b. c.	10,58	20,21	2,68	6,83
Altre malattie infettive e parassitarie. . . .	10,11	11,77	10,45	7,79
Tumori maligni	10,43	8,37	9,62	8,74
Malattie reumatiche della nutrizione	1,63	1,19	2,78	2,32
» del sangue ed organi ematopoietici	1,29	1,25	1,01	0,68
Emorragie cerebrali, embolie e trombos	6,85	3,83	12,29	8,74
Malattie del sistema nervoso	2,61	3,49	1,86	3,28
» apparato circolatorio	11,71	7,53	16,85	17,08
» » respiratorio	11,59	12,14	10,25	11,20
» » digerente.	10,79	9,70	10,93	6,97
» » urinario ed urogenitale	5,58	4,04	7,70	8,06
» della pelle, delle ossa, dell'infanzia, senilità, ecc.	0,49	0,65	0,73	0,96
Suicidi	3,94	5,15	3,30	4,10
Morti violente ed accidentali	7,49	6,85	3,89	4,10
Cause di morte non specificate.	4,86	3,83	5,61	9,15
	100	100	100	100

nio all'undicennio 1926-1936 inquantochè mentre nel primo periodo la guerra può aver agito ad accentuare la mortalità per determinate cause successivamente le provvidenze sociali apportate dal Fascismo ed il migliorato tenore di vita hanno certamente influito favorevolmente sulle morbilità e conseguentemente sulla mortalità del successivo decennio.

Dai dati della tabella sopracitata è evidente come i sottopesi contribuiscano in misura molto maggiore alla mortalità per Tbc. sia nei confronti dei normali che dei sovrapsi, mortalità che sensibilmente incide sulla percentuale delle cause di morte dei sottopesi stessi.

La mortalità nei sovrapsi si dimo-

stra notevole per le malattie dell'apparato circolatorio, per l'emorragie cerebrali, embolie, trombosi e malattie dell'apparato urinario ed urogenitale rispetto ai sottopesi.

Da rilevare inoltre è il fatto come i sovrapsi vadano più soggetti dei normali e dei sottopesi alle malattie dell'apparato digerente.

Queste ricerche, facendo le dovute riserve sopraccennate, coincidono in linea generale con le ricerche del Romanelli e, limitatamente alla distribuzione delle cause di morte per ciascun tipo costituzionale, con le ricerche eseguite sugli assicurati dell'Unione Adriatica di Sicutà e con le ricerche del Dublin.

Medicina legale delle Assicurazioni Vita**CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI SULLA RELAZIONE DELLA MALATTIA CAUSA DI MORTE NELL'ASSICURAZIONE VITA**

Dott. ALBERTO STARNA

Mentre molti sono stati gli studiosi di medicina legale che hanno preso in esame l'elemento fondamentale del contratto assicurativo, cioè le dichiarazioni rese all'ingresso dall'assicurato al medico fiduciario, non mi risulta che sia stata mai considerata la importanza medico-legale della relazione del medico sulla malattia causa di morte.

Ciò è forse dovuto all'opinione che, trascorso un breve periodo di contestabilità della polizza, l'argomento non interessa neanche dal punto di vista deontologico lo studioso dei problemi di assicurazione; vedremo però che in realtà la cosa è notevolmente diversa. Infatti la relazione che costituisce l'epilogo di una vita umana e permette di costruire le successioni morbose verificatesi nell'individuo con tutte le relative conseguenze, offre un interesse grande non solo al medico di assicurazione ma anche al medico-legale.

Mentre il primo potrà riscontrare le difficoltà superate, talvolta gli errori diagnostici, i risultati più diversi delle cure, come pure ammirare il potere di resistenza dell'organismo e l'importanza del coefficiente morboso ereditario; il medico-legale deve invece ricercare i limiti deontologici entro cui può agire il medico curante per la compilazione di questo importante documento, come pure valutare il valore legale probativo ed indispensabile che ad essa compete per la liquidazione della polizza.

E' indiscutibile che la richiesta da

parte dell'Ente assicuratore di tale relazione al medico, che ebbe in cura l'assicurato, corrisponde sempre ad una richiesta di liquidazione anticipata del contratto, tranne nella polizza a vita intera nella quale non esiste un limite di maturazione vita natural durante. Pertanto è nel diritto di questo Ente, e nel contempo suo dovere nei riguardi della collettività assicurata, di accertarsi delle cause morbose che condussero a morte l'assicurato anzitempo, specie quando il sinistro si è verificato a non eccessiva distanza dal perfezionamento.

Giustamente l'Ente può, in tali casi, ritenere che non gli siano stati comunicati tutti gli elementi fondamentali del rischio che avrebbero consentita una ben diversa valutazione del rischio stesso o avrebbero addirittura condotto al rifiuto e pertanto, secondo l'art. 429 del Codice di Commercio, il contratto potrebbe essere impugnabile. « Qualunque dichiarazione falsa o erronea e qualunque reticenza di circostanze conosciute dall'assicurato è causa di nullità » afferma il 1° comma del suddetto articolo « se modifica le condizioni del rischio »; nel 2° comma viene confermata la nullità anche quando « la dichiarazione o la reticenza riguardi circostanza che in effetto non hanno influito sul danno ». Appunto tenendo presente questa disposizione nei moduli di visita medica, in testa ed in calce alle dichiarazioni anamnestiche dell'assicurato, è detto che queste sono elementi « costituenti la

base del contratto e necessari alla valutazione del rischio»; così pure nell'originale di polizza viene ricordato che essa è emessa in base alle dichiarazioni rese.

Naturalmente un tale diritto è esercitato con molta discrezione e le stesse Compagnie di assicurazione hanno volontariamente limitato il periodo di contestabilità; l'I.N.A. nell'art. 2 delle condizioni di polizza riconosce incontestabile il contratto dopo sei mesi dal perfezionamento « per reticenza o per dichiarazioni erronee ». Si comprende però che questa sanatoria non può estendersi ai casi di malafede; pertanto il limite stesso non ha valore allorchè si sospetta che sia incorsa simile evenienza. Senza voler entrare in merito alla questione del dolo previsto dall'art. 329 del Codice di Commercio e dal 1115 del Civile, qualunque possa essere la interpretazione ad essi data dalla magistratura, tutti dovranno obiettivamente riconoscere all'Ente di Assicurazione il diritto di accertamento circa l'epoca di insorgenza della malattia che ha condotto anzitempo a morte l'assicurato.

Ciò evidentemente è conforme all'articolo 429 del Codice di Commercio e al criterio generale che i contratti debbono essere eseguiti in buona fede (articolo 1124 Codice Civile).

Tornando al nostro argomento specifico sappiamo che in medicina esistono malattie a decorso cronico ed altre accessuali notoriamente mortali a distanza più o meno breve di tempo dalla loro insorgenza; come pure che non sono accertabili col comune esame obiettivo in assenza dei dati anamnestici. A queste due forme cliniche possiamo ascrivere rispettivamente i cancri iniziali interni e l'angina pectoris.

Vi sono poi altre malattie pure a decorso cronico nelle quali, pur non essendo sicuro l'evento mortale esso è molto probabile; comunque esse giungo-

no a debilitare fortemente l'organismo e possono condurre a morte anche per complicità della malattia iniziale. A tale gruppo appartengono soprattutto la tubercolosi polmonare, le cardiopatie, le nefropatie, le glicosurie, molte malattie nervose e numerose altre. Tali malattie si differenziano da quelle del primo gruppo anche perchè spesso, in assenza di ogni dichiarazione anamnestica, possono venire accertate dal fiduciario all'atto della visita; ciò dipende dallo stadio della malattia e dalla rarità della forma morbosa.

In linea generale possiamo dire che la conoscenza di malattie ad esito sempre mortale e muta di ogni rilievo obiettivabile con i comuni mezzi semeiotici, cioè appartenenti al primo gruppo, può risalire da pochi mesi ad uno o due anni prima dell'esito, sebbene per l'angina la sopravvivenza presenti variazioni notevoli e possa raggiungere anche i cinque o sei anni ed oltre, come avemmo personalmente a rilevare in una indagine medico-statistica di qualche anno fa. Fatta astrazione da alcuni casi di questa speciale malattia abitualmente la sopravvivenza di questi malati rientra nel limite abituale sopradetto di due anni.

E' precisamente tale periodo di tempo che da alcuni viene a torto considerato come limite di contestabilità dopo il perfezionamento per qualsiasi causa di morte. Ma l'art. 429 del Codice di Commercio non pone limite di tempo per l'annullamento in caso di dichiarazione falsa od erronea e la stessa pratica della giurisprudenza ci dimostra che, trascorso anche un periodo di tacita riconferma superiore al biennio, si può sempre avanzare la contestazione permanendo indiscusso il diritto all'assicuratore di poter dimostrare la malafede del contraente.

In pratica per esperienza medica sappiamo che molto spesso la sopravvivenza nelle malattie ascritte al secondo grup-

po può essere molto maggiore, tra queste infatti la morte può sopravvenire dopo periodi di miglioramento a distanza di molti anni o condurre ad una vera guarigione clinica. Resta però, indipendentemente dalla utilità legale ai fini della contestabilità, ancora importante la relazione medica della causa di morte sia per la conoscenza morale delle dichiarazioni rese, sia ai fini statistici sociali.

Da quanto sopra emerge l'importanza che l'Ente di assicurazione deve dare alla conoscenza delle cause del sinistro qualunque possa esserne la sua utilità economica.

Sebbene in passato le Compagnie di Assicurazioni si siano spesso limitate a chiedere in un certificato la semplice diagnosi redatta dal curante dell'assicurato deceduto, oggi viene sempre domandata una completa relazione redatta secondo moduli speciali nei quali viene prospettato un questionario che serve a ben lumeggiare l'inizio, il decorso ed i fattori causali anche remoti della malattia che provocarono la morte.

Nelle condizioni generali di polizza non vengono specificati quali siano i documenti occorrenti per la liquidazione; ma questi sono brevemente accennati, ad esempio l'I.N.A., dichiara nell'art. 7 che si effettuerà il pagamento « in base ai documenti comprovanti il diritto del beneficiario ». Tra questi documenti vi deve esser compreso, sebbene la suddetta dizione non sia esplicita, anche quello comprovante la validità della polizza cioè, più brevemente, la natura ed il decorso dell'evento mortale. Altrimenti la riserva fatta nell'inciso dell'art. 2 circa le cause di contestabilità limitatamente ai primi sei mesi per reticenza o dichiarazione erronea verrebbe ad assimilare anche i casi di dichiarazione falsa, nè avrebbe ragione di esistere.

Tale diritto di accertamento è implicito nell'art. 429 del Codice di Commer-

cio e nel 452 dello stesso per il caso specifico dell'assicurazione sulla vita.

A tal punto si potrebbe obiettare come il segreto professionale non renda possibile una tale indagine. In proposito, dobbiamo anzitutto ricordare che nel modulo di visita esiste una clausola ampia circa il proscioglimento dal segreto professionale con la quale l'assicurando autorizza l'Ente a rivolgersi per informazioni ad ogni medico che l'abbia curato o visitato. Tale facoltà rilasciata dall'assicurando trova la sua ragione nell'art. 50 del nuovo Codice Penale nel quale viene stabilito che « non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto col consenso della persona che può validamente disporre ».

Si è obiettato, a tale forma di consenso dell'avente diritto, che il medico curante può non avere comunicato all'ammalato stesso la vera entità o la natura della malattia e pertanto questi può ignorare notizie importanti circa la propria salute. Non ci sembra però che tale eccezionale possibilità sia ragione sufficiente per considerare nullo il consenso dell'avente diritto. Poiché l'Ente di assicurazione considera valido ogni contratto stipulato in buona fede sarà sufficiente che il medico curante dichiari quanto è a conoscenza del proprio cliente specificando se la vera natura della malattia per ragioni di umanità sia stata celata.

In pratica è sufficiente ai fini legali che il medico certifichi l'epoca e le notizie circa i disturbi riferitigli dal cliente e delle cure che questi ha praticato. Non a caso diciamo notizie, volendo con ciò riferirci a tutto ciò che era noto all'assicurato stesso, tanto per i disturbi avvertiti quanto per le cure eseguite; in entrambi ai fini degli accertamenti assicurativi interessa conoscere l'epoca con la maggiore precisione possibile.

Indipendentemente dalla dichiarazio-

ne del proscioglimento dal segreto professionale, sul quale torneremo dopo, è nel diritto dell'Ente, specie nei contratti che hanno avuto una breve antidurata, di conoscere se, quanto è stato dichiarato all'ingresso, cioè le notizie sanitarie, fino a tale epoca corrispondono a verità. Tutto ciò che è sopravvenuto non interessa dal punto di vista legale l'assicuratore rientrando nell'alea del rischio assunto, eventualmente offre un valore esclusivamente medico-statistico. Ma in pratica non è possibile scindere la malattia mortale dalle precedenti successioni morbose e queste, a loro volta, dalle cause che l'hanno determinate.

Pertanto le Società di assicurazione richiedono al beneficiario, che abitualmente è tra i membri della famiglia, di far compilare dal curante dell'ultima malattia un modulo che viene intestato dagli Enti come relazione medica; ma che potremmo legalmente assimilare ad un certificato.

In realtà la relazione costituirebbe più propriamente secondo Romanese un rapporto tecnico che si differenzia dalle abituali denunce in quanto è generico; nell'assicurazione si è voluto così chiamarla perchè sta ad indicare un certificato analitico della storia morbosa di un individuo fino all'epicrisi ed alle eventuali constatazioni post-mortali.

Passando ad esaminare questo modulo di relazione vediamo infatti che, non solo, viene chiesta la diagnosi della malattia mortale ed i sintomi presentati, ma anche « a quale data doveva presumibilmente riportarsi l'inizio dell'ultima malattia » (mod. S. S. 4 I.N.A.). Ad esito avvenuto molti punti oscuri della malattia e molte connessioni di causalità dei sintomi vengono chiarite e ricostruite nel loro meccanismo patogenetico, il che era invece impossibile all'inizio della malattia. Ciò, se riveste molta importanza nella ricostru-

zione del quadro clinico di tutti i fattori patologici acquisiti od accidentali per ben conoscere la malattia mortale, non ne ha in grado minore per la conferma delle dichiarazioni rese al fiduciario all'ingresso in assicurazione.

Altre domande nel modulo stesso tendono a chiarire l'importanza del genitizio per quanto riguarda fattori morbosi ereditari oppure il genere di occupazione e di vita dell'assicurato. Si comprende come molti di questi elementi rivestano un valore statistico-medico più che medico-legale in quanto ogni azione fiscale decade secondo la prassi giuridica-assicurativa allorchè è evidente la buona fede dell'assicurato.

Potrebbe infatti accadere che dalla relazione risultasse la preesistenza all'ingresso di disturbi assolutamente accidentali e di poco rilievo; ma che solo successivamente abbiano rivestito una importanza notevole dal punto di vista clinico e diagnostico. Naturalmente l'esistenza di una malattia latente all'ingresso in assicurazione, purchè nessuna presunzione di malattia fosse a conoscenza dell'assicurato, non infirma in questi casi la liquidazione della polizza.

Queste relazioni sulla malattia causa di morte sono, presso alcune Compagnie (Adriatica), seguite dall'esplicito riconoscimento che esse vengono fornite con tutta scienza e coscienza, devono essere tutte regolarmente vidimate per la firma del sanitario dall'Ufficio del Registro e costituiscono un documento indispensabile per la liquidazione.

Vediamo ora se l'attuale procedura per la compilazione delle suddette relazioni si svolge secondo norme che soddisfanno contemporaneamente le esigenze dell'Ente, quelle della famiglia beneficiaria e quelle del medico compilatore.

Non v'è dubbio che per l'Ente è cosa sollecita affidare completamente agli interessati beneficiari la cura di far com-

pilare una tale relazione; ma ciò contrasta un poco con la riservatezza di cui viene circondato il modulo di visita medica all'ingresso. Entrambi tali certificati possono contenere notizie sanitarie riservate che non dovrebbero mai essere alla portata di indiscreti estranei all'arte medica. E' ben vero che il segreto di ufficio vige per tutti i funzionari dell'Ente, ma è pure noto come soprattutto nei piccoli centri di molte regioni dell'Italia centrale e meridionale, le famiglie tengano moltissimo ad evitare la divulgazione di notizie circa malattie ritenute disonoranti, quali la tubercolosi, la sifilide, il cancro, per tutti i membri consanguinei diretti del defunto.

Oltre a questa specie di suscettibilità, che comunque deve essere rispettata, un altro inconveniente della trasmissione aperta della relazione, quasi fosse un atto di stato civile, può essere dato dall'esistenza di notizie anamnestiche anche remote che in qualche modo possono nuocere alla memoria ed alla stima di cui godeva in vita l'assicurato. Così indipendentemente dal disagio morale nei figli, la conoscenza di una antica sifilide in un assicurato morto di aneurisma aortico costituisce una notizia che i famigliari vedono a malincuore a disposizione degli sguardi indiscreti nella relazione stessa anzichè alla discrezione del Servizio Sanitario della Direzione Generale.

La memoria e l'intimità di ogni assicurato debbono essere tutelati dall'Ente con molta cautela, poichè egli poteva aver confidato al curante cose che desiderava non comunicare neanche ai famigliari. Sotto questo punto di vista si giustifica il criterio assolutistico che vige in Francia, ove, a quanto riferisce anche il Marsella, al curante non è permesso di rilasciare certificati di morte corredati dalla diagnosi per uso delle

Compagnie di Assicurazioni, anche se richiesti dalla famiglia. Mentalità in cui l'individualismo rasenta l'egoismo e si oppone ad ogni conoscenza che serva ad evitare un danno fisico od economico alla società; danno fisico nel contagio e nell'ereditarietà, danno economico che specula sul lavoro degli altri che sono sani nel corpo.

La richiesta della relazione in parola da parte dei famigliari, i quali sono i depositari del diritto dell'assicurato, costituisce un implicito scioglimento del segreto professionale e pertanto il curante risulta sciolto da ogni vincolo. Si potrebbe eccepire che tale evenienza non si verifica allorchè il beneficiario non risulta tra i famigliari dell'assicurato; in tali casi il proscioglimento del segreto rilasciato all'ingresso è sufficiente elemento per dissipare ogni incertezza. Ma accanto agli inconvenienti d'ordine etico per il beneficiario, la raccolta aperta di questo documento ne presenta altri notevoli per la Compagnia d'assicurazione. Questa potrà temere, specie in contratti di breve antidurata, che il beneficiario solleciti una relazione che eluda il sospetto della Direzione Sanitaria, ne sarà facile al medico evitare tali sollecitazioni perchè il certificato viene, così aperto, rimesso nelle mani dell'interessato che ne ha fatto richiesta.

Ne si deve dimenticare che zelanti agenti di produzione, spesso presentatori del contratto sinistrato, divengono consiglieri del beneficiario quali intenditori del disbrigo delle pratiche per la liquidazione e non raramente vengono incaricati personalmente di raccogliere quasi tutti i documenti. Si comprende come in simili casi la serietà e l'esattezza della relazione del medico curante possa riuscire deficiente ed inesatta.

Oltre a ciò l'onorario di tale relazione è a carico del beneficiario quale interessato e questi ne può liberamente pren-

dere visione; non è pertanto improbabile che, nella risposta del questionario, il medico ometta di rispondere alle domande non confacenti agli interessi del suo cliente che ne è interessato; nè può escludersi che talvolta venga addirittura sollecitato da quest'ultimo a riferire una diagnosi diversa dalla malattia presentata per allontanare ogni sospetto. Purtroppo casi del genere si sono talvolta verificati.

Anche gli scopi puramente statistici circa i dati sanitari di alcune malattie notoriamente tenute segrete (tubercolosi, sifilide, ecc.) molto si avvantaggerebbero da una maggiore riservatezza nella trasmissione delle notizie sanitarie.

Ma l'inconveniente maggiore a cui può andare incontro l'Ente, a nostro avviso, è costituito dalla prima presa di posizione del medico curante che con troppa compiacenza avesse rilasciato al beneficiario richiedente delle dichiarazioni inesatte.

Queste, ben note al beneficiario, potranno costituire un'arma al danno dell'Ente in caso di contestazione della polizza. Si comprende come in tali casi il curante interpellato in un secondo tempo verrà a trovarsi in una situazione incresciosa avendo certificato secondo la richiesta di chi ha taciuto i veri scopi cui era destinata la dichiarazione stessa. La testimonianza successiva ormai sarà vincolata dalla prima dichiarazione che sarebbe stata molto più esplicita se fosse stata compilata con tutte le garanzie di segretezza e di obiettività che essa richiede.

Non vogliamo eccedere nel pessimismo e riconosciamo che nella grandissima parte dei contratti di una certa antichità, le attuali relazioni sono complete ed utili ai fini statistici-sanitari cui sono prevalentemente dedicate.

Infine anche il curante potrà trovarsi a disagio per la riservatezza della ma-

teria in cui riferisce, sopra un modulo aperto alla lettura di tutti, episodi ed elementi che restano nella confidenza del cliente o comunque non superano la stretta cerchia della famiglia.

Riassumendo, abbiamo visto come la relazione trasmessa con la attuale procedura riesce spesso incresciosa ai famigliari per la riservatezza che comportano la maggior parte delle malattie; ugualmente il medico non vorrà e non potrà certificare cosa non desiderata dai beneficiarii suoi clienti; le sollecitazioni del produttore di assicurazioni a loro volta non contribuiscono alla completezza di quanto viene certificato. La Società di assicurazione infine potrebbe d'altro canto temere che il curante, così controllato in ciò che certifica, abbia talvolta subito le sollecitazioni degli interessati eludendo domande che potrebbero dar luogo a contestazioni.

Esiste però un metodo migliore, ugualmente sollecito e che possa essere di maggior garanzia per tutti? La trasmissione in busta chiusa della relazione per opera del medico, similmente a quanto si procede per il modulo di visita all'ingresso, potrebbe a nostro avviso ridurre notevolmente gli inconvenienti lamentati.

Infatti la famiglia non potrebbe in tal modo temere alcuna indiscrezione di ordine sanitario rispetto agli estranei. L'Ente di assicurazione, a sua volta, potrebbe trovare maggiore libertà nel medico, il cui certificato non sarebbe controllabile dagli interessati. Però soltanto la richiesta diretta dall'Ente al medico curante, potrebbe costituire una garanzia circa l'attendibilità, nei contratti di breve antichità, della relazione stessa. Ma procedendo in tal modo si potrebbe sollevare la suscettibilità del medico che è tenuto al segreto professionale.

Passiamo perciò ora ad esaminare se rilasciando tale certificato possano in-

correre gli estremi stabiliti dall'art. 622 del C. P. facendo astrazione, per il momento, dal proscioglimento del segreto rilasciato all'ingresso in assicurazione.

Sul segreto professionale in genere nella legislazione sociale e nell'assicurazione vita, ebbe a trattare anni or sono in questa stessa rivista con competenza il Marsella, il quale, consultando il Repertorio Generale per lo spazio di oltre 40 anni, non rinvenne che due sentenze riguardanti il segreto professionale ma nessuna di queste riguardava l'assicurazione; noi ora ci limiteremo ai rilievi legali aggiornati nel clima fascista per quanto riguarda la relazione in esame.

L'art. 622 C. P. dichiara che « chiunque avendo notizie per ragioni del proprio stato di ufficio o della propria professione od arte, di un segreto, lo rivela senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito se dal fatto può derivare nocumento... Il delitto è punibile a querela della persona offesa ».

Come si vede gli elementi occorrenti per la figurazione giuridica della rivelazione del segreto professionale in genere, e di quello medico nella fattispecie sono ben cinque. Occorre infatti che si tratti di un segreto, venuto a conoscenza per ragioni del proprio stato, rivelato a profitto di alcuno, che provochi nocumento ed infine che la rivelazione sia fatta senza giusta causa. Non v'è dubbio che i primi tre elementi si ritrovano in questa relazione, manca invece il quarto cioè la presunzione del nocumento, perchè non dobbiamo ritenere che il beneficiario abbia danno dalla verità. Molto controversa infine è la dimostrazione del quinto elemento se cioè la rivelazione viene fatta senza giusta causa.

Certamente il legislatore ha voluto con tale ultimo ampio criterio lasciare facoltà a coloro che sono depositari del segreto di farne un uso molto discreto,

ma nel contempo il modo di mantenere quel senso innato di giustizia superiore che ogni persona colta riconosce in modo indubbio nella causa morale. In proposito, giustamente il Romanese osserva come questo argomento si presti alla discussione tra medici e giuristi perchè non sempre la giusta causa si identifica con la causa morale.

Il vecchio aforisma « Amicus Plato, sed magis amica veritas » trova qui la sua applicazione nel campo morale. Come per ogni valutazione subiettiva, ogni uomo possiede la libertà secondo gli detta la propria coscienza di comportarsi in tali casi comunicando il segreto non soltanto quando è obbligato da norme legislative ma anche quando avverte che il mantenimento di esso può procurare nocumento ad altre persone.

La « giusta causa » del certificato richiesto da un Ente di assicurazione potrebbe ricercarsi, oltrechè nel senso morale superiore implicito nell'art. 622, anche nel primo comma dell'art. 52 sempre del Cod. Pen. laddove parla della difesa legittima.

Purtroppo nella pratica corrente il medico curante può essere sollecitato, sebbene fortunatamente i casi non siano frequenti, a redigere una relazione di morte il cui contenuto contrasti o con la realtà cronologica della malattia o con la vera diagnosi la quale potrebbe far presupporre l'esistenza di una malattia cronica preesistente all'ingresso in assicurazione.

Il conflitto morale che tale dichiarazione determinerebbe sarebbe anzitutto tra l'obbligo del segreto professionale ed il diritto di terzi; secondariamente tra la realtà ed il certificato rilasciato cioè la possibilità di incorrere nel reato cosiddetto di falsità ideologica.

Il primo, come abbiamo visto, è contemplato dall'art. 52 del Cod. Pen.; a tale riguardo l'interesse del cliente del medi-

co può contrastare o con quello di un singolo o con l'interesse di una collettività. Mentre nel primo caso si tratta di diritti individuali, in virtù del segreto professionale dovrà prevalere il diritto di colui che si è affidato con piena fiducia al medico, purchè tale preferenza costituisca il minor danno e venga evitata con cautela una integrale falsa ideologia della cosa certificata; ben diverso sarà invece il comportamento nella seconda evenienza.

Infatti nel campo assicurativo il conflitto si stabilirebbe tra il diritto individuale del beneficiario ed uno collettivo, in quanto ogni inganno all'Ente assicuratore è un attentato alla comunità costituitasi proprio per un senso di spontanea mutualità sociale. E' evidente che in questo caso il diritto collettivo deve prevalere in quanto si tratta di legittima difesa di natura sociale (art. 52) la quale ultima ragione costituisce di per se motivo di giusta causa secondo previsto dall'art. 622 Cod. Pen.

La dottrina politica fascista si è orientata nettamente in questo senso gravitando ormai verso il principio della solidarietà sociale che prevale anche nel nuovo Cod. Civ. rispetto al diritto individuale; quest'ultimo viene riconosciuto subordinatamente ed in funzione dell'interesse collettivo. Per questa ragione noi riteniamo che, anche nell'assicurazione vita, si potrebbe invocare l'art. 51 del Cod. Pen. assimilando la richiesta della relazione di morte ad un diritto imposto da una norma giuridica.

Tale articolo stabilisce nel primo comma che « l'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica Autorità esclude la punibilità ». Esiste infatti nel I libro già pubblicato del nuovo Codice Civile una premessa etico-giuridica che sovrasta e trascende il diritto privato costi-

tuendo un nuovo apporto alla vecchia legislazione civile.

Del resto, il diritto del segreto professionale non potrà mai essere ascritto in un piano preferenziale rispetto al massimo diritto individuale che è quello della proprietà, la quale nell'art. 18 del nuovo Cod. Civ. è riconosciuta « in conformità della funzione sociale del diritto stesso ». Nè si potrà dire che la funzione sociale è limitata ai beni materiali; il diritto stesso del segreto professionale, riconosciuto dalla società all'individuo, come decade nell'interesse comune per ragioni sanitarie in caso di contagio, così non può persistere quando l'individuo volesse avvalersene ai danni economici della collettività: la stessa ragione morale vi si oppone.

Lo stesso Marsella che nello studio surriferito vuole riconosciuti i diritti di indipendenza dell'individuo che nulla chiede e nulla vuole, riconosce al contrario che « chi vuole dei vantaggi da Enti ed Istituti di cui fa parte volontariamente od obbligatoriamente deve sottostare alle norme che ne disciplinano il retto funzionamento. E' indiscutibile pertanto che il segreto professionale dovrebbe cedere di fronte alle molteplici ragioni suddette alle quali si dovrà aggiungere quella del proscioglimento del segreto di cui abbiamo all'inizio fatto parola.

Vi sono però varie ragioni che ci sconsigliano la richiesta di una riforma così radicale nella procedura amministrativa di questo importante documento. Anzitutto il medico potrebbe interpretare come atto poco discreto dell'Ente questa richiesta diretta; mentre nella grandissima maggioranza dei casi niente giustifica un tale procedimento; inoltre il documento potrebbe ostacolare sotto la veste del segreto e dell'obiettività ogni altro documento di parere diverso pervenuto all'Ente, anzichè rappresentare

un documento di parte in casi di contestazione. Infine la procedura nel disbrigo delle pratiche sarebbe notevolmente rallentata. Riteniamo perciò che il documento debba essere sempre richiesto al curante per il tramite del beneficiario.

All'Ente di assicurazione costituiscono sufficiente garanzia altre norme che rendono molto raro il tentativo di falsare la verità dei fatti.

V'è a tal proposito, nel Codice deontologico unificato che venne compilato dall'Ordine dei Medici, un esplicito avvertimento circa i certificati rilasciati ai propri clienti. L'art. 10 del suddetto codice stabilisce che il medico « non certifichi mai nulla di cui non si sente di poter assumere tutta la responsabilità; non certifichi mai nulla senza previa constatazione *de visu* ».

Se queste norme morali disciplinano l'esercizio professionale del Codice deontologico, vi sono delle sanzioni ben più gravi previste dalla legge per il professionista che, con semplicità, spinga la propria compiacenza fino ad attestare il falso. L'art. 481 del Cod. Pen. stabilisce essenzialmente che « chiunque nell'esercizio di una professione sanitaria o forense o di un altro servizio di pubblica necessità attesta falsamente, in un certificato, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa da L. 500 a 5000. Tali pene si applicano congiuntamente quando il fatto è commesso a scopo di lucro ».

Come si vede il nuovo codice è giustamente rigoroso oltre che per il pubblico ufficiale (art. 480) anche per ogni professionista che attesta in proprio per uso privato. Se tali certificati con troppa larghezza vengono compilati a scopo di giustificazione negli impieghi, per ottenere ferie, licenze speciali, ecc., assumono una importanza molto maggiore nel campo assicurativo nel quale la li-

quidazione di somme notevoli è autorizzata in base all'esame di una relazione medica. L'ultimo comma dell'art. 481 consiglia una speciale cautela in quanto entrano in gioco degli interessi economici. L'importanza giuridica della questione non sfuggirà al sanitario scrupoloso che, avanti di stendere un certificato, si vorrà sincerare lo scopo per cui il certificato è richiesto.

Pertanto qualora il medico curante fosse chiamato a redigere una relazione sulle cause di morte del proprio cliente e dai familiari fosse invitato a redigerla in modo evidentemente contrastante con la realtà dei fatti; egli dovrà, non essendo attualmente possibile procedere altrimenti, dovrà trovare cortesemente il modo di esimersi dalla compilazione stessa. La dignità della professione e la verità non devono essere sacrificate al compiacimento di desideri i cui fini sono taciuti al medico troppo accomodante.

Sarebbe poi utile far conoscere al curante, in una nota messa in testa al modulo della relazione, che l'assicurando nell'atto di contrarre l'assicurazione prosciolsse dal segreto professionale tutti i medici che ebbero a curarlo o visitarlo.

Spetterebbe poi alla famiglia, al cui carico resterà l'onorario, chiudere in busta la relazione stessa specificando il contenuto e così trasmetterlo insieme agli altri documenti.

Crediamo non sia stato inutile, data la loro importanza medico-legale e statistica, aver richiamato l'attenzione sopra gli inconvenienti cui può dar luogo l'attuale compilazione e trasmissione di questo documento. Perchè esso assuma il valore che gli compete occorre sia trasmesso con tutte le cautele e le garanzie del segreto, per cui il curante in piena libertà potrà e vorrà esporre la verità alla conoscenza della quale dobbiamo tendere; d'altra parte solo così la famiglia dell'assicurato potrà essere certa che nes-

sun profano verrà a conoscenza di tare e malattie famigliari notoriamente tenute celate.

In tal modo non si potrà neanche parlare di violazione di segreto professionale poichè la relazione assumerebbe la funzione di una trasmissione d'ufficio da un sanitario ad un altro come accade per le denunce obbligatorie alle quali il nostro documento si potrebbe assimilare indipendentemente dal proscioglimento all'ingresso da parte dell'assicurato.

AUTORIASSUNTO.

Dopo aver diviso nei riguardi della assicurazione vita, le malattie croniche in due categorie quelle sicuramente e quelle probabilmente mortali, l'Autore ricorda l'importanza che in tali casi pre-

senta la relazione medica della causa di morte.

Viene poi presa in esame l'attuale procedura per l'inoltro della relazione e gli inconvenienti cui può dar luogo. Successivamente viene prospettata la trasmissione in busta chiusa a richiesta diretta dell'Ente al medico, trasmissione che potrebbe sollevare incertezze ingiustificate nel curante rispetto al segreto professionale.

L'A. crede comunque sufficiente, a cautelare la riservatezza della relazione, la chiusura in busta di essa praticata dal beneficiario richiedente; in tal modo la relazione costituirebbe una trasmissione di ufficio del segreto effettuata con il consenso e tutte le garanzie degli aventi diritto.

DALLE RIVISTE CHE RICEVIAMO IN CAMBIO

Annali di Igiene (gennaio 1939, Roma).

BIZZANI, *Possibilità dell'immunizzazione attiva contro la febbre tifoide mediante l'ingestione di latte inquinato e pasteurizzato.*

L'Autore in base ad alcuni saggi preliminari afferma che la somministrazione per os agli animali di latte inquinato con bacilli tifici e bonificato con il calore (pasteurizzazione) conferisce uno stato immunitario dovuto all'azione antigene dei cadaveri batterici presenti nel mestruo.

Archivio Italiano di scienze mediche coloniali e di parassitologia (n. 1, 1939).

Prof. A. CASTELLANI e Dott. G. ACANFORA, *Cisticercosi e pseudocisticercosi luetiche.*

Gli AA. riferiscono su di un interessante caso, osservato in una bambina, di cisticercosi generalizzata che ha condotto a morte la paziente e su di un caso di pseudocisticercosi luetica del Castellani.

L'Assistenza Sociale (n. 1, 1939, Roma).

DOMENICI, *Costituzione e concausa nei confronti delle assicurazioni individuali.*

L'Autore rileva che il fattore costituzionale

spesso invocato nelle costruzioni patogenetiche in infortunistica non ha sempre in sede giudiziaria e medico-legale l'importanza che gli si potrebbe attribuire. L'Autore porta come esempio la genesi dell'ulcera gastroduodenale.

La Cultura medica Moderna (31 gennaio 1939, Palermo).

DE LUCA, *Risultati lontani della chirurgia per calcolosi urinaria.*

L'Autore studia i vari metodi usati e da preferirsi nella cura chirurgica della litiasi urinaria mettendoli in relazione con i risultati sia prossimi che remoti.

L'educazione fisio-psichica (febbraio 1939, Milano).

BRANDET, *Equilibrio e movimenti di equilibrio.*

Folia medica (15 febbraio 1939, Napoli).

CINO, *Il comportamento allo sforzo del polso, del respiro, della pressione arteriosa, della velocità di circolo e della pressione venosa.*

L'Autore riporta i risultati delle sue ricerche eseguite in due opposte categorie di casi clinici, l'una di cardiaci e l'altra di pazienti

affetti da malattie varie ma con apparato cardio-vascolare indenne. I fatti osservati dall'Autore possono servire, secondo lo stesso, di fondamento per lo studio di una prova funzionale dell'apparato circolatorio.

La Medicina Internazionale (n. 2, 1939, Milano).

RAVAGNO, *La tubercolosi polmonare nei vecchi.*

L'Autore tratta del pericolo di contagio familiare che nasce da una tubercolosi nei vecchi di solito non sospettata nell'ambiente familiare, riporta alcuni dati statistici sulla tubercolosi nei vecchi e ne descrive i caratteri clinici.

Rassegna Clinico-Scientifica (n. 1, 1939, Milano).

COMEL, *Dermatosi uratiche.*

L'Autore accenna ai rapporti esistenti fra cute e organi interni e rileva che l'esistenza di un nesso tra le anomalie del metabolismo dell'acido urico e la comparsa di focolai di dermatosi è un dato da molto tempo acquisito; espone il concetto della diatesi uratica, discute l'eczema iperuricemico, il prurito uratico, l'orticaria uratica, la prurigo uratica.

Rassegna della Sicurezza e dell'Igiene del lavoro (febbraio 1939, Roma).

SPINELLI, *Pericolo crescente: la circolazione.*

L'Autore prende in considerazione i danni enormi provocati da incidenti della circolazione stradale ed esamina i mezzi adatti alla prevenzione di tali incidenti.

PEDIO, *Sull'organizzazione di gare concernenti la prevenzione degli infortuni nelle grandi aziende.*

Si richiama l'attenzione dei Dirigenti Industriali sull'efficacia delle gare a premio ai fini della prevenzione infortunistica.

Risanamento Medico (15 febbraio 1939, Roma).

BASTA DOMENICO, *Creare l'uomo antipatologico.*

L'Autore mette in rilievo l'importanza del fattore costituzionale, nella insorgenza delle malattie e la necessità di premunire l'organismo contro le malattie mediante una azione e comprensione sempre più estese della medicina preventiva.

Rivista del Lavoro Commerciale (ottobre 1938, Roma).

DEL GIUDICE, *Il lavoro nell'autarchia.*

Rivista di Medicina Aeronautica (dicembre 1938, Roma).

MANOLLI, *Alcune caratteristiche di morbilità nel personale di ruolo dell'Aviazione Italiana.*

L'Autore tratta della morbilità del personale di ruolo dell'Aviazione militare italiana nel decennio 1928-1937 ed esamina nella morbilità totale la diversa proporzione delle varie forme mediche, chirurgiche e traumatiche e la loro frequenza in rapporto alla specializzazione del personale.

La Settimana Medica (già Rivista Sanitaria Siciliana), n. 3, 1939, Palermo.

FRADÀ, *Contributo allo studio delle chetosi ipofisarie.*

L'Autore descrive un caso di acromegalia classico per tutti i caratteri nel quale il metabolismo idrocarbonato non era alterato e nel quale vi era intensa chetosi. L'Autore riferisce la sindrome iperchetonemica constatata ad un disturbo di origine ipotalamo-ipofisaria del metabolismo lipidico.

Terapia (gennaio 1939, Milano).

TRON, *Verso la vaccinazione specifica dell'influenza epidemica.*

L'Autore conclude che attuando una vaccinazione specifica contro l'agente dell'influenza e una mista contro i fattori delle complicazioni si potrà forse raggiungere la soluzione del grave problema.

Tubercolosi (gennaio, 1939).

LEONARDI, *Sulla meningite tubercolare post-traumatica sperimentale.*

Dalle esperienze dell'Autore risulta, tra l'altro, che nelle cavie la meningite tubercolare successiva a traumi al capo si verifica molto raramente anche nelle condizioni sperimentali più favorevoli.

L'esperimento in definitiva ripete quanto si osserva nella patologia umana. Difatti mentre i traumatizzati del capo con lesioni specifiche nel loro organismo sono certamente numerosi la meningite tubercolare traumatica è assai rara.

Il Vetro (febbraio 1939, Roma).

Storia della finestra e del vetro.

Stazioni che si rinnovano.

Semeiotica di Medicina Assicurazione Vita

Sopra alcuni particolari aspetti radiologici dell'ombra diaframmatica non aventi significato patologico

Dott. TOMASO RICCIOTTI

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

In questo articolo intendo soffermarmi brevemente su taluni reperti radiografici che si riferiscono alla morfologia del diaframma e che non depongono per alterazioni morbose pregresse o in evoluzione. E' utile pertanto tenere pre-

Le due cupole diaframmatiche in condizioni normali, a paziente eretto ed in proiezione dorso-ventrale, descrivono un bell'arco convesso a guisa di segmento di cerchio (v. fig. 1). La situazione dell'arco può essere più o meno alta in rap-

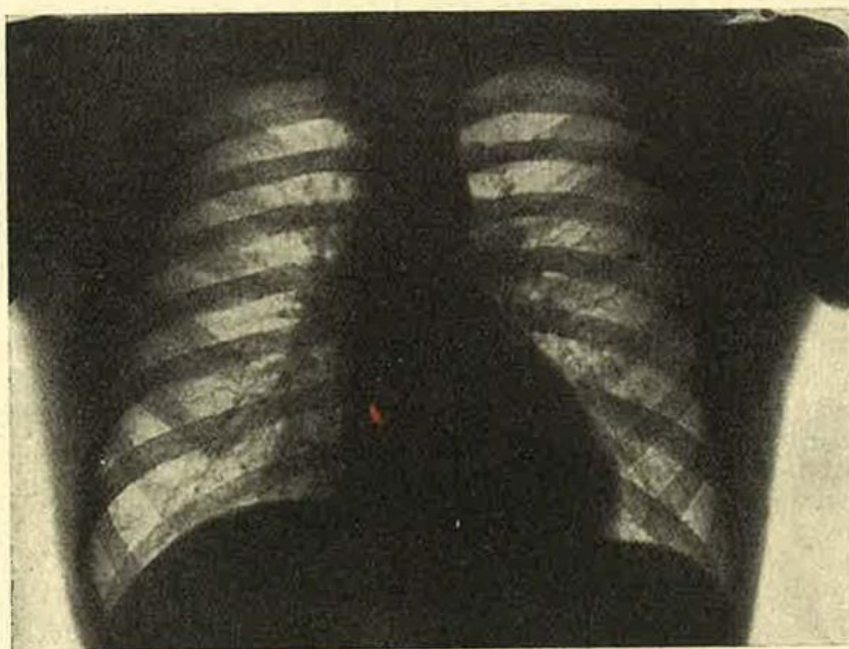


Fig. 1

senti queste anomalie anatomo-radiografiche poichè abbastanza spesso occorre di osservarle in Medicina Assicurazioni Vita e perchè, qualora venissero scambiate con processi aderenziali, potrebbero gravare a torto sul giudizio diagnostico e prognostico del caso in esame. Le riproduzioni radiografiche intercalate nel testo per maggior chiarimento si riferiscono a soggetti da me osservati nel Gabinetto Radiologico della Direzione Generale dell'I. N. A.

porto all'età, alla costituzione; al sesso; come pure in relazione agli stessi fattori la curvatura può presentarsi — entro certi limiti — più o meno accentuata. Ma la linea che segna il suo contorno è nella generalità dei casi netta, regolare, senza interruzioni e segna nei buoni radiogrammi in modo ben marcato il limite di passaggio tra il campo chiaro polmonare e l'opacità eterogenea dei visceri addominali sottostanti.

Senonchè talvolta invece dalla classi-

ca forma a cupola unica l'emidiaframma di un lato, più frequentemente il destro, può presentare due o più cupole poste l'una accanto all'altra oppure obliquamente l'una dietro all'altra (v. figg. 2 e 3). Questo particolare aspetto del diaframma ha dato luogo a numerose discussioni ed a varie ipotesi ed interpre-

loghi solchi della faccia superiore del fegato.

Cruveilhier e Rokitansky credettero di poter spiegare questi solchi con l'uso prolungato di busti troppo stretti, ed anche v. Frerichs era di questo parere; ma reperti analoghi in uomini e in donne che non avevano mai fatto uso del

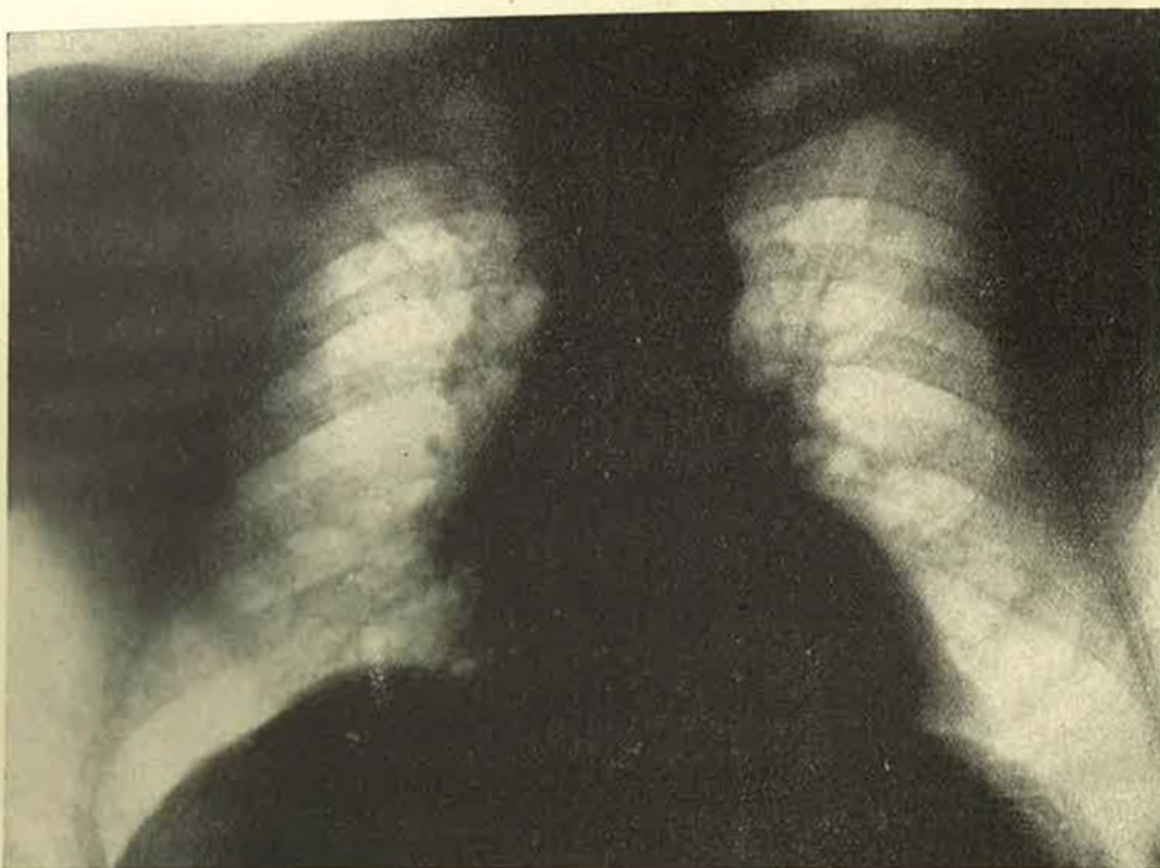


Fig. 2

tazioni a cui accennerò sommariamente. Quando compaiono due curve sole l'Assmann pensa che ciò si debba riferire al fatto che la parte periferica carnosa del muscolo si contrae troppo rapidamente e si porta molto più in basso della porzione centrale tendinea.

Nei casi più numerosi in cui le curve sono multiple è da ritenere che il reperto dipenda da una diversità di lunghezza e d'inserzione dei singoli fasci muscolari diaframmatici che alle volte trovano la loro corrispondenza in ana-

busto non autorizzano ad estendere a tutti i casi tale interpretazione.

Chiari attribuisce questi solchi ad una posizione abnormemente bassa del diaframma e ad uno stato di difficile inspirazione ed espirazione. Tigri, Seglas ed altri ritennero che in persone affette da malattie dell'apparato respiratorio (non meglio precisate) per effetto dello sforzo inspiratorio si determinasse una graduale ipertrofia del diaframma a carico specialmente dei piccoli fasci muscolari ad inserzione costale. Orth e Mathei pen-

sano che si tratti semplicemente di una anomalia congenita, avendo osservato la presenza di solchi diaframmatici già in un bambino di sette mesi.

Stando alla nostra pratica radiologica in campo assicurativo il reperto così frequente in soggetti che nè in base all'indagine anamnestica nè all'esame obiet-

da echinococco, neoplasmi, gomme, ascessi multipli della faccia superiore) per l'emidiaframma destro; a carico della milza o del rene per l'emidiaframma sinistro. La discriminazione, fondata sulla concomitanza di altri segni clinici e radiologici, non va trascurata; ma si tratta di eventualità addirittura ecce-

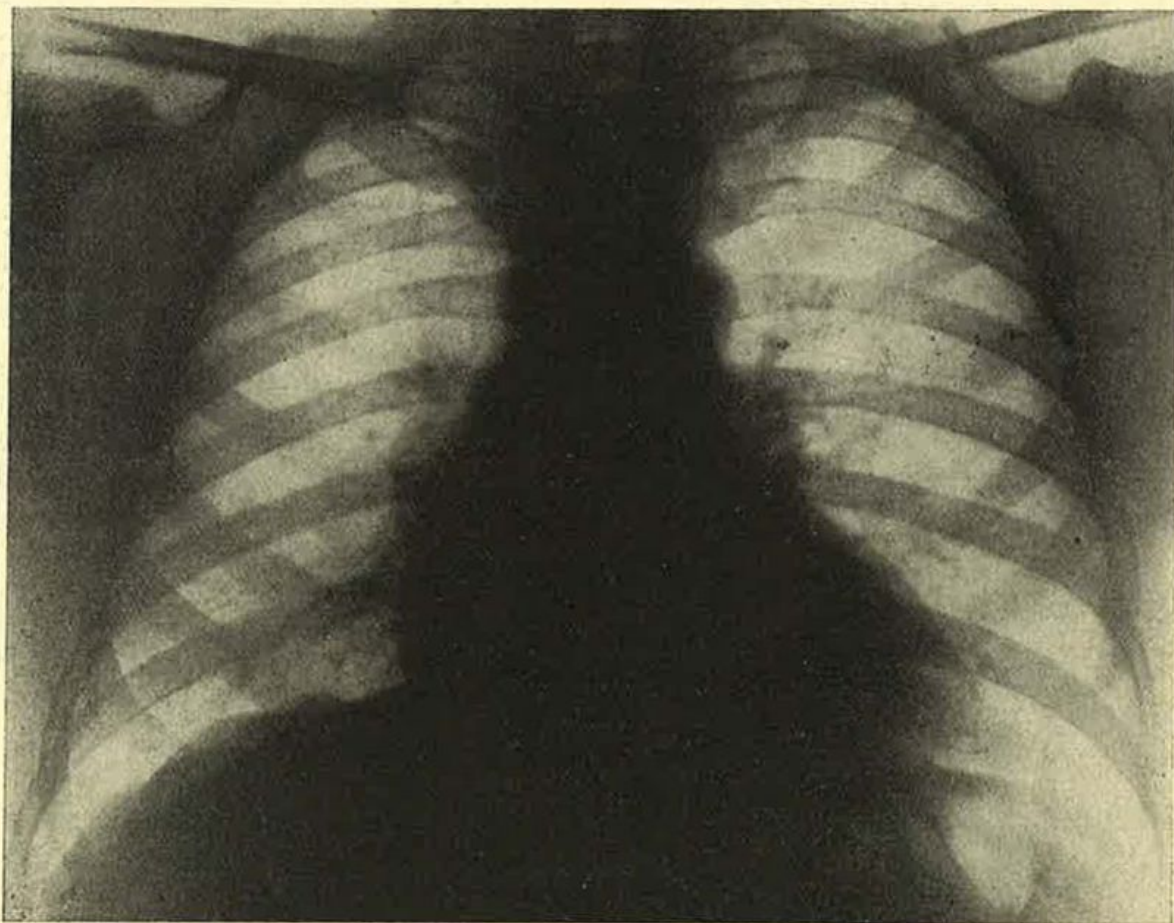


Fig. 3

tivo risultavano di essere affetti da malattie di sorta a carico di alcun organo o sistema ha suscitato in noi il convincimento che il particolare aspetto radiologico di una cupola diaframmatica costituita da molteplici segmenti curvilinei stia a rappresentare nella generalità dei casi un fenomeno del tutto normale.

Con questo non si deve dimenticare che talvolta il rilievo di numerose curve al posto dell'unico arco diaframmatico viene a costituire l'espressione di un processo morboso: a carico del fegato (cisti

zionali nella pratica assicurativa.

Pertanto il reperto radiologico *isolato* deve far pensare ad un fatto normale, come sta ad attestare la discreta frequenza con cui esso si riscontra nelle visite di assunzione e di collaudo della salute dove il normale ha una parte preponderante.

* * *

Ma ad un altro particolare aspetto radiologico della cupola diaframmatica desidero qui accennare.

Storm van Leeuwen, Eversbusch e Weltz in alcuni pregevoli lavori hanno esposto i risultati dei loro interessantissimi studi sulle cause di una speciale configurazione morfologica dell'ombra diaframmatica. Si tratta di casi in cui la cupola del diaframma non si presenta ad arco unico come nel tipo classico e nemmeno col già descritto aspetto a segmenti curvilinei, ma a piccoli tratti pianeggianti posti a vario livello che conferiscono all'insieme dei contorni un aspetto che si potrebbe chiamare « a scalino ». Come si spiega questo quadro? Prima delle ricerche degli AA. sopra citati il reperto veniva erroneamente riferito a processi aderenziali, ed ancora oggi l'errore si ripete più spesso che non si creda.

Gli AA. hanno condotto le loro osservazioni sopra un vasto materiale composto da persone normali e da cantanti di professione, ossia da gente esercitata alle ispirazioni profonde. Essi hanno trovato che nei cantanti di professione l'ispirazione profonda si compiva a pancia in fuori, mentre nelle persone normali in alcune avveniva a pancia in fuori e in altre a pancia in dentro. Naturalmente nei cantanti ed in quelli che nelle forti ispirazioni portavano la pancia in fuori il diaframma scendeva più in basso, negli altri restava più in alto.

Orbene questo contorno diaframmatico a linea spezzata in dieci cantanti bene esercitati è stato riscontrato nove volte ed è interessante notare che gli stessi cantanti, invitati a respirare con la pancia in dentro e non molto profondamente, non presentavano più questo reperto.

Sono state altresì istituite delle esperienze provocando artificialmente una stenosi respiratoria mediante una valvola applicata sulla bocca, a naso chiuso, e si è visto che i radiogrammi ese-

guiti in ispirazione profonda dimostravano nettamente le pieghettature. Ora queste pieghe, che un tempo venivano senz'altro attribuite ad aderenze, costituiscono un fenomeno del tutto normale: esse si possono provocare con una forte tensione attiva del diaframma, il che negli animali è stato dagli stessi sperimentatori ottenuto per mezzo della stimolazione diretta del nervo frenico o mediante iniezione di stricnina e nell'uomo provocando un forte abbassamento del diaframma con la ispirazione forzata a pancia in fuori.

Dunque la condizione necessaria per cui questo speciale quadro possa manifestarsi è l'ispirazione forzata molto spinta. Il fondamento anatomico del fenomeno risulta chiarito ricordando che l'inserzione del diaframma alla parete costale si fa per mezzo di tanti fasci muscolari che partendo dal centro tendineo vanno separatamente ad inserirsi sulla faccia interna e sul margine superiore delle sei ultime costole per mezzo di altrettante digitazioni. In alcuni soggetti queste digitazioni possono essere eccessivamente sviluppate, in altri rinforzate, in altri ancora possono essere più numerose ed inserirsi più in alto o più in basso del normale (Thompson vide persino alcuni fasci costali terminare in basso sulla cresta iliaca!). Insomma tutte queste diverse eventualità sono sufficienti per spiegare le accennate anomalie anatomo-radiologiche della base diaframmatica.

Ora il motivo per cui da alcuni radiologi il reperto — indipendentemente da qualunque spiegazione — è descritto con maggiore frequenza mentre da altri è stato riscontrato più raramente dipende dalla tecnica personale che si usa nella presa del radiogramma: chi è abituato a fare le radiografie toraciche sempre in ispirazione forzata troverà un maggior numero di casi di diafram-

ma a scalino; chi invece si limita ad un'ispirazione modica ne troverà meno. Nel mio materiale il reperto è assai scarso poichè — uniformandomi alla tecnica suggerita da Köhler — ho il sistema di eseguire le radiografie in ispirazione buona ma non forzata.

* * *

Ho creduto di illustrare, sia pure in forma succinta, questi reperti perchè negli esami radiologici che si praticano in Assicurazione Vita essi possono essere riscontrati e dar luogo — se non tenuti presenti — ad errori interpretativi. Infatti fino a non molto tempo fa questi quadri venivano invariabilmente attribuiti (mi riferisco in particolare al secondo reperto) ad esiti di pleurite basale, e se oggi essi hanno perduto ogni significato patologico si deve agli studi di Eversbusch, Weltz e degli AA. già ricordati che per mezzo della Röntgenstereografia e del pneumotorace diagnostico hanno potuto escludere in tutti i numerosi casi presi in esame l'esistenza di aderenze.

Perciò nel nostro campo ove il riscontro di alterazioni pregresse e dei loro esiti incide sul giudizio del rischio in esame, l'argomento meritava di essere svolto poichè contribuisce notevolmente a chiarire il reale stato di cose ed a risolvere in modo decisivo l'apparente contrasto di fronte a cui talvolta ci si viene a trovare quando l'esame clinico esclude per la perfetta mobilità delle basi quei fatti aderenziali che la pellicola radiografica invece, non convenientemente interpretata, sembra mettere in evidenza.

BIBLIOGRAFIA

- G. EVERSBUSCH - G. A. WELTZ, *Über Zwerchfelladhäsionen und Zwerchfellfalten*. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Bd. 46-H 3.
- W. STORM VAN LEEUWEN - G. A. WELTZ, *Über die Zwerchfellfalten im Röntgenbild*. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. 46 - H 2.
- A. KÖHLER, *Limiti del normale e inizi del patologico in Röntgen-diagnostica* Sperling e Kupfer.
- T. RICCIOTTI, *L'esplorazione radiologica della pleura e del diaframma in Medicina Assicurativa*. L'Assistenza Sanitaria, 1938, n. 2.

Varie

Andamento statistico della natalità e della mortalità in Grecia

A cura del Ministero dell'Economia Nazionale della Grecia è stato pubblicato recentemente il volume riguardante la statistica delle cause di morte e del movimento della popolazione verificatosi nel Regno durante l'anno 1936.

La popolazione complessiva al 31 dicembre 1936 risulta di 6.933.414, le nascite hanno superato i decessi di 88.338 unità nell'anno suddetto cui devono aggiungersi una quota di 5635 individui eccedenti nel movimento migratorio.

Il numero dei decessi è stato complessivamente di 105.005; la quota maggiore è stata data dalla Tracia con il 18,19 % e

dalla Tessalia con il 17,80 %; la minore in Creta con l' 11,31 %. Sebbene il numero dei decessi in Grecia sia stato inferiore nell'anno in esame in confronto al periodo 1928-1933, esso è stato però superiore a quello verificatosi negli anni 1934 e 1935; queste grandi oscillazioni che talvolta superano le 10.000 unità sono dovute alle epidemie che notevolmente influiscono nell'andamento demografico della Nazione.

Passando all'esame delle cause di morte si riscontra che in 9125 casi non è stata denunciata alcuna causa specifica; inoltre le malattie infettive hanno da sole provocato la morte di 24.787 persone. Più esattamente la

tubercolosi ha dato 8846 decessi, cioè 84,24% sul totale dei morti per malattie contagiose ed ogni 10.000 abitanti hanno dato il contributo del 12,85 unità. Il tifo ha presentato 1511 casi di morte cioè 14,39 % che corrisponde al 2,19 unità ogni 10.000 abitanti. Un numero molto maggiore ha dato la malaria con 5181 casi di morte, superando di ben 1581 unità il totale dell'anno 1935. Rilevante anche il numero di morti per difterite che presenta un totale di 1822 casi, la tosse convulsa con 1381 e le infezioni purulente e setticemiche con 833 decessi.

Passando ad altro gruppo di malattie troviamo che le affezioni respiratorie non tubercolari hanno presentato 16.724 decessi con notevole prevalenza nelle campagne; le

malattie dell'apparato digestivo hanno dato 13.115 decessi. La senilità è denunciata in 10.273 casi. Modesto è il coefficiente dato dalle malattie circolatorie con 5169 casi cioè il 49,24 per 1000 decessi; seguono le malattie genitali con il 46,92‰.

Tende ad aumentare notevolmente il numero dei casi di cancro e dei tumori in genere che offre 3616 casi rispetto a 3299 verificatesi durante l'anno 1935. Le malattie nervose tendono ugualmente ad aumentare raggiungendo il 62,59 per 1000 decessi; infine le morti violente accidentali hanno raggiunto con 3039 casi il 28,94‰ sul totale dei morti.

Atene, 4 febbraio 1939.

Prof. Dott. BASILIADES.

Dai Libri e dai Periodici

L'importanza in assicurazione vita della diagnosi di vecchiaia.

È certamente uno dei più ardui problemi il poter precocemente stabilire, in ogni soggetto, i sintomi iniziali di invecchiamento. Tale fenomeno illustrato da Heinrich in *Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung* n. 1, 1939, deve intendersi come l'allentamento di determinate attività, o il manifestarsi precocemente di dati segni di età avanzata in soggetti che non dovrebbero presentare.

In pratica bisogna differenziare un invecchiamento patologico e uno fisiologico il primo può insediarsi in un organo solo e poi estendersi a tutto il sistema. Questo tipo di invecchiamento è quello che più interessa l'assicurazione vita. Bürger ammette che esista un processo di invecchiamento così detto «sincrono» cioè che si stabilisce uniformemente in tutti gli organi, come anche è riscontrabile l'inverso, cioè l'invecchiamento di un organo isolato, mentre gli altri sistemi mostrano una maggiore attività.

L'attività muscolare è spesso la prima a dare i segni iniziali di invecchiamento. La maggiore attività dei muscoli si ha nell'uomo da 23 fino ai 28 anni, mentre comincia a decadere dopo i 30. Anche i fenomeni visivi sono assai precoci. Già fino dall'età di 10 anni il

punto focale comincia a spostarsi, perchè il cristallino perde gradualmente la sua elasticità. Ciò permette, con una certa probabilità, di avere indizi sul processo di invecchiamento che ogni soggetto subisce (Vogt) il che si verifica normalmente tra il 42 fino al 45 anno di età.

Ha anche importanza riscontrare il cosiddetto gerontoxon che può verificarsi anche precocemente. Questo fenomeno è stato riscontrato anche nei giovani e si deve ad alterato ricambio della colesterina; è influenzabile con opportuna dieta, ciò che vale a differenziarlo come segno di vera vecchiaia.

Accanto ai disturbi visivi si riscontra anche la diminuzione dei limiti del campo uditivo specialmente dei toni alti.

Per il cervello sono state descritte sindromi di vecchiaia difficilmente differenziabili da quelle patologiche. Il processo di invecchiamento può colpire una parte o il cervello «in toto». Così si spiegano le alterazioni fisiche e psichiche della sindrome di Arz e di Pick o in quella di Spatz e di Haller, nella paralisi spinale spastica o nell'atrofia ponto-olivo-cerebellare. Un segno di invecchiamento che si può mettere in evidenza con l'encefalogramma pare sia un notevole riempimento della cavità sub-aracnoidea.

La pressione arteriosa dimostra le diverse

tappe dell'incipiente vecchiaia, tanto che si può dire che ogni età ha la sua pressione. Anche la velocità di sedimentazione del sangue con il progredire dell'età si fa più lenta, come l'attività di adattamento dei capillari di ogni richiesta del sistema nervoso periferico.

Sembra che il 60° anno di età sia il punto critico del declinare della vita, in quanto diventano più palesi i sintomi di invecchiamento. Le Comte de Nuy ha notato che nei vecchi le ferite estese sia in superficie che in profondità guariscono più tardi che nei giovani. Notnaas ha osservato che le perdite di tono dei capillari nella vecchiaia trova il suo riscontro nell'aumento del « tempo di latenza dermografico ».

Nella Clinica Medica di Lipsia si stanno eseguendo degli studi per stabilire i sintomi della vecchiaia e un allievo di Bürger, Schlomka ha introdotto un « indice tipico » per valutare le manifestazioni della vecchiaia. Ecco alcune osservazioni da lui fatte: la capacità vitale aumenta fino a 35 anni, poi decade. Negli anziani l'indice tipico, quando non si abbassa per cause patologiche, si indebolisce in genere di $\frac{3}{4}$ del suo valore iniziale.

Questi studi sui sintomi della vecchiaia hanno una grande importanza per la medicina assicurativa, che deve orientarsi, nel proprio interesse, verso l'igiene della vecchiaia.

C. CONFORTO.

La velocità dell'eritrosedimentazione nelle cardiopatie valvolari croniche.

Simici, Zamfir e Munteano (« Archives des maladies du coeur », dic. 1938, Parigi) avendo a disposizione un abbondante materiale di studio costituito da giovani soggetti che alla visita di leva presentavano varie cardiopatie valvolari croniche per lo più dovute a reumatismo articolare acuto sofferto diversi anni prima, hanno pensato che poteva essere interessante, ricoverando i soggetti, prendere in esame il comportamento della eritrosedimentazione in questi casi.

Le ricerche avevano un duplice scopo, perchè esse potevano non solo mettere in rilievo il comportamento della velocità di sedimentazione nelle cardiopatie croniche ma soprattutto potevano fornire degli elementi per stabilire se in questi ammalati che non presentavano segni di infezione in atto esistessero ancora delle modificazioni bio-fisico-chimiche capaci di provocare un aumento di velocità di sedimentazione: fenomeno che se fosse esistito avreb-

be secondo gli Autori dimostrato la persistenza nell'organismo dei cardiopatici valvolari cronici, del virus reumatico allo stato attenuato. E' noto infatti che l'infezione reumatica durante la sua evoluzione produce delle modificazioni del sangue capaci di incidere sulla velocità di sedimentazione delle emazie.

L'accelerazione della velocità di sedimentazione persiste per lungo tempo nei malati trattati con dosi insufficienti di salicilato, anche quando la febbre e gli altri segni infettivi sono scomparsi.

Dalle ricerche degli Autori risulta che la velocità eritrosedimentaria è discretamente accelerata o molto accelerata quasi presso tutti i cardiopatici che hanno nell'anamnesi uno o più attacchi di r. a. a.

E' molto probabile che ciò sia dovuto alla persistenza nello organismo del virus reumatico allo stato di virulenza attenuata.

C. S.

Cuore e sindrome adenoidea.

Se il Santorini ebbe la convinzione dell'influenza patologica della tonsilla faringea su tutto l'organismo è di questo ultimo ventennio l'unanime consenso di tutti gli Autori sull'inevitabile ripercussione delle manifestazioni adenoidee non soltanto sugli organi vicini ma anche su quelli lontani e soprattutto sull'economia generale dell'organismo.

L'adenoidismo ormai è inteso non più come un insieme di manifestazioni patologiche raggruppate nella « facies adenoidea » ma è inteso come un complesso di fenomeni anormali temporanei o permanenti, tanto che sarebbe più logico parlare non di adenoidismo ma di sindrome adenoidea.

De Matteis e Redoglia (« Minerva Medica », 1939, n. 6, Torino) hanno studiato l'influenza che l'adenoidismo esercita sul cuore allo scopo di stabilire il volume cardiaco degli adenoidei e vedere se l'eventuale aumento di volume del cuore negli adenoidei debba essere interpretato come un segno di mixedema.

Nello studio di 33 casi osservati prima dell'intervento gli AA. hanno trovato il volume cardiaco normale in 8 casi aumentato in 14 casi, diminuito in 11 casi. Le curve elettrocardiografiche hanno riprodotto un quadro tipicamente simpatico (aumento dell'onda P e della T in II o in I e II D) in 13 casi mentre nel restante numero non si notavano segni particolari.

Gli AA. ritengono errato il concetto di cuore

mixedematoso o ipotiroideo nella sindrome adenoidica.

Alla distanza di dieci giorni e poi dopo un mese dall'intervento il volume cardiaco ha subito oscillazioni variabili assolutamente prive di ogni specifica reazione all'asportazione delle adenoidi.

L'insufficienza coronarica.

Accanto all'espressione generica di insufficienza cardiaca che, pur essendo antica conserva tuttavia il suo valore è apparsa di recente un'espressione clinica nuova, la cosiddetta insufficienza coronarica che merita di essere divulgata perchè risponde ad un concetto clinico nettamente definito.

Con questo termine si intende una speciale condizione morbosa del cuore che viene a determinarsi in conseguenza di un insufficiente apporto di sangue al muscolo cardiaco da parte delle arterie coronarie. L'insufficienza coronarica sarebbe dovuta quindi ad un difetto di nutrizione del muscolo cardiaco.

Due condizioni fondamentali determinano nel cuore sano quell'optimum nutritivo del miocardio che lo rende atto a rispondere in ogni momento a qualsiasi richiesta di lavoro e cioè: l'apporto sanguigno adeguato e la perfetta adattabilità del calibro vasale sotto l'influsso nervoso vasomotorio.

Le arterie coronarie non vanno considerate come dei semplici canali inerti, ma sono dotate di una squisita facoltà alternativamente dilatatoria e costrittoria la quale permette ai grossi tronchi superficiali di sovrariempirsi durante la sistole cardiaca funzionando da serbatoi momentanei del sangue che viene spinto dopo nelle arterie intramurali durante la diastole.

In base a queste considerazioni potremo spiegarci ciò che avviene in condizioni patologiche quando la circolazione coronarica si fa insufficiente al suo compito, cosa che può avvenire o per apporto di sangue qualitativamente o quantitativamente insufficiente (gracilità, defedamento, anemia ecc.) o per disfunzioni coronarie dovute ad alterazioni puramente funzionali oppure ad alterazioni organiche vere e proprie del sistema coronarico.

D'Angelo (« La Settimana Medica », n. 2, 1939, Palermo) esamina il problema dell'insufficienza coronarica, ne dà la definizione e ne studia la patogenesi la sintomatologia la diagnosi e la terapia.

Per quanto riguarda la sintomatologia la manifestazione principale è quella dolorosa.

Nelle forme in cui la deficienza di irrorazione si verifica lentamente anzichè bruscamente il dolore può mancare perchè allora la circolazione del muscolo cardiaco può venire assicurata per vie collaterali. L'insufficienza coronarica può manifestarsi ancora con segni clinici di patimento miocardico. Secondo Condorelli l'insufficienza coronarica ha tre forme cliniche principali: forma anginosa semplice, forma miocarditica, forma grave in rapporto con l'infarto del miocardio.

La diagnosi clinica spesso può essere solo di probabilità.

Il giudizio clinico dell'integrità delle coronarie rappresenta il problema centrale e più difficile dell'indagine cardiologica e l'esame elettrocardiografico si rende indispensabile poichè in nessun altro campo della cardiologia essa è così preziosa. Le deviazioni dal tracciato normale riguardano soprattutto l'aspetto del complesso ventricolare specialmente del tratto R-T ed il comportamento dell'onda T. Tali modificazioni elettrocardiografiche non sono caratteristiche delle alterazioni coronarie e soltanto il confronto fra il tracciato ottenuto in riposo e quello ottenuto dopo sforzi può orientare la diagnosi verso le modificazioni di natura vascolare.

Le alterazioni dell'apparato cardiovascolare nel morbo di Flaiani-Basedow con speciale riguardo alle forme ad insorgenza acuta.

Fra i sintomi cardinali della tireotossicosi predominano quelli a carico della sfera vascolare. Molte forme fruste di Basedow vanno sotto la erronea diagnosi di nevrosi cardiaca.

Mentre fino a qualche tempo fa si ammetteva che la causa principale del morbo di Basedow risiedesse in un aumento della funzione tiroidea oggi si ammette che numerosi altri fattori debbono essere presi in considerazione.

Faita ha richiamato l'attenzione sulla importanza dei centri ipotalamici diencefalici per il governo centrale delle attività tiroidee e si spiegherebbe così la comparsa di forme di Basedow in seguito ad encefalite, ad avvelenamento da ossido di carbonio, a tumore del peduncolo ipofisario a rammollimenti cerebrali ecc.

La sintomatologia a carico dell'apparato cardiovascolare è varia e multiforme. I capillari si presentano sottili e allungati e la velocità di circolazione è aumentata. La pressione sistolica a volte è superiore alla normale e la minima è inferiore. De Candia è

d'avviso che quanto più bassa è la pressione diastolica tanto più grave è l'ipertiroidismo. Con la guarigione il sintomo tende a sparire. Il cuore generalmente all'inizio si mostra ingrandito. Solo quando l'organo è poco resistente per una particolare meopraxia può avvenire che la tireotossicosi provochi una caduta del suo tono e un ingrossamento. Una nota radiografica caratteristica del cuore da Basedow sarebbe l'accentuazione del secondo arco di sinistra (arco della polmonare). Al chimogramma si apprezzano bene i movimenti accentuati e molto salienti dei contorni ventricolari.

Anche in condizioni di compenso oltre alla tachicardia è facile sentire sul cuore dei rumori sistolici che in assenza d'insufficienza mitralica relativa o organica possono essere messi in relazione con l'aumento di velocità di circolazione. Sui focolai della base un soffio diastolico non è eccezionale ed è dovuto o ad una insufficienza delle valvole polmonari, e in questo senso deporrebbe in rilievo dell'arco della polmonaria che si presenta vivamente pulsante, o ad insufficienza aortica che viene riportata ad una combinazione della ipertensione con la debolezza del cuore. E' stato anche descritto un soffio presistolico da stenosi relativa mitralica conseguente alla dilatazione ventricolare.

All'elettrocardiogramma sono da segnalare oltre la tachicardia sinusale la fibrillazione auricolare, l'accentuazione dell'onda T e della P, lo slivellamento del tratto intermedio S-T, le extrasistoli atriali e ventricolari la prevalenza del ventricolo sinistro ecc.

Dopo questa esposizione dei fatti concernenti l'argomento, Di Marco (« Cuore e Circolazione », febbraio 1939, Roma) riferisce su di una serie di casi nei quali ha trovato quasi sempre segni elettrocardiografici di sofferenza miocardica. In molti soggetti della casistica la malattia è insorta acutamente dopo un episodio febbrile. Queste forme acute spesso assumono un decorso galoppante.

Alcune credenze fallaci in cardiologia.

Il « Policlinico » (Sez. Prat., n. 1, 1939) riporta un articolo di Lennel e Thomson, apparso su « British Med. Jour. » del 27 agosto 1938, in cui si mettono in evidenza alcuni errori comuni in cardiologia.

1) Non è lecito far diagnosi di cuore grasso solo perchè un individuo obeso presenta « il respiro corto » dopo sforzo. Prima di ammettere un « cuore grasso » nell'insufficienza degli

obesi occorre ricercare le altre cause di insufficienza (ipertensione ecc.).

2) L'osservazione radiologica in cardiologia è utilissima. Con la sola percussione non è possibile delimitare esattamente le dimensioni trasversali del cuore. Lo spostamento dell'itto se non è dovuto a cause polmonari non ha un valore diagnostico assoluto in quanto deviazioni della colonna vertebrale e l'innalzamento del diaframma possono esserne causa. In questi casi un esame radiologico risolvere la questione ed evita di considerare patologico un cuore normale, cosa che spesso avviene.

3) Il cuore con l'età non aumenta di volume, anzi tende a diminuire. Nel caso in cui lo si trova ingrandito è necessario ricercare altre cause (ipertensione, blocco di branca del fascio).

4) Il criterio dell'intensità dei toni per giudicare dell'efficienza del cuore è in generale fallace. Lo smorzamento di essi può essere dovuto a obesità, enfisema, a differenze acustiche nei diversi toraci e a differenze soggettive degli ascoltatori.

5) Molti considerano le extrasistoli come segno di malattie organiche del cuore. Mackenzie fin dal 1918 stabilì che non bisogna dare eccessiva importanza all'extrasistole che raramente è espressione di gravi condizioni cardiache. Inoltre l'extrasistole non ha significato pronostico se si trova presente in casi di malattia organica del cuore.

6) Alla fine del primo attacco di reumatismo non è possibile dare una risposta sicura alla domanda se il cuore sia o no leso. In un paziente che non presenta rumori patologici alla fine di un attacco di reumatismo a. a. si possono sviluppare uno o due anni dopo dei segni sicuri di lesione valvolare, perchè la retrazione valvolare è un processo lento.

7) In un individuo che ha sofferto di attacchi di r. a. a. e specialmente sospetto il rumore lungo soffiante sistolico. I rumori sistolici funzionali sono tipicamente brevi e di carattere non soffiante. Nella determinazione del significato del rumore sistolico l'esame radiologico ha la massima importanza.

C. S.

Il polmone azotemico.

« La Settimana Medica » del 19 gennaio 1939 riassume un articolo apparso su « Jour. Med. de Lyon », 1938, n. 446 in cui l'A. richiama l'attenzione su di alcuni reperti radiografici riscontrati in individui azotemici. Si possono trovare in tali casi delle macchie più o meno

confluenti localizzate per lo più nelle regioni medie o parailari del polmone o anche localizzate esclusivamente al lato destro. Il polmone prende un aspetto pomellato o fiocoso.

Tali macchie hanno la caratteristica di essere a volte modificabili fino a sparire con la normalizzazione della azotemia.

Il substrato anatomopatologico sarebbe dato da un edema del polmone, e la diagnosi differenziale facilitata dall'esame clinico va posta con il polmone da stasi e con certe forme di tubercolosi polmonare.

La cicatrizzazione nelle ulcere peptiche dopo profuse emorragie.

L'esperienza di molti casi di ulcere gastriche, duodenali e digiunali post-operatorie ha dimostrato ad R. Alessandri (Archivio italiano di chirurgia n. 1, 1938) che spesso esiste una tendenza alla cicatrizzazione con cure mediche della lesione ulcerativa, non solo clinicamente, ma accertata sul pezzo anatomico nei casi in cui si è intervenuti a distanza.

Quattro casi soprattutto sono dimostrativi in tal senso e vengono riferiti dall'A.: però in uno di questi l'emorragia si ripetette. Concludendo l'A. consiglia di attendere dopo l'emorragia un certo tempo per accertare se la cicatrizzazione tenda alla guarigione, in caso diverso consiglia l'operazione.

St.

Notiziario dell'amministrazione sanitaria del Regno (1938).

Scorrendo questo primo volume di statistica, edito a cura della Dir. Generale di Sanità Pubblica, non possiamo non apprezzarne il suo notevole valore che lo rende indispensabile a quanti si occupano di demografia e di statistica sanitaria. In esso troviamo prese in esame le variazioni della popolazione italiana durante gli ultimi quindici anni dalle quali risulta un aumento degli abitanti di 4.544.602.

La distribuzione per età della popolazione in questo periodo di tempo dimostra un aumento percentuale di censiti dai 60 anni in poi ed una diminuzione percentuale di essi nell'età da 0 a 14 anni mentre la distribuzione per sesso si dimostra in Italia più favorevole che altrove.

L'età mediana è risultata di 25,7 anni.

L'indice di nuzialità dimostra una diminuzione nel 1935 rispetto all'indice stesso del 1934 e del 1932; il quoziente di natalità si dimostra lievemente inferiore a quello dei tre anni precedenti; la nati-mortalità è andata lievemente diminuendo dal 1919 al 1935 e mentre

il quoziente di mortalità nel 1935 è stato del 13,9 % quello del 1934 e del 1933 è stato il 13,3 % e del 13,7 %. Come può esser rilevato dai dati sopra riportati è evidente che si tratta di piccole oscillazioni annuali che non incidono sull'andamento generale della curva di mortalità che è in continua e progressiva diminuzione.

La mortalità distinta secondo le cause morbose per il triennio 1933-35 ha messo in evidenza cause presentanti un quoziente di mortalità superiore a 1000 su 1.000.000, cause presentanti un quoziente da 500 a 1000 per 1.000.000 cause con quoziente da 100 a 500 per 1.000.000, da 50 a 100 per 1.000.000, da 50 in giù per 1.000.000. I primi due gruppi, abbracciati le cause di morte più frequenti, comprendono le malattie dell'infanzia, le malattie che incidono sulla mortalità dei primi giorni di vita, e le malattie proprie dell'età avanzata quali quelle del cuore, delle arterie, le polmoniti e bronco-polmoniti, la tubercolosi e i tumori maligni. La costante e sensibile diminuzione della mortalità per malattie infettive ha rappresentato uno dei fattori più importanti nel determinare la diminuzione del coefficiente di mortalità generale. Le morti per malattie infettive, che nel primo anno di vita gravano solo per 1/14 sul complesso dei decessi, raggiungono 1/6 del totale nel secondo anno, 1/4 nel terzo, 1/3 nel quarto e nel quinto.

La mortalità materna va progressivamente diminuendo dal 1887-89 per poi, attraverso oscillazioni, aumentare nel 1935. Nei confronti cogli altri stati l'Italia, rispetto alla mortalità materna, si trova in una posizione privilegiata in quanto il suo quoziente di mortalità per malattie della gravidanza, parto e puerperio è uno dei più bassi.

Per quanto riguarda la mortalità per malattie infettive è da rilevare che il risparmio di vite per tutte le cause di morte è nel 1935 rispetto al 1888 di 226.478 di cui 129.000 si devono alla diminuita mortalità per malattie infettive. Circa la meta del guadagno realizzato sulla mortalità generale in Italia si deve al minor numero di morti per malattie infettive mentre altra quota ingente è da attribuire alla diminuita mortalità infantile.

Per il 1935 la mortalità maggiore si è avuta per la tubercolosi in tutte le forme e sedi seguita dalla tubercolosi respiratoria. La febbre tifoide presenta, subito dopo, il maggior contributo alla mortalità seguita immediatamente dalla difterite.

d'avviso che quanto più bassa è la pressione diastolica tanto più grave è l'ipertiroidismo. Con la guarigione il sintomo tende a sparire. Il cuore generalmente all'inizio si mostra ingrandito. Solo quando l'organo è poco resistente per una particolare miopragia può avvenire che la tireotossicosi provochi una caduta del suo tono e un ingrossamento. Una nota radiografica caratteristica del cuore da Basedow sarebbe l'accentuazione del secondo arco di sinistra (arco della polmonare). Al chimogramma si apprezzano bene i movimenti accentuati e molto salienti dei contorni ventricolari.

Anche in condizioni di compenso oltre alla tachicardia è facile sentire sul cuore dei rumori sistolici che in assenza d'insufficienza mitralica relativa o organica possono essere messi in relazione con l'aumento di velocità di circolazione. Sui focolai della base un soffio diastolico non è eccezionale ed è dovuto o ad una insufficienza delle valvole polmonari, e in questo senso deporrebbe in rilievo dell'arco della polmonaria che si presenta vivamente pulsante, o ad insufficienza aortica che viene riportata ad una combinazione della ipertensione con la debolezza del cuore. E' stato anche descritto un soffio presistolico da stenosi relativa mitralica conseguente alla dilatazione ventricolare.

All'elettrocardiogramma sono da segnalare oltre la tachicardia sinusale la fibrillazione auricolare, l'accentuazione dell'onda T e della P, lo slivellamento del tratto intermedio S-T, le extrasistoli atriali e ventricolari la prevalenza del ventricolo sinistro ecc.

Dopo questa esposizione dei fatti concernenti l'argomento, Di Marco (« Cuore e Circolazione », febbraio 1939, Roma) riferisce su di una serie di casi nei quali ha trovato quasi sempre segni elettrocardiografici di sofferenza miocardica. In molti soggetti della casistica la malattia è insorta acutamente dopo un episodio febbrile. Queste forme acute spesso assumono un decorso galoppante.

Alcune credenze fallaci in cardiologia.

Il « Policlinico » (Sez. Prat., n. 1, 1939) riporta un articolo di Lennel e Thomson, apparso su « British Med. Jour. » del 27 agosto 1938, in cui si mettono in evidenza alcuni errori comuni in cardiologia.

1) Non è lecito far diagnosi di cuore grasso solo perchè un individuo obeso presenta « il respiro corto » dopo sforzo. Prima di ammettere un « cuore grasso » nell'insufficienza degli

obesi occorre ricercare le altre cause di insufficienza (ipertensione ecc.).

2) L'osservazione radiologica in cardiologia è utilissima. Con la sola percussione non è possibile delimitare esattamente le dimensioni trasversali del cuore. Lo spostamento dell'itto se non è dovuto a cause polmonari non ha un valore diagnostico assoluto in quanto deviazioni della colonna vertebrale e l'innalzamento del diaframma possono esserne causa. In questi casi un esame radiologico risolvere la questione ed evita di considerare patologico un cuore normale, cosa che spesso avviene.

3) Il cuore con l'età non aumenta di volume, anzi tende a diminuire. Nel caso in cui lo si trova ingrandito è necessario ricercare altre cause (ipertensione, blocco di branca del fascio).

4) Il criterio dell'intensità dei toni per giudicare dell'efficienza del cuore è in generale fallace. Lo smorzamento di essi può essere dovuto a obesità, enfisema, a differenze acustiche nei diversi toraci e a differenze soggettive degli ascoltatori.

5) Molti considerano le extrasistoli come segno di malattie organiche del cuore. Mackenzie fin dal 1918 stabilì che non bisogna dare eccessiva importanza all'extrasistole che raramente è espressione di gravi condizioni cardiache. Inoltre l'extrasistole non ha significato pronostico se si trova presente in casi di malattia organica del cuore.

6) Alla fine del primo attacco di reumatismo non è possibile dare una risposta sicura alla domanda se il cuore sia o no leso. In un paziente che non presenta rumori patologici alla fine di un attacco di reumatismo a. a. si possono sviluppare uno o due anni dopo dei segni sicuri di lesione valvolare, perchè la retrazione valvolare è un processo lento.

7) In un individuo che ha sofferto di attacchi di r. a. a. e specialmente sospetto il rumore lungo soffiante sistolico. I rumori sistolici funzionali sono tipicamente brevi e di carattere non soffiante. Nella determinazione del significato del rumore sistolico l'esame radiologico ha la massima importanza.

C. S.

Il polmone azotemico.

« La Settimana Medica » del 19 gennaio 1939 riassume un articolo apparso su « Jour. Med. de Lyon », 1938, n. 446 in cui l'A. richiama l'attenzione su di alcuni reperti radiografici riscontrati in individui azotemici. Si possono trovare in tali casi delle macchie più o meno

confluenti localizzate per lo più nelle regioni medie o parailari del polmone o anche localizzate esclusivamente al lato destro. Il polmone prende un aspetto pomellato o fiocoso.

Tali macchie hanno la caratteristica di essere a volte modificabili fino a sparire con la normalizzazione della azotemia.

Il substrato anatomopatologico sarebbe dato da un edema del polmone, e la diagnosi differenziale facilitata dall'esame clinico va posta con il polmone da stasi e con certe forme di tubercolosi polmonare.

La cicatrizzazione nelle ulcere peptiche dopo profuse emorragie.

L'esperienza di molti casi di ulcere gastriche, duodenali e digiunali post-operatorie ha dimostrato ad R. Alessandri (Archivio italiano di chirurgia n. 1, 1938) che spesso esiste una tendenza alla cicatrizzazione con cure mediche della lesione ulcerativa, non solo clinicamente, ma accertata sul pezzo anatomico nei casi in cui si è intervenuti a distanza.

Quattro casi soprattutto sono dimostrativi in tal senso e vengono riferiti dall'A.: però in uno di questi l'emorragia si ripetette. Concludendo l'A. consiglia di attendere dopo l'emorragia un certo tempo per accertare se la cicatrizzazione tenda alla guarigione, in caso diverso consiglia l'operazione.

St.

Notiziario dell'amministrazione sanitaria del Regno (1938).

Scorrendo questo primo volume di statistica, edito a cura della Dir. Generale di Sanità Pubblica, non possiamo non apprezzarne il suo notevole valore che lo rende indispensabile a quanti si occupano di demografia e di statistica sanitaria. In esso troviamo prese in esame le variazioni della popolazione italiana durante gli ultimi quindici anni dalle quali risulta un aumento degli abitanti di 4.544.602.

La distribuzione per età della popolazione in questo periodo di tempo dimostra un aumento percentuale di censiti dai 60 anni in poi ed una diminuzione percentuale di essi nell'età da 0 a 14 anni mentre la distribuzione per sesso si dimostra in Italia più favorevole che altrove.

L'età mediana è risultata di 25,7 anni.

L'indice di nuzialità dimostra una diminuzione nel 1935 rispetto all'indice stesso del 1934 e del 1932; il quoziente di natalità si dimostra lievemente inferiore a quello dei tre anni precedenti; la nati-mortalità è andata lievemente diminuendo dal 1919 al 1935 e mentre

il quoziente di mortalità nel 1935 è stato del 13,9 % quello del 1934 e del 1933 è stato il 13,3 % e del 13,7 %. Come può esser rilevato dai dati sopra riportati è evidente che si tratta di piccole oscillazioni annuali che non incidono sull'andamento generale della curva di mortalità che è in continua e progressiva diminuzione.

La mortalità distinta secondo le cause morbose per il triennio 1933-35 ha messo in evidenza cause presentanti un quoziente di mortalità superiore a 1000 su 1.000.000, cause presentanti un quoziente da 500 a 1000 per 1.000.000 cause con quoziente da 100 a 500 per 1.000.000, da 50 a 100 per 1.000.000, da 50 in giù per 1.000.000. I primi due gruppi, abbracciando le cause di morte più frequenti, comprendono le malattie dell'infanzia, le malattie che incidono sulla mortalità dei primi giorni di vita, e le malattie proprie dell'età avanzata quali quelle del cuore, delle arterie, le polmoniti e bronco-polmoniti, la tubercolosi e i tumori maligni. La costante e sensibile diminuzione della mortalità per malattie infettive ha rappresentato uno dei fattori più importanti nel determinare la diminuzione del coefficiente di mortalità generale. Le morti per malattie infettive, che nel primo anno di vita gravano solo per 1/14 sul complesso dei decessi, raggiungono 1/6 del totale nel secondo anno, 1/4 nel terzo, 1/3 nel quarto e nel quinto.

La mortalità materna va progressivamente diminuendo dal 1887-89 per poi, attraverso oscillazioni, aumentare nel 1935. Nei confronti cogli altri stati l'Italia, rispetto alla mortalità materna, si trova in una posizione privilegiata in quanto il suo quoziente di mortalità per malattie della gravidanza, parto e puerperio è uno dei più bassi.

Per quanto riguarda la mortalità per malattie infettive è da rilevare che il risparmio di vite per tutte le cause di morte è nel 1935 rispetto al 1888 di 226.478 di cui 129.000 si devono alla diminuita mortalità per malattie infettive. Circa la meta del guadagno realizzato sulla mortalità generale in Italia si deve al minor numero di morti per malattie infettive mentre altra quota ingente è da attribuire alla diminuita mortalità infantile.

Per il 1935 la mortalità maggiore si è avuta per la tubercolosi in tutte le forme e sedi seguita dalla tubercolosi respiratoria. La febbre tifoide presenta, subito dopo, il maggior contributo alla mortalità seguita immediatamente dalla difterite.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

Prof. G. GERIN, *Avvelenamento da solfato di rame per via genitale*. — Estr. da « Archivio di antropologia criminale psichiatria e medicina legale », fasc. IV, 1938, Milano.

L'A. descrive un raro caso di avvelenamento seguito da morte per irrigazione uterina con una soluzione di solfato di rame a scopo abortivo.

ID., *Due rari casi di suicidio*. — Estr. da « Zacchia », fasc. 3, 1938, Torino.

L'A. descrive due rari casi di suicidio, in uno dei quali la eccezionalità consisteva nel mezzo adoperato (ustioni) e nell'altro nel numero notevolissimo delle lesioni (279) infertesi dal suicida.

ID., *Suicidio per ferite multiple da punta e taglio alla regione precordiale*. — Estr. da « Archivio di antropologia criminale psichiatria e medicina legale », fasc. 4, 1938, Milano.

L'A. rilevata la diminuzione dei suicidi per arma da punta e taglio ne descrive un caso capitato alla sua osservazione.

ID., *Reperti viscerali in traumatizzati cronici (nota preventiva)*. — Estr. da « L'Assistenza sociale », n. 6-7, 1938, Roma.

L'A. non si sofferma sui reperti polmonari che sono stati oggetto di numerosi studi ma si occupa particolarmente delle alterazioni a carico dei reni. Egli ha trovato, oltre ad una iperemia estesa a tutti gli organi, segni di reazione infiammatoria iniziale e circoscritta soprattutto a carico del tessuto renale.

ID., *Ematologia forense*, dal « Compendio di Medicina legale » dei Proff. PELLEGRINI e LORO. — Casa Ed. Milani, Padova, 1938.

Vengono trattati con indirizzo eminentemente pratico i vari problemi medico-legali che si riferiscono alle ricerche ematologiche. Le questioni dottrinarie, quando le applicazioni pratiche siano scarse o discusse, vengono trascurate, mentre si svolge la materia in modo da guidare il perito alla risoluzione dei quesiti che il Magistrato di solito gli impone.

Attività sanitaria dell'I.N.F.P.S. — Allegato n. 7 della Rivista « Difesa Sociale », n. 8, 1938, Roma.

Contiene comunicazioni varie e dati statistici sui provvedimenti igienico-sociali adottati e sull'attività sanitaria svolta dal benemerito I.N.F.P.S.

PENDE, *Vantaggi e pericoli delle cure idro-minerali antiuriche*. — Discorso pronunciato alla inaugurazione dello Stabilimento di acque minerali di Tolentino.

Vengono illustrate le proprietà dell'acqua di Tolentino e segnalati i pericoli di cure con acque antiuriche somministrate imprudentemente per indicazioni e dosi.

LOMBARDI, *Le pleurocorticaliti*. — Estr. da « La Verità Medica », 1935, Dalmine (Bergamo).

L'A. studia le pleurocorticaliti nelle loro varietà e nelle loro evoluzioni e considera la prognosi e i provvedimenti medico-legali-militari.

ID., *Contributo sperimentale sul meccanismo della glicosuria florizinnica*. — Estr. da « Il Tommasi », n. 26, 1910, Napoli.

L'A. esamina i risultati sperimentali sulla glicosuria florizinnica nelle rane con circolazione renale dissociata e nei conigli con reni variamente perturbati come funzione e stato anatomico.

ID., *Enterite del Tacazzè*. — Estr. dagli « Atti del LXIII Congresso della Società italiana di Medicina interna », Torino, ottobre 1937.

L'A. illustra una forma morbosa osservata fra le truppe operanti nel bacino del Tacazzè, che egli chiama « Enterite del Tacazzè ».

ID., *La diagnosi presintomatica della tubercolosi nei militari*. — Estr. da « La Verità Medica », maggio 1935, Dalmine (Bergamo).

L'A. prende in esame la enzimo-reazione, la reazione tubercolinica, la velocità di sedimentazione dei globuli rossi, le reazioni di flocculazione e la deviazione del complemento per la formulazione di una diagnosi presintomatica.

CERUTI e BIANCO, *Note sul Resolutin Centanni nelle infezioni tifoidee*. — Stampato a cura del « Baglivi », Ancona.

L'A. si sofferma ad illustrare le sostanze denominate dal Centanni « clastine » e la conseguente forma di immunità detta « anticlasti-

ca». Tratta quindi delle caratteristiche del Resolutin che raccoglie appunto le anticlastine.

MASSA, *Le refezioni scolastiche*. — Tip. Giavino, Genova.

L'A. propone l'organizzazione della refezione scolastica specialmente nelle scuole frequentate da bambini poveri almeno per i mesi più rigidi.

ID., *Le massae rurali nella lotta contro le sanzioni*. — Tip. Marzano, Genova.

L'A. si occupa dell'alimentazione del bambino in periodo sanzionista.

ID., *Sull'azione farmacologica della juta*. — Estr. da « La Liguria medica », n. 7, 1931, Genova.

L'A. conclude affermando in base alle sue esperienze che l'infuso di juta rallenta la fermentazione, ha debole reazione tossica sugli infusori ed arresta il cuore isolato mentre è alquanto irritante quando venga messo direttamente sul tessuto vivente.

ID., *Contributo allo studio delle febbri tifoidee*. — Estr. da « Rivista di terapia pratica », 1931.

L'A. studia l'azione della difenolformina nella febbre tifoidea.

ID., *Variazioni della statistica della morbilità della febbre tifoide in rapporto alla vaccinazione antitifica per os ed alla variazione dell'approvvigionamento idrico di Genova Voltri-Fabbriche*. — Estr. da « L'Igiene moderna », n. 7, 1933, Genova.

Le osservazioni fatte dall'A. inducono a concludere che la vaccinazione antitifica per os produce uno stato immunitario in periodo di tempo relativamente breve e che essa è realmente efficace.

ID., *Sull'azione dell'olio di lino cotto*. — Estr. da « La Liguria medica », n. 6, 1933, Genova.

L'A. conclude che l'olio di lino cotto quando venga iniettato nel cavo pleurico produce forte risentimento con pleurite essudativa e morte degli animali, diluito al 5% con olio di ulivo crudo è ben tollerato dalla pleura.

ID., *Lo stato funzionale della membrana polmonare studiato per mezzo della crioscopia dell'espettorato*. — Estratto da « Liguria medica », n. 11, 1931, Genova.

Dalle indagini iniziate dall'A. si deduce il diverso comportamento che assumerebbe la

membrana polmonare quando è colpita da processi infiammatori sia acuti che cronici.

ID., *L'organizzazione delle colonie solari*. — Estr. da « Liguria medica », n. 1, 1933, Genova.

L'A. prende in esame per le colonie solari i locali, il funzionamento, l'educazione fisica, la alimentazione ecc.

ID., *Integrazione dell'assistenza estiva ai bambini mediante l'assistenza invernale*. — Estr. dalla « Rivista Italiana della tub. e della difesa sociale » (La fiaccola), n. 9, 1933, Udine.

ID., *Il « Campo solare Fabbriche » di Genova-Voltri nel 1933*. — Estr. da « Liguria medica », n. 10, 1933.

FUSSETTI, *La terapia delle febbri di Malta con la maretina*. — Tip. Fornaciari, Bologna.

L'A. constatata l'efficacia della cura, auspica che essa venga estesa largamente nella pratica.

MIGLIETTA, *Un caso di aborto in corso di una estivo-autunnale*. — Tip. Messapica, Maglie.

ID., *Sindrome addominale acuta*. — Tip. Donadeo, Maglie.

L'A. illustra un caso di peritonite perforativa da ascaridi.

PAMPARI, *Su di un caso di pneumoencefalo traumatico*. — Estr. da « La Clinica », 1935, Bologna.

L'A. illustra il caso concludendo in favore del trattamento operatorio.

ID., *Ematoma sottodurale traumatico a sindrome psichica*. — Estratto dal « Bollettino e memorie della Società emiliano-romagnola di chirurgia », 1937.

L'A. tratta della sintomatologia e del trattamento della forma in un caso capitato alla sua osservazione.

ID., *L'ematoma sottodurale traumatico*. — Estr. da « Annali italiani di Chirurgia », n. 8, 1938.

L'A. studia l'argomento dal punto di vista sperimentale facendo il confronto tra i reperti ottenuti negli animali e quelli rilevati nell'uomo.

PAMPANI, *L'Ematoma sottodurale traumatico.* - Estr. da « Annali italiani di Chirurgia », n. 8, 1938.

L'A. studia l'argomento dal punto di vista sperimentale facendo il confronto tra i reperti ottenuti negli animali e quelli rilevati nell'uomo.

PEGREFFI, *Contributo allo studio della rigenerazione delle fibrocellule muscolari e delle fibre elastiche vasali.* - Estr. da « Archivio Italiano di Chirurgia », fasc. III, 1933, Bologna.

Dall'insieme degli esperimenti condotti dall'A. si può concludere che è possibile una rigenerazione talora completa delle fibro-cellule muscolari e delle fibre elastiche dei vasi arteriosi.

Id., *La malattia di Reclus può considerarsi come lo stadio di diffusione del fibro-adenoma cistico della mammella?* - Estr. da « Lo Ospedale Maggiore », n. 8, 1932, Milano.

L'A. conclude che non vi è delimitazione possibile fra fibro-adenoma cistico e malattia cistica della mammella.

Id., *Influenza della vitamina E sulla guarigione delle ferite cutanee.* - Estr. da « Patologica », 1935.

Dall'insieme delle ricerche eseguite dall'A. scaturisce il dato di fatto che anche la vitamina E esercita una influenza notevole sui processi di riparazione dei tessuti cutanei nel senso che una dieta deficiente di vitamina E provoca un ritardo nei fenomeni rigenerativi.

Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari

Dott. DE FILIPPIS Giuseppe, Marano Marchesano (Cosenza).

Dott. FERRARI Antonio, Paola (Cosenza).

Dott. PARENZAN Angelo, Pirano (Pola).

Dott. GRILLO Leo, Roma (Roma).

Dott. FACCHIN Alberto, Muggia (Trieste).

Dott. CANESTRARI Giuseppe (Pian D'Artoigne (Brescia).

Dott. PACI Giuseppe, S. Maria degli Angeli (Perugia).

Dott. BARBARO Giovanni, S. Marinella (Viterbo).

Tra le vittime rinvenute tra i resti dell'apparecchio della Lufthansa rinvenuto recentemente nelle Alpi ricordiamo l'On. ALBERTO REDENTI che ritornava dall'aver partecipato all'ottavo Congresso Internazionale di medicina degli infortuni e delle malattie del lavoro. Il REDENTI dal 1929 era Presidente della Fed. Naz. Fasc. Imprese Assicuratrici ed in tale qualità fece parte del Consiglio Naz. delle Corporazioni e della Corporazione del Credito e della Assicurazione.

Il 17 febbraio u. s. è deceduto in Roma il cav. STEFANO DE MORI padre del Direttore Generale della « Unione Italiana di Riassicurazione Gr. Uff. Dott. Bruno De Mori.

Alle famiglie inviamo le nostre condoglianze profonde.

GIUSEPPE STURM

In seguito a tragico incidente è deceduto il 21 gennaio u. s. il dott. Joseph Sturm direttore del Servizio Sanitario della Münchener Compagnia di Riassicurazione della Germania.

Il dott. Sturm era molto noto nel campo della medicina assicurativa ed avemmo occasione di recensire nella nostra Rivista numerosi suoi pregevoli lavori. Nato nel 1883 e laureato in medicina e chirurgia nel 1909 era stato assistente e aiuto nella clinica medica di Würzburg; nel 1912 era entrato a far parte del Servizio Sanitario della Gotha. Dopo la guerra, durante la quale fu medico di reggimento, era passato alla Hilfe, Compagnia di Assicurazione dei rischi tarati di Stoccarda e più tardi fu assunto Direttore Medico della Münchener.

Per la sua alta competenza ricopriva numerose cariche direttive sia in Germania che presso il Comitato Internazionale permanente per lo studio della medicina assicurativa.

Alla Münchener ed alla desolata consorte le più vive condoglianze dell'« Assistenza Sanitaria ».

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

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

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

Nuova pubblicazione di medicina preventiva:

È uscito in questi giorni a cura dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni il volume del Prof. Giuseppe Penso:

IGIENE DI VITA COLONIALE

riuscito vincitore del concorso bandito a suo tempo per una monografia di « Norme di vita igienica e di lavoro proficuo nell'Impero Italiano di Etiopia e norme per prevenire le malattie che risultano ivi più frequenti ».

Il volume è distribuito gratuitamente agli assicurati per somme non inferiori a L. 50.000 e che si recano in Colonia. Per gli altri comunque assicurati sarà ceduto a metà prezzo.

Prezzo di copertina: L. 5 - Rivolgersi alla Direzione Generale dell'I.N.A.; Servizio Studio e Propaganda - Via Sallustiana, 51 - Roma.

Nuovi consultori gratuiti per gli assicurati:

GORIZIA - presso l'Agenzia Generale, Via Crispi, 9.

Facilitazioni presso le Case di Cura:

MIAZZINA (Novara) - Casa di Cura per malattie polmonari « Eremo ». Riduzioni del 15 % sulle tariffe in vigore, nel Reparto di 1^a e 2^a classe, riduzione del 30 % sulle prestazioni mediche straordinarie.

PALLANZA (Novara) - Casa di Cura « Villa Panorama » in Pallanza. Riduzioni del 25 % su tutte le tariffe in vigore.

PROVVIDENZE SANITARIE IN VIGORE

A FAVORE DEGLI ASSICURATI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2) *Esame dell'espettorato.*

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

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

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

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

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

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

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

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

11) *Esame del sangue: per la reazione 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 (Mod. S. S. 59).

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 Coò*, Consigli d'Igiene e di medicina preventiva.

3° *Igiene della vita coloniale*, del Prof. P. BENSO.

4° 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 Nazario Sauro, 1, 2° martedì del mese, ore 10-12 e 14,30-18.

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° e 4° 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.

Gorizia (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Via Crispi, 9, 2° ed ultimo giovedì del mese, ore 11-13.

Emilia

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

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

Reggio Emilia (Consultorio), presso l'Agenzia Generale, Via Emilia S. Stefano, 3, 1° e 3° martedì 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.

Norme per l'invio del materiale di analisi ai laboratori dell' I. N. A.

Gli assicurati impossibilitati ad allontanarsi dalla loro residenza possono 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 (Modulo 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 pre-

levato 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, Wassermann e 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) Otorinolaringoiatri****AGRIGENTO**

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

ALESSANDRIA

- (1) *Alessandria*: Dr. A. PICCINI, V. della Vittoria, 3 - Dr. A. G. PICCIONE, V. Savanarola, 12.

Casale Monferrato: Dr. U. GAUDINA, V. Palestro, 7 - Dr. A. REDOGLIA, P. Duomo, 1 - Dr. G. PINOLINI, V. Benvenuto S. Giorgio, 8.

Novi Ligure: Dr. M. Le BELLONE.

Tortona: Dr. C. TORTI.

- (2) *Alessandria*: Dr. E. ALTARA, C. Roma, 3 - Dr. F. DURANDO, V. Nuova Legnano, 5.

Casale Monferrato: Dr. A. GUASCHINO, V. Mellana, 2.

- (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, V. Mellana, 2.

ANCONA

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

AOSTA

- (1) *Aosta*: Dr. A. CHIAMPO - Dr. T. SPIRITO, V. Ospedale - Dr. A. BOFFA, P. Vitt. Emanuele, 7.

Ivrea: Dr. G. BALMA, P. Vitt. Emanuele, 12 - Dr. G. MATUINO, V. Arduino - Dr. G. PUGLIESE, V. XXI Aprile.

(2) *Ivrea*: Dr. M. C. GARZINO, Osp. Civile.

(3) *Ivrea*: Dr. U. MAGGIOROTTI, P. Lamarmora.

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. Cairoli - Dr. L. PENNESI, V. Malta; Dr. A. TASSONI, V. Malta.

(3) *Fermo*: Dr. A. LODOVICI, V. Sapienza, 4.

ASTI

(1) *Asti*: Dr. A. DEGIAN, P. Medici, 1 - Dr. C. IVALDI, C. Dante, 3 - Dr. L. MALAGOLI, V. Cavour.

(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 - Cay. 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. NUSSBAUMER, 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. BERTOLOTI, 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. CHERICI.

LUCCA

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

MANTOVA

- (1) *Mantova*: Dr. G. CONSQLQ, 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) *Messinag* 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. SILLINGARDI, 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, V. Cavour, 17 - Dr. D. SCENDRATI, C. Regina Margherita, 12.
 (2) *Novara*: Dr. Prof. G. LADDONI, Ospedale Maggiore, C. Cavour.

PADOVA

- (4) *Padova*: Dr. L. ZOLDAN, V. Altinate, 69.
 (3) *Padovag* Prof. Dr. E. RUBALTELLI, 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. R. Settimo, 24.
 (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, 9.

(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. STOCCO.

(1) *Pola*: 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. BENEGLIANO, 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. - Dr. M. MANCIOLI, Galleria Regina Margherita, V. A. De Pretis.

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. Guidobono, 30.

SIENA

(1) *Siena*: Dr. P. MARZANO, V. di Città 3.

(3) *Siena*: 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. E. VILLASEVAGLIOS, V. De Cesare, 1.

(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. Brandizzo, 3 - Dr. A. TOMMASSINELLI, V. P. Micca, 10 - Dr. V. TOMMASSINELLI, P. Vittorio Veneto, 20.

(2) *Torino*: Dr. C. CAFFARATTI, Corso Vinzaglio, 5 - 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 C. Alberto, 17 - Dr. T. PECCHIO, Corso Vittorio Emanuele, 19 - Prof. Dr. S. PICCALUGA, Via XX Settembre, 60 - Prof. Dr. C. PISSARELLO, Corso Siccardi, 9-bis - 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, C. Valentino, 11 - Dr. S. VAUDETTE, V. Cernaia, 18 - Prof. Dr. F. VERDERAME, Corso Oporto, 31-bis.

(3) *TORINO*: Dr. E. BATTAGLIOTTI, V. Santa Chiara, 20 - Prof. Dr. C. BRUZZONE, V. Confienza, 15 - 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 - Dr. C. VASSIA, V. Santa Chiara, 20.

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. Belenzani, 27 - Dr. C. SEPPI, V. Gazzoletti.
Arco: Dr. E. Pernecher.
Levico: Dr. F. Caliani.
Rovereto: Dr. M. SOMMADOSSI - Dr. G.

ZANNINI.

- (2) *Trento*: Dr. G. GENTILINI, P. Venezia, 2 - Dr. G. GRILLO, Via Santa Maria Maddalena, 21.
(3) *Trento*: Prof. Dr. G. GARBINI, Via Roma, 37 - Dr. D. MAESTRANI, Via Rosmini, 25 - Dr. Cav. G. MAFFEI, Via Oss. Mazzurana, 16.

TREVISO

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

TRIESTE

- (1) *Trieste*: Dr. L. CHIUMINATTO, V. San Francesco, 20 - Dr. A. FERRAGUTI, V. Coroneo, 10 - Dr. A. MINAS, V. A. Diaz, 10 - Dr. G. OTTOCHIAN, V. XXX Ottobre, 17 - Dr. B. REBEZ, V. G. Gallina, 2 - Dr. G. ROSANZ, V. San Nicolò, 33.
(2) *Trieste*: Dr. G. MANZUTTO, V. Roma, 22.
(3) *Trieste*: Dr. A. ROCCO, V. Mercato Vecchio, 3 - Dr. Cav. G. MONTINI, V. Cesare Beccaria, 8.

UDINE

- (1) *Tolmezzo*: Dr. P. CANDUSIO, P. XX Settembre.
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. GUSCETTI, via Piave, 2 - Dr. L. MANGARELLI, C.

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

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

Tradatè: Dr. L. COOPMANS DE JOLDI.

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

Luino: Dr. R. MARGARITELLA, Viale Umberto 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, P. Vitt. Emanuele, 2.

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

(3) *Vercelli*: Dr. P. PETTERINO, V. Oldoni, 1.

VERONA

(1) *Verona*: Dr. G. BRIVIO, V. Marsala - Dr. L. CARAZZA, P. Dante, 8 - Dr. E. FRANCHINI, Corso Vittorio Emanuele, 9 - Dr. A. SAGRAMOSONO, 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 Umberto, 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 nervose:

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

Case specializzate in ostetricia e ginecologia:

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

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

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

Case per cure otorinolaringoiatriche:

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

Case specializzate per malattie polmonari:

MIAZZINA (Novara). — Casa di cura per malattie polmonari *Eremo*: riduzione del 15 e 30 % sulle tariffe in vigore.

Case per cure chirurgiche:

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

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

Casa di cura chirurgica « Berti »: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

NAPOLI. — Casa di salute Grimaldi e Principe, Piazza Gesù e Maria, 24: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

REGGIO EMILIA. — Casa di cura *Villa Ida* del Prof. Dr. Giuseppe Zironi: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

S. SEVERO (Foggia). — Clinica Troiano, Viale della stazione: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

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. Howart: 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MESSINA. — Istituto di terapia fisica del

Prof. Dr. Giuseppe Spagnolio, Piazza Stazione: riduzione 30 % sulle tariffe in vigore.

MESTRE (Venezia). — Ospedale Civile Umberto I: riduzione 10 % e 20 % sulle tariffe in vigore.

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

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

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

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

PALLANZA (Novara). — Casa di cura « Villa Panorama » in Pallanza cure dietetiche e naturali (Arnaldi): riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore.

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

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

ROMA. — Istituti Fisioterapici Ospedalieri:
1) Ospedale dermosifilopatico di S. Galliciano: diaria di L. 30,50.

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

— 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 delle Orfane, 8; 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

Località	Qualità fisico-chimiche delle acque e fanghi	Malattie per le quali si consiglia la cura	Facilitazioni concesse
ABANO T. (Padova)	Acque clorurate - sodio - solfo - calciche a 87° C. - Fanghi.	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti - Nevriti	Hotel Trieste e Vittoria: 20% su cure - 10% pensione - Due Torri: 50% visita med. - 25% cure - 20% pensione - Morosini: 18% pensione O. B.
ACQUA SANTA (Ascoli Piceno)	Acque clorurate - sodiche - solfuro termale - Fanghi - Inalazioni.	Artriti cr. - Mal. ricambio, pelle. respiratorie,	25% Grotta sudatoria e fanghi - 50% Bagni.
BOGNANCO (Novara)	Acque bicarbonate magnesiache radioattive.	Stitichezza - Epatopatie cr. - Colecistiti.	50% su tariffe.
CARAMANICO (Pescara)	Acque solforese	Artrite - Reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	Pol. ord. e collettive 25% su cure e sulla pensione - Pol. pop. 20% su cure e pensione.
CASTROCARO (Forlì)	Acque salsobromoiodiche	Artrite - reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio Rinofaringiti.	50% su tariffe.
CHIANCIANO (Siena)	Acque bicarbonato - solfato - calcio - magnesiache - Bagni, fanghi.	Affezioni vie biliari - Disfunzioni epatiche - Ipertensione (balneoterapia).	Parco delle fonti: 10% su bibe e bagni 1° e 2° classe (per forme popolari anche 3° classe)
FIUGGI (Frosinone)	Acque oligometalliche-radioattive.	Diatasi uricemica - Calcolosi reno-vescicale - Gotta - Cistopielite.	30% su tariffe.
LEVICO (Trento)	Acque arsenico ferruginose solforiche. Bagni.	Anemie - Cloroadinamie - Linfatismo.	Pol. ord. e collettive 10% su tariffe.
LIVORNO	Acque iodo - clorurate - sodiche. Bagni, enterooleaner, irrigazioni vaginali, nebulizzazioni secche.	Stitichezza spastica e atonica - Obesità - Disfunzione del fegato.	25% su tariffe.
MONSUMMANO (Pisa)	Grotte sudorifere da 27° 5 a 34° - Bagni, fanghi.	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	20% su tariffe.
MONTECATINI (Pistoia)	Acque clorurato - sodiche - Fanghi vegeto - minerali - Bagni.	Stitichezza - Epatopatie cr. - colecistiti.	10% su tariffe (aprile-luglio e ottobre-novembre).
MONTEGROTTO T. (Padova)	Acque clorurato - sodiche - solfocalciche a 85° C - Fanghi naturali vulcanici.	Artrite - Reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	Terme preistoriche: 20% 1° classe - 15% 2° e 3° classe su cure, pensione, visita medica, ecc.
PORRETTA (Bologna)	Acque salsobromoiodiche a clorurate sodiche - solfuree.	Stitichezza - Epatopatie cr. - colecistiti.	20% ingressi stabilimenti - 25% sulle cure.
POZZUOLI (Napoli)	Acque clorurato - bicarbonato - sodiche - Fanghi radioattivi,	Reumatismi e artriti scrofolosi - Mal. ricambio - Postumi di fratture.	25% sulle tariffe.
RECOARO (Vicenza)	Acque ferruginose e carbonatiche.	Anemie - Cloroadinamie - Linfatismo.	25% sulle tariffe.

Località	Qualità fisico-chimiche delle acque e fanghi	Malattie per le quali si consiglia la cura	Facilitazioni concesse
SALSOMAGGIORE . (Parma)	Acque salsobromoiodiche .	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti & Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	Assic. pol. ord. e coll. 20% sulle tariffe sconti dagli alberghi <i>Porro e Valentini.</i>
S. CASCIANO B. (Siena)	Acque solfato - calcio - carboniche, da 30 a 45° C. - Fanghi vegeto-minerali caldi	Stitichezze - Epatopatie cr. - Colecistiti.	30% su tariffe 1° classe - 50% su tariffe 2° classe.
S. PELLEGRINO (Bergamo)	Acque bicarbonato-solico calcico-magnesiache a 22° C.	Ipercloridria - Atonia gastrica - Gastroenterite cr.	25% sulle tariffe.
S. CESAREA . (Lecce)	Acqua solfocarbonato calcica a 35° C. - Fanghi veg. min.	Artrite e reumatismi cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti.	Ass. pol. ord. e coll. - 25% sulle tariffe.
SARDARA . (Cagliari)	Acqua bicarbonato sodica a 50° - 58° - 68° C.	Ipercloridria - Atonia gastrica Gastroenterite cr.	25% sulle tariffe.
SCIACCA . (Agrigento)	Acqua cloruro sodica calcica magnesiaca.	Mal. artritiche - Ricambio - Traumatiche - Ginecologiche.	20% sulle tariffe.
SCRAGO EQUENSE . (Napoli)	Acqua salino sulfurea . .	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	25% - 20% - 15% sulle tariffe.
TERMINI IMERESE (Palermo)	Acque clorurato-sodiche-ter- mali-radioattive.	Reumatismo - Artrite cr. - Nevralgie - Gotta.	15% su pensione di L. 30 - 25% su bagno e stufa.
TRESCORE BAL- NEARIO (Bergamo)	Acqua clorurata sodico cal- cica - Bagni.	Ipercloridria - Atonia gastrica Gastroenterite cr.	25% sulle tariffe e 50% su tasse di ammissione.

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

BODI (Egeo). — 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.

CALITEA (Rodi Egeo). — Acque clorurate sodiche deboli e forti, utili per affetti da stitichezza - epatopatie croniche - colecistiti.

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

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.

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.

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

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

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

(124) Società Tipografica Castaldi - Roma, Via Casilina, 49 - Tel. 70.409

LE PROBABILITÀ DI SOPRAVVIVENZA E LA NECESSITÀ DELL'ASSICURAZIONE-VITA

La seguente tabella, dedotta da dati ufficiali, indica le sopravvivenze che si verificano su ogni mille maschi al termine dei dieci anni successivi ai singoli gruppi di età qui indicati:

ETÀ INIZIALE	SU OGNI MILLE MASCHI RISULTANO SOPRAVVIVENTI AL TERMINE DEL PERIODO DI 10 ANNI
ANNI 25	995 INDIVIDUI
ANNI 30	949 INDIVIDUI
ANNI 35	939 INDIVIDUI
ANNI 40	924 INDIVIDUI
ANNI 45	900 INDIVIDUI
ANNI 50	862 INDIVIDUI

Questo piccolo prospetto che, come un cronometro, segna, in poche cifre, il fatale scalare della sopravvivenza proprio nei periodi che sono i più redditizi per il lavoro umano, perchè corrono fra i 25 e i 60 anni di età, deve farci seriamente riflettere quando lo mettiamo in rapporto ai nostri doveri di capi di famiglia e quindi di cittadini coscienti.

Ma se traduciamo queste indicazioni di sopravvivenza nelle corrispondenti cifre di mortalità, la dimostrazione risulta ancora più evidente e le nostre riflessioni si fanno più meditative. Ecco il prospetto:

ETÀ INIZIALE	SU OGNI MILLE MASCHI MUOIONO NEL PERIODO DI 10 ANNI SUCCESSIVI
ANNI 25	45 INDIVIDUI
ANNI 30	51 INDIVIDUI
ANNI 35	61 INDIVIDUI
ANNI 40	76 INDIVIDUI
ANNI 45	100 INDIVIDUI
ANNI 50	138 INDIVIDUI

Sono queste indicazioni fredde, schematiche, che rappresentano il risultato di calcoli e non ammettono illusioni. E allora tutte le persone assennate devono sentire un dovere solo: provvedere alla migliore tutela economica dei propri cari pel caso che la morte le cogliesse anche nel periodo più fiorente della loro attività.

A tal fine soltanto l'assicurazione sulla vita può dare le più ampie garanzie di sicurezza, tanto più quando il padre di famiglia affidi i suoi risparmi assicurativi

ALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

le cui polizze sono garantite dallo Stato e costano sensibilmente di meno per la partecipazione degli assicurati agli utili dell'Azienda.

L'Istituto offre inoltre ai previdenti tante e così svariate forme di assicurazione, sempre con la copertura del rischio di morte, che ognuno, sia operaio o impiegato, artigiano o professionista, trova sempre fra esse quella perfettamente aderente alla sua condizione sociale ed alla situazione della sua famiglia.

ESEMPIO

Un professionista di anni 30 è ammogliato e ha già due figli in tenerissima età; guadagna bene, ma tuttavia è assillato dal pensiero di poter venire a mancare prima di aver potuto accumulare un capitale a favore della sua compagna e dei suoi bimbi.

Per sottrarsi a quest'ansia, che turberebbe la tranquillità della sua vita, stipula con l'Istituto un contratto d'assicurazione per

LIRE CENTOMILA

nella forma "Mista", con durata di anni 25, impegnandosi a corrispondere un premio annuo di L. 3.350, che si riduce a L. 3.149 per la partecipazione agli utili.

Al termine del venticinquesimo anno ritirerà egli stesso, se in vita, il capitale assicurato, ma se per sventura venisse a mancare anche entro il primo anno di contratto, i suoi cari riceverebbero immediatamente in contanti l'intera somma assicurata di L. 100.000.

Questo esempio dimostra eloquentemente quanto siano grandi i benefici derivanti dalla previdenza assicurativa. Tutti coloro che amano la propria famiglia devono valersene per tutelarla e soccorrerla in ogni evenienza.





Corporate Heritage
& Historical Archive