

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno VIII
Numero 3
15 Giugno
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 eccezionalissime, 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. A. STARNA, Perché siamo di umore nero? 162</p> <p>b) Dott. M. CLAUSI-SCHETTINI, La pelle in estate 166</p> <p>c) Rassegna di articoli d'igiene . 172</p> <p>2. Notiziario 174</p> <p>3. Studi e ricerche di medicina delle Assicurazioni Vita:</p> <p>a) Dott. Prof. K. SECHER, Ipertensione (IX Relazione - 2ª Parte) 180</p> <p>b) Dott. SIBILIA e Dott. D'ALONZO, La prognosi del blocco di branca 188</p> <p>c) Dott. A. SULTANO, La sieroreazione lipaffini nella sifilide . 198</p> <p>4. Indagini di Statistica Medica:</p> <p>Dott. P. CIATTI, Cause di morte e costituzione 205</p> | <p>5. Dalle riviste che riceviamo in cambio 210</p> <p>6. Semeiotica di Medicina delle Assicurazioni Vita:</p> <p>Dott. M. BIASIOTTI, Per la diagnosi di ematuria 214</p> <p>7. Varie:</p> <p>Dott. P. CIATTI, Razza e costituzione 221</p> <p>8. Dai Libri e dai Periodici . . . 229</p> <p>9. Pubblicazioni ricevute 236</p> <p>10. Vuoti nelle file dei nostri fiduciari 240</p> <p>11. 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

Perchè siamo di umore nero?

Sono le difficoltà economiche della vita mi risponde qualcuno, sono i disturbi della civiltà moderna soggiunge qualche altro. Niente di tutto questo, signori miei; un organismo sano possiede delle riserve così grandi che può infischiarci di tutte le diavolerie meccaniche dell'uomo il quale senza eccessiva modestia si è da se definito « sapiens ». Ma si dimostra veramente sempre tale?

Le leggi biologiche ancestrale sono ineluttabili come il ritmico movimento di un pendolo; abbiamo un bel preoccuparci dei nostri guai, la natura segue delle leggi più forti che non ammettono deroghe. Ci saranno, purtroppo, alcuni individui che possono andare incontro ad alterazioni nel corpo e nello spirito; ma la grande maggioranza degli uomini deve avvertire, appunto perchè gode buona salute, il senso di benessere che emana da una vita sana e florida.

Nè questa è scindibile nelle due parti che la compongono come due fattori divisibili; lo spirito si sviluppa col corpo, si rafforza con esso e soffre con esso. La lotta tra la materia e lo spirito per il predominio della facoltà umana è una concezione eventualmente filosofica; per la biologia lo spirito lieto non può essere che il coronamento della perfetta armonia del corpo e delle funzioni vegetative. L'antico adagio « mens sana in corpore sano » ci conferma appunto che, quando il nostro organismo è vigoroso in ogni parte, anche lo spirito si sentirà più libero e pieno di sana letizia.

Oggi, anche se in virtù dell'igiene abbiamo cura del nostro corpo, trascuriamo molto le condizioni ed i disturbi delle

nostre capacità psichiche e volitive. Il tormento del lavoro giornaliero molto spesso ci persegue anche nel dormiveglia della notte ed il riposo dello spirito non ci preoccupa. Questo è male, molto male; il lavoro non deve esasperarci fino al tormento; fare un cattivo carattere, come si dice, è non solo dannoso alla propria attività ma quasi costantemente sta ad esprimere come modificazioni morbose funzionali si sono stabilite nella nostra persona. La vita sana, completa, deve darci quel senso assoluto di padronanza di noi stessi, di serenità, di intimo benessere che si armonizza nell'ambiente e nel lavoro.

Dobbiamo ricordare che il nostro organismo non è, come il motore meccanico cui i perfezionamenti tecnici dal compressore alle valvole in testa hanno permesso un superamento incessante di velocità; no, il nostro corpo e il nostro spirito è identico, col permesso dei signori evolucionisti, a quello di 6000 anni fa o giù di lì, quando l'uomo vagava per gli sterminati altipiani della culla del mondo. Esso ha perciò bisogno del sonno anche se la lampada elettrica ha fugato la notte, così pure si beneficia delle variazioni stagionali che contribuiscono ad una modificazione dell'attività vegetativa e spesso anche di quella lavorativa.

Il senso di tranquillità è di letizia che, per gli occhi, scende all'animo in cospetto di una fiorita primaverile è ben noto a tutti; mentre sappiamo che uno stato di malessere risveglia idee tristi quando non ci renda francamente irascibili. Le sofferenze del corpo provocano sempre un orientamento antisocievole da parte

di coloro che ne vengono colpiti. Quando Tommaseo, in un feroce epigramma, attribuiva il genio poetico del Leopardi alla imperfezione fisica, di cui il Poeta era gravato, errava perchè se a quella mente così alta avesse corrisposto un corpo sano la Sua grande anima avrebbe potuto cantare tante bellezze che l'uomo possiede e che al Leopardi malato erano negate.

E' ben noto infatti che ognuno di noi riferisce all'ambiente il proprio stato di animo e questo si crea e si modifica con tutti gli apporti sensitivi e sensoriali ricevuti, non ultimo le sensazioni organiche profonde del proprio corpo.

Così considerato il carattere irritabile, scontroso o nero, come diciamo abitualmente, rappresenta non già uno stato accidentale ma una consegna di un disturbo psico-somatico non ancora percepito. Tutti i nostri apparati nella euritmia delle loro funzioni determinano un senso di benessere che rende bello e ambito il dono della vita. Questa non sente, nel benessere delle funzioni, disagio dal lavoro, ma viene invitata ad esplicare sempre meglio la propria attività nella collaborazione del perfezionamento sociale.

Tutti i sensi allora si inebriano nell'ammirazione dell'infinitamente grande che la natura ha offerto alla piccolezza del nostro modesto io. Nella pienezza della salute il lavoro è bello per la soddisfazione della propria capacità, le cognizioni affinano la sensibilità personale, la giovinezza si prolunga in una serena e fattiva maturità. La letizia dell'animo è veramente il nettare che premia una vita fisicamente e spiritualmente sana. Così possiamo godere la primavera anche in città ove essa si annuncia con un ciuffo d'erba prepotente germogliato sul cornicione della casa dirimpetto alla nostra finestra o con una aureola verdolina ai platani del viale laggiù in fondo alla strada.

Ma qualche volta niente ci soddisfa, vediamo tutto fosco, il lavoro ci sembra inutile, ci da noia quello degli altri, ogni cosa ci irrita o ci deprime. Per un involontario fenomeno riferiamo agli altri ed all'ambiente quell'inavvertito malessere che è in noi. La primavera ha rose per tutti, il lavoro dà la soddisfazione del lavoro compiuto ad ognuno; ma in quelle condizioni non ci sentiamo più come una volta.

E' inutile cercarne la causa intorno, è dentro di noi che dobbiamo trovare la causa di questo strano mutamento del carattere. Un esteta direbbe che il tempio meraviglioso del corpo ha smarrito la propria divinità. Ma ciò non deve durare; la mutabilità del carattere deve avere una causa che bisogna cercare e rimuovere, pena l'aggravarsi di essa e l'insorgenza di evidenti sintomi di malattia.

Le alterazioni morbose possono agire sul carattere sia direttamente e primitivamente, sia indirettamente per via riflessa. In tale ultimo caso le malattie, già a conoscenza dell'individuo per la prognosi grave che comportano; fanno assumere al soggetto uno stato d'animo ostile ai sani, quasi di invidia. Tale comportamento è frequente nei tubercolotici avanzati, ma esso offre interesse soltanto ai medici legali in quanto la prognosi ha turbato il comportamento sociale dell'individuo.

Nella prevenzione delle malattie a noi interessa molto di più far conoscere al pubblico l'esistenza di disturbi del carattere che precedono invece l'apparizione della malattia.

Tra le malattie latenti che devono essere tenute presenti ricordiamo per prima il *diabete*. La memoria di questi malati si indebolisce, la volontà diviene scarsa ed il giudizio difficile, i lavori prolungati si fanno gravosi; questo senso di incapacità latente porta ad una de-

pressione dell'umore con vere crisi di malinconia come pure di sonnolenza. L'individuo avverte inconsciamente lo stato di malattia; compaiono fenomeni fisici subbiettivi, come la stanchezza muscolare, le alterazioni della sensibilità; successivamente compaiono i disturbi a carico della nutrizione della cute, dei capelli, dei denti e la diminuzione sessuale, fatti che costituiscono le prime alterazioni somatiche. Ma a questi fenomeni, come abbiamo ricordato, ha preceduto quello stato psichico depressivo talvolta accompagnato da crisi d'angoscia e di irritabilità che sono segni premonitori preziosi per l'individuo che ha cura della propria salute.

Un'altra malattia che allo stato latente può provocare con l'astenia un pessimismo desolante alternato a fugaci periodi di eretismo psichico è la *tubercolosi polmonare latente*; stato da non confondersi con quello di alcuni tubercolosi a conoscenza della malattia che vivono nelle comunità.

L'*arterio-sclerosi cerebrale* è poi una delle cause più frequenti della modificazione di umore; alla esauribilità nel lavoro intellettuale si aggiunge l'indebolimento della memoria con depressione e scoraggiamento per cui il soggetto diviene facilmente emotivo fino a scoppiare in pianto per causa di poco momento.

Altre volte invece l'irritabilità provoca crisi di ira che non fanno riconoscere ai familiari un rapporto proporzionato con la modesta causa. A ciò si aggiunge il disinteresse per tutto ciò che si svolge nell'ambiente ed il prevalere dei sentimenti e dei bisogni egoistici. Ben presto compaiono sintomi organici come attacchi di vertigine, dolori di testa, paresi dei nervi cranici e difficoltà nella parola.

Tale malattia non va confusa, come osserva Kraepelin, con la *demenza senile* poichè esiste anche una differenza

di alterazione anatomica tra le due malattie. Nella demenza non sopravvengono i sintomi paretici cui abbiamo accennato ma i disturbi si mantengono nel campo psichico con carattere gradualmente più accentuato.

Un altro gruppo di malattie che provocano modificazioni del carattere sono legati a disturbi delle glandole endocrine. L'esagerazione della emotività e sensibilità in molti casi di *gozzo* e nell'*ipertiroidismo* in genere sono avvertiti dal malato e dalla famiglia molto precocemente. In senso inverso possono determinarsi stati di apatia e di depressione profonda nell'*insufficienza della tiroide* e nella deficienza delle ghiandola surrenali come conoscono i medici in una dolorosa malattia detta *morbo di Addison*.

Anche i *disturbi gastrici* possono influire sullo stato d'animo per la correlazione che esiste tra le condizioni psichiche e la secrezione gastrica; la *nevrosi da secrezione* e le *dispepsie nervose* ne sono un esempio. Anche le *gastropatie* propriamente dette con alterazioni anatomiche provocano gli stessi disturbi. Come durante la digestione la nostra volontà ha bisogno di riposo così una *gastrite* o una *gastroptosi*, per la difficoltà della funzione digestiva che che provocano, giungeranno a disturbare il complesso delle condizioni neurovegetative subcoscienti e, per riflesso, l'umore stesso si farà irritabile e svegliato.

Uguualmente diverse affezioni s'iniziano con una profonda modificazione del carattere; oltre alla demenza senile già ricordata sopra, presentano questa caratteristica, la *paralisi progressiva* o demenza paralitica i cui prodromi sono caratterizzati da depressione con umore melanconico seguito ben presto da una esaltazione maniacale.

Tralasciando le malattie mentali, nelle quali il comportamento psichico costi-

tuisce la ragione prima d'allarme ed il sintomo fondamentale, non possiamo dimenticare però le frequenti *psico-nevrosi* secondarie alle preoccupazioni professionali tra gli uomini ed ai dolori affettivi che hanno una grande ripercussione nella psiche femminile. Tali forme, se trovano un fattore occasionale nell'ambiente, sono però predisposte da una tara costituzionale od ereditaria per cui la famiglia dovrà evitare il turbamento morale ed il sovraffaticamento di questi soggetti.

Purtroppo però la prevenzione delle malattie mentali è ancora molto trascurata mentre molto si gioverebbe da una razionale igiene specialmente nell'ambito delle classi intellettuali. Ancora oggi il profano addebita le modificazioni di carattere e le crisi di ira premonitrice al cattivo tempo od al caso, le alterazioni dei sentimenti costituiscono un capriccio; solo di fronte alla incoerenza ideologica, e cioè a malattia dichiarata, sorgono i primi allarmi.

Con la *psico-nevrosi* non va confusa la comune *nevrastenia* o esaurimento nervoso che è espressione di un semplice affaticamento fisico-mentale mentre nella prima forma è frequente la comparsa della sensazione di *angoscia*.

Quest'ultima, che consiste in una modificazione dolorosa della sensazioni del

proprio corpo (*cenestesia*), può talvolta essere essenziale, tal'altra espressione di una alterata *eredità nutritizia* quale quella connessa alla gotta, diabete e all'artrite; infine secondo Heckel può essere secondaria a lesione degli organi interni o a disturbi funzionali.

E' probabile che gli stimoli sensitivi, partiti da piccoli disturbi viscerali, attraverso il sistema nervoso vago-simpatico, la cui percezione subcosciente determina la *cenestesia*, provochi il riflesso dell'*angoscia*. Ciò conferma quanto abbiamo detto all'inizio circa l'importanza che hanno le funzioni dei singoli apparati organici per la sensazioni di benessere del nostro corpo e per lo stimolo che essi hanno sulla nostra attività lavorativa.

Se avete avuto la costanza di seguirmi fino a qui, mi auguro che sarete persuasi come il benessere fisico sia l'indice prezioso della nostra attività vegetativa normale. L'umore triste o l'ira fuor di misura senza una giustificata causa possono essere il filo conduttore di una malattia organica latente come quelle che abbiamo sopra ricordato, e che se agiscono apparentemente solo sul nostro spirito, all'ombra corrodono anche il nostro corpo.

Dott. A. STARNA

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 infiero giornale, una intiera rivista che vi riguardi, vi son subito spediti e voi saprete in breve ciò che diversamente non conoscereste mai

Chiedete le condizioni di abbonamento a **L'ECO DELLA STAMPA**

MILANO (4/36) - VIA GIUSEPPE COMPAGNONI 28.

LA PELLE IN ESTATE

Perchè considerare la pelle attraverso il prisma rovente dell'estate?

Perchè dare a quest'organo un aspetto particolare in funzione della stagione?

Pensate, miei lettori, all'abbigliamento semplice che dà aria e respiro nel soggiorno alle fonti o ai monti dove le meraviglie della natura si confondono con la forza arcana della vita, e vi convincerete che i motivi non mancano per assegnare al rivestimento cutaneo una grande e peculiare importanza quando le acque e il sole offrono all'umanità sana o sofferente le misteriose risorse delle loro attività biologiche.

S'aprono le porte degli stabilimenti balneotermali ad una folla ansiosa di malati che cercano la salute negli agenti fisico-chimici che la terra esprime dalle sue profondità sotto forma di acque minerali radioattive le quali attraverso la pelle lanciano su tutto l'organismo le loro influenze benefiche, o sotto forma di fanghi che nelle applicazioni topiche risolvono situazioni morbose cellulari od umorali dolorose ed invalidanti. Ma si aprono anche ad una larga schiera di persone che non attendono le manifestazioni del male per correre alle fonti della salute ed attingono ad esse avvedutamente prima che la sofferenza si affacci, quando ancora è allo stato di diatesi, cioè di tendenza, dopo aver ascoltato il consiglio del medico dal quale si sono recate non con un arto atrocemente immobilizzato dalla sciatica o col piede gonfio da un attacco di gotta, o con le articolazioni deformate, ma in buone condizione fisiche soggettive ed oggettive per un collaudo della loro salute, oppure alle prime avvisaglie della malattia che si sono presentate con eru-

zioni cutanee, con aumenti di peso eccessivi, con dolori vaganti o fissi nelle membra appena accennati, pruriti cutanei, piroso (iperacidità gastrica) vertigini, astenie, cefalea, bruciori durante l'urinazione ecc. ecc.

Vi sono malattie costituzionali che si trasmettono allo stato di tendenza ai discendenti, onde la massima importanza va data alla cura del terreno organico individuale e vi sono molte altre malattie nelle quali vari fattori entrano come causa innestandosi sulla costituzione individuale che opportunamente sorvegliata e curata può venire a costituire, anzichè una base favorevole, una linea di difesa contro gli agenti morbigeni.

Vi sono dunque malattie che per svilupparsi hanno bisogno di uno stimolo esterno abnorme ed eccezionale, mentre ve ne sono altre che insorgono per stimoli che per la generalità della specie sono comuni ed innocui. Queste ultime costituiscono le vere malattie costituzionali. Per esempio il presentarsi di uno stato uricemico sotto una dieta comune a tutti gli individui e normale costituisce per l'appunto una malattia costituzionale. Quando le conquiste della batteriologia rivelarono alla medicina cause fino allora ignote e sorprendenti si credette di potere spiegare tutto con le cause morbose esterne e sembrò che l'unità biologica nella quale la malattia si sviluppava, rappresentata dall'individuo, non avesse più alcuna importanza. Ma svaniti i primi entusiasmi si cominciò a riprendere quel che era stato abbandonato come un rifiuto ed oggi vi è un benefico ritorno alla medicina del terreno costituzionale. In questo campo,

fecondo di risultati, il medico deve svolgere la sua attività modificatrice con la collaborazione del pubblico che deve conoscere e comprendere l'importanza della costituzione individuale e delle tendenze famigliari nell'insorgere delle malattie e deve rendersi conto altresì che è necessario che l'individuo sia edotto sulle sue predisposizioni morbose perchè possa in tempo adottare le opportune misure preventive.

La malattia non deve essere considerata come una fatalità, ma come un nemico da combattere preventivamente. E i presidî non mancano. Importanza ed efficacia grandissima hanno a tal fine le norme igieniche, le condizioni ambientali, l'alimentazione razionale, l'opoterapia, cioè la correzione di squilibri delle glandole a secrezione interna e gli agenti fisici che occupano largo posto nelle forze medicatrici della natura. L'azione di questi, lo si può affermare senza timore di esagerazione, si esplica sul corpo dei viventi attraverso le funzioni e pel tramite della cute.

La pelle è lo specchio terso e splendente della giovinezza e della salute come è lo specchio opaco e triste della vecchiaia, ed è così intimamente legata al resto dell'organismo che la migliore cura di essa coincide con le norme dell'igiene generale. E' un intreccio di influenze reciproche per il quale la salute del corpo è salute della pelle e viceversa.

Ecco dunque dove stanno le basi della vera cosmesi, di quella cioè che mira al culto di una bellezza completa che splende in tutto il suo fascino su di un solido piedistallo di salute e di benessere organico.

Non l'invocazione quasi disperata al tempo che fugge, fatta di inerzia e di abbandono, « O giovinezza fermati, sei bella » che il poeta lancia alla dea che avvizzisce come una rosa che comincia

a perdere il suo profumo, non l'adattamento quasi rassegnato alle varie tappe della vita, non soprattutto l'opera nostra data ad affrettare il corso dell'esistenza e ad anticipare la vecchiaia, ma occorre che noi stessi con la nostra volontà e seguendo le norme dell'igiene conserviamo e prolunghiamo quanto più è possibile un dono che non ha uguali perchè tutti gli altri sono in funzione di esso.

In questa epica lotta tra la vita e la morte, tra la giovinezza e la vecchiaia precoce, tra la felicità e il malanno è tutta la gloria della Medicina e dell'Igiene.

Se la donna è l'eterna nemica del tempo, che distrugge la sua bellezza e la sua grazia lentamente sfiorandola ogni giorno, e contende al suo implacabile avversario con le armi tenaci dell'arte cosmetica il fascino dei suoi occhi, il velluto della sua pelle, le rose del suo volto, l'uomo non assiste con minor tristezza al trionfo degli anni eternamente vittoriosi. Ma la lotta che si combatte non è per la nostra vittoria: è soltanto per allontanare e ritardare quella dell'avversario. Curiamo la vecchiaia quando ancora sorride la giovinezza e ritardiamo le rughe evitando tutte le cause nocive che possono essere evitate con una buona igiene generale, con un equilibrato e continuo esercizio dell'attività muscolare e nervosa, con l'equilibrio psichico, facendo tesoro di tutte le risorse che la natura ci prodiga e di tutti gli insegnamenti che essa ci offre ad ogni istante.

Che cosa rappresenta il barattolo contenente il tale o il tal'altro ricostituente di fronte all'aria dei boschi, alle acque meravigliose che invitano al tuffo, al sole che saetta iridescenti splendori sul lido sinuoso dove la vita s'accende in scoppiettanti risate e si gonfia come l'onda del mare verso l'infinito, cullata come un sogno dal biancheggiare eva-

nescente delle spume e dal murmure sommesso della risacca?

Interrogato, Galeno, un medico dell'antichità, chi fosse secondo lui il più bravo medico che avesse conosciuto rispose, nella sua sapienza intuitiva: — il migliore medico che io abbia conosciuto è la natura che guarisce molte malattie e non dice male dei suoi colleghi. Ed il Dott. Falconet, morente, disse ai suoi colleghi che lo circondavano: « Per fortuna lascio dopo di me tre bravi medici ». Ognuno dei colleghi sperò di essere compreso tra i tre, ma Falconet continuò: « L'acqua, il moto e la dieta ».

In questi elementi, miei lettori, dobbiamo comprendere tutte le forze medicatrici che la natura gratuitamente ci offre senza costringerci a comprarle a milligrammi e a caro prezzo dal farmacista, e, come già ho detto, è — per gran parte — la pelle che ci consente di utilizzarle.

Aria e sole sono indispensabili alla pelle e a tutto l'organismo. Il colore sano della cute non è il bianco latteo, ma va dal bronzo chiaro al bronzo scuro e la moda per fortuna su questo oggi è d'accordo se le creole artificiali esercitano il loro fascino prepotente e irresistibile e le donne, sempre maliose, spalmano sul loro viso le varie « ambre » per ottenere più presto « la tinta » che è considerata come un attributo di bellezza.

La pelle bianco-lattea è espressione di un altro tipo di bellezza che spesso, ma non sempre, non è quella che si confonde con la salute, è priva di aria e di luce e riveste un corpo che può essere fragile nelle sue resistenze come il romanticismo esagerato che ne faceva oggetto di ammirazione e di esaltazione.

La bellezza senza salute è come il cielo limpido delle giornate di ottobre che nella sua fresca luminosità riflette nella

nostra anima la malinconia immensa delle foglie ingiallite che scricchiolano sotto i piedi come il lamento di una festa che sta per finire. Chi non ha provato un senso di sconfinato rimpianto e un violento moto di rivolta di fronte alla bellezza veramente angelica di alcuni tubercolotici? La pelle è bianca, diafana, mazzata di bleu, i lineamenti sono divini, le ciglia lunghe danno all'occhio lucido e vivace circondato da un alone profondo e scuro un fascino ineffabile; ma la vita si spegne quasi che quella bellezza non appartenga agli uomini ma alla divinità. La vita che a noi appartiene è una vita fatta di muscoli, di forza, di salute, per una rigogliosa fioritura di madri, di lavoratori, di soldati, senza però arrivare alle esagerazioni, specie per quanto riguarda la donna che se mascolinizzata da sports eccessivi ed inadatti oltre a perdere i suoi attributi fisiologici perde il fascino per cui fu creata.

L'aria e la luce producono una piacevole sensazione di benessere, una « euforia », nella quale si sente la gioia di vivere, e un equilibrio delle forze fisiche e psichiche con una esaltazione della vitalità. Sotto l'influenza di questi elementi il ricambio si attiva, le ghiandole a secrezione interna vengono stimolate, migliora la sanguificazione, aumenta l'ampiezza della respirazione, l'eliminazione delle scorie organiche è più pronta, le funzioni digestive, del fegato e del rene si regolarizzano, il sonno si equilibra.

In riva al mare, come e più nell'alta montagna, abbondano i raggi ultravioletti. Sono radiazioni solari di piccolissima lunghezza d'onda che a differenza di altri raggi solari non hanno energia luminosa o calorica ma sono ricchi di energia chimica. Hanno la parte più importante nell'elioterapia, cioè nella cura di sole.

L'organo destinato ad accogliere i raggi solari e a diffonderne l'influenza su tutto l'organismo è la pelle. Ricchissima di terminazioni nervose essa è come un mirabile groviglio di antenne riceventi, e, distesa alla superficie del corpo, oltre a proteggerlo dalle offese esterne costituisce un mezzo di collegamento e di correlazione tra l'organismo e l'ambiente.

Sarebbe lungo dirvi dei collegamenti nervosi che in via riflessa rendono possibili influenze reciproche tra i vari organi e la cute. Lo sa il maniscalco che « fuoca » il cavallo malato perchè dal tratto di cute « fuocato » si dipartano gli impulsi che provocheranno a distanza reazioni riflesse e salutari, lo sa la vecchia medicina popolare che applica il cataplasma o la carta senapata per curare mali interni, lo sa l'antichissima e sapiente medicina cinese che cura la sciatica e altre malattie, spesso con successo, mediante l'agopuntura. Questa consiste nell'approfondare nella pelle, senza oltrepassarla, la punta di un ago tenendo conto delle fasi inspiratoria ed espiratoria, in punti determinati e che variano a seconda delle malattie. Voi tutti, miei lettori, sapete come un getto di acqua fresca sul viso possa rischiarare le idee un po' confuse dal vino o possa rianimare un individuo svenuto. Sono note pure le risposte che la cute in via riflessa dà ai moti della psiche diventando rossa per il sentimento del pudore o per la collera, oppure pallida per una violenta emozione. Le stimolazioni fredde su l'epigastrio producono dapprima una atonia e quindi un aumento della motilità dello stomaco e così per l'intestino. Ecco l'importanza della ventriera di lana, specie in estate, per le ragioni che dirò in seguito. Viceversa le applicazioni calde o un lieve massaggio provocano una distensione degli spasmi viscerali a volte atroci. Ecco per-

chè, specie in mancanza d'altro, ci si può servire benissimo della borsa calda o del bagno caldo per mitigare una violenta colica epatica o renale, una gastralgia che non sia dovuta però a fenomeni infiammatori, ma solamente a spasmo funzionale, ecc. ecc.

Specialmente pericolosi sono i riflessi vasomotori che dalla cute non abituata e bruscamente raffreddata arrivano al polmone o ai bronchi dove possono determinare quelle alterazioni sulle quali facilmente si impiantano le infiammazioni acute polmonari o bronchiali.

Sommi clinici curavano l'ascite da cirrosi epatica (cioè liquido nella cavità addominale) frizionando la pelle dell'addome con olio di croton in modo da provocare una violenta irritazione cutanea con arrossamento e formazione di pustole e vescicole allo scopo di provocare in via riflessa l'eliminazione del liquido. Non mancano quelli che attraverso a queste lesioni artificialmente provocate sulla cute cercano di ottenere l'eliminazione delle tossine che circolano nell'organismo in varie malattie e con ciò la guarigione delle malattie stesse. La cute inoltre è un organo che partecipa allo svelenamento dell'organismo anche in condizioni normali e risente l'azione di sostanze introdotte con l'alimentazione o formatesi nel ricambio organico o nel tubo digerente con espressioni morbose varie che comprendono buona parte delle malattie cutanee.

Un'altra importantissima funzione della pelle è quella della termoregolazione. L'uomo è un animale a temperatura corporea costante ad onta delle oscillazioni della temperatura esterna. La pelle irradia nell'ambiente esterno l'80 % del calore prodotto nelle combustioni organiche.

Per effetto delle basse temperature i vasi sanguigni cutanei si contraggono

e diminuendo la quantità di sangue diminuisce la irradiazione del calore; viceversa se la temperatura esterna si eleva aumenta la perdita di calore. Inoltre con la evaporazione dell'acqua attraverso la cute si ha una sottrazione di calore, quindi un abbassamento della temperatura, e se non basta, quando la temperatura esterna è molto elevata o durante il lavoro muscolare, dalla evaporazione insensibile (*perspiratio insensibilis*) si passa alla sudorazione che mediante evaporazione più abbondante (*perspiratio sensibilis*) sottrae una maggior quantità di calore al corpo e produce un più notevole abbassamento della temperatura. Si spiega così l'azione nociva delle correnti d'aria durante la traspirazione. Il movimento dell'aria accelera l'evaporazione e per conseguenza raffredda rapidamente (e non lentamente) la pelle provocando brusche variazioni circolatorie con effetti locali come le nevralgie o con effetti riflessi su organi interni.

Se la funzionalità dei reni è turbata la pelle può assumersene in larga parte le funzioni (eliminazione di cloruro di sodio, di urea e di sostanze tossiche varie). Ma se la sudorazione è molto abbondante l'organismo ha bisogno di acqua perchè scarseggiando questa i reni non possono eliminare i rifiuti attraverso le urine se non con uno sforzo che può essere nocivo, come può avvenire per esempio nei paesi caldi. Perciò ad una abbondante sudorazione occorre far seguire una proporzionata introduzione di liquidi (non ghiacciati, naturalmente e non nel momento della massima traspirazione) che del resto viene spontaneamente richiesta dall'organismo attraverso il senso della sete. E' consigliabile bere l'acqua a sorsi per evitare brusche variazioni di temperatura che potrebbero produrre riflessi dannosi.

Con le considerazioni suesposte ci potremo spiegare il « fiato grosso » del

cane in estate. Questo animale suda pochissimo perchè non ha sulla cute un abbondante sviluppo di ghiandole sudorifere e per conseguenza dovendo mantenere costante la temperatura del corpo deve aumentare la ventilazione polmonare attraverso la quale con l'evaporazione ottiene una perdita di calore.

I disturbi della funzione sudorale si chiamano idrosi. L'iperidrosi è l'aumento eccessivo della secrezione sudorale: si osserva in malattie del ricambio come l'artritismo e l'obesità, in malattie nervose varie, nelle anemie, nella nevrastenia, nel morbo di Basedow; ma può avverarsi anche negli individui che godono buona salute o che presentano solo una labilità neuro-vegetativa. In rapporto con l'iperidrosi e la « sudamina » affezione cutanea caratterizzate dalla comparsa di piccolissime vescicole numerose e a contenuto chiaro. L'anidrosi è la mancanza di secrezione sudorale e può essere congenita o acquisita. Cromidrosi è il sudore colorato. La colorazione rossastra del sudore ascellare è di natura microbica e la colorazione bluastro può essere in rapporto con uno speciale bacillo o può essere dovuta ad una sostanza prodotta da putrefazione intestinale ed emessa col sudore. Bromidrosi è la secrezione di un sudore fetido. L'uridrosi è il sudore ricco di urea che si deposita sulla pelle in minute scaglie cristalline e si ha nell'uremia. Infine l'ematidrosi è la secrezione di sangue col sudore (donne isteriche).

Con le glandole sudorifere la pelle contiene pure glandole sebacee che secercono una sostanza grassa. Se la funzione di queste è esagerata si ha la seborrea che può essere secca (squamosa) od oleosa (viso untuoso).

Conosciute le funzioni della pelle ci si rende facilmente conto come l'igiene di essa costituisca anche una difesa della salute.

Date queste premesse, come sarà protetta la pelle in estate, cioè quale sarà il tipo adatto di vestiario?

Quanto alla foggia i vestiti dovranno essere a grande respiro, non troppo aderenti in modo da consentire un rinnovamento degli strati di aria e dar modo alla pelle di respirare (perchè la pelle respira pure) e di prendere aria e luce. I colori delle stoffe saranno chiari. Per l'abbigliamento nella stagione calda sono da preferire gli abiti bianchi per restare maggiormente freschi nelle giornate di sole e di calore. — Il nero è il colore della notte, il bianco è la luce del giorno: foto ed elioterapia! — scrive Heinrich von Pudor.

Importanza speciale assume la qualità della stoffa. Se per l'abito sono consigliabili il lino, la seta e il cotone, per quanto un abito bianco di lana leggerissima sia ugualmente, anzi meglio adatto, a contatto della pelle non dovrà mai mancare un sottile strato di lana o come maglia o come camicia. Mentre le tele sono poco permeabili specie se bagnate, la lana è più permeabile all'aria. Le tele bagnate aderiscono alla pelle e cedendo rapidamente l'acqua che contengono con l'evaporazione si raffreddano pure rapidamente e pertanto possono essere nocive. La biancheria stirata inoltre perde in buona parte la permeabilità all'aria. La lana invece è permeabile all'aria, assorbe il sudore e permette solo una lenta evaporazione di esso per modo che impedisce i bruschi raffreddamenti del corpo. Buoni sono i tessuti misti di lana e cotone o di lana e lino. La seta ha un posto di mezzo tra la lana e il lino. Man mano che si sporca la lana perde le sue preziose proprietà e perciò solo la biancheria di lana spesso lavata conserva le suddette qualità.

Dicevamo che l'organo destinato a raccogliere i raggi solari e a diffonderne l'influenza su tutto l'organismo è la

pelle. In quest'organo l'energia luminosa e l'energia dei raggi ultra-violetti vengono trasformate in energia chimica che esplica la sua benefica influenza sul sistema nervoso, sui muscoli, sul sistema scheletrico, sul sangue, sull'apparato digerente e sul ricambio.

La cura solare può essere locale e totale. Locale è indicata nelle affezioni localizzate (piaghe, ulcere, focolai articolati, ostiomieliti ecc.) — totale espone il corpo intero al bagno d'aria e di sole. Il soggetto che si espone alla irradiazione deve essere riparato dal vento se questo è forte e freddo e vi si può esporre se è lieve e serve a mitigare il calore atmosferico, purchè il corpo non sia in traspirazione intensa. L'esposizione totale non è indicata se la temperatura al sole è elevata. Già a 40° al sole la temperatura può essere dannosa (1).

La cura solare deve essere preceduta da qualche giorno di adattamento al clima marino. Un bagno di sole ben dosato deve provocare uno stato di benessere e non aumento della temperatura, malessere, cefalea, inappetenza, insonnia, palpitazioni cardiache. In tal caso si è di fronte all'intolleranza dovuta ad errore di dosaggio o dovuta a particolari

(1) Schema di Rollier
per la durata dell'esposizione al sole

	GIORNI					
	I	II	III	IV	V	VI
	minuti	minuti	minuti	minuti	minuti	minuti
Piedi . . .	5	10	15	20	25	30
Gambe . . .	—	5	10	15	20	25
Coscie . . .	—	—	5	10	15	20
Addome . . .	—	—	—	5	10	15
Torace . . .	—	—	—	—	5	10
Dorso . . .	—	—	—	—	—	5

(Da FERRIO)

Al settimo giorno l'irradiazione comprende tutto il corpo e l'esposizione viene prolungata ogni giorno di 15 minuti fino al massimo suddetto ripartito in tre sedute.

condizioni dell'organismo. La durata del bagno di sole totale — dopo il graduale adattamento nel quale si comincia con esporre prima le gambe, nei giorni seguenti le cosce e poi l'addome, quindi il torace e in ultimo il corpo nudo a testa coperta — non deve mai superare le due ore, massimo tre al giorno.

L'imbrunimento della pelle permette una tolleranza maggiore ed un prolungamento della cura, ma bisogna ottenerlo, come sopra ho detto, con esposizione graduale ai raggi solari per evitare irritazioni che vanno dal rossore e dall'edema della cute a manifestazioni più gravi dette « luciti ». Una pigmentazione bruna pronunziata è in genere indice di buona tolleranza mentre vi sono dei soggetti che non presentano un imbrunimento rapido e pronunziato della pelle,

e per lo più questi non tollerano la cura solare.

Anche il bagno di mare esplica la sua benefica azione attraverso la cute per il lieve massaggio che le onde esercitano su di essa e per le stimolazioni chimiche e fisiche dell'acqua e delle sostanze che vi sono disciolte.

Infine prima di scegliere le fonti, il mare, o i monti un consiglio richiesto ad un Consultorio o ad un Centro sanitario dell'I.N.A., dove i medici gratuitamente sono a disposizione degli assicurati, potrà meglio indicare qual sia la terapia fisica che si adatta al singolo individuo perchè vi sono condizioni organiche speciali che indicano una terapia e ne vietano un'altra.

Dott. MARIANO CLAUSI-SCHETTINI

RASSEGNA DI ARTICOLI D'IGIENE

Viva Cien Anos, 4 gennaio 1939, vol VI, n. 7, Buenos Ayres.

Dr. M. AZUA, *Vivi cento anni!*

Dopo aver ricordato la tendenza presso molti popoli a presentare un indice di età media sempre più alto, l'A passa a discutere delle possibilità reali di vivere cento o più anni. In base a confronti di anatomia comparata, tenendo presente il periodo di sviluppo dello scheletro l'uomo naturalmente dovrebbe vivere 105 anni; in base alla evoluzione dell'occhio che comincia a perdere la propria capacità a trenta anni la vita teorica si esaurirebbe con la vista a 180 anni.

Dott. O. RUEDA, *Il calore minaccia l'intestino.*

Viene ricordata dapprima l'importanza delle cause perfrigeranti e successivamente i sintomi delle coliti acute e secondarie. La diarrea non è una malattia ma un sintomo per la cui cura gli astringenti non sono sufficienti ma talvolta questi possono provocare gravi disturbi.

Viva Cien Anos, 1 febbraio 1939, vol. VI, n. 9, Buenos Ayres.

Dott. M. ALZUA, *La sfortuna.*

Questa comoda attenuante non esiste come tale perchè ognuno di noi è responsabile del proprio destino; il pensiero di essa paralizza l'attività di molti uomini che nell'incertezza vedono distruggere tutte le loro speranze. Espressione tipica di questa erronea concezione è la mala pianta della superstizione che con gli amuleti, ricordo di un tempo passato, deve essere bandita nel secolo del progresso e della ragione.

Dott. C. DE LIO, *Crampi e dolori muscolari.*

I crampi che costituiscono una semplice contrattura muscolare sono dovuti ad una irritazione dei filetti nervosi a livello del muscolo per riassorbimenti di sostanze di natura tossica formatosi soprattutto a livello dell'intestino. I crampi compaiono durante gli sforzi fisici; se insorgono nel riposo sono espressione

di una deficiente irrigazione sanguigna e ciò accade nell'arteriosclerosi, nelle arteriti, ecc. I dolori muscolari compaiono soprattutto in coloro che al di fuori dell'esercizio si sottopongono a sforzi muscolari; ciò sembra dovuto a deficienza di adrenalina che viene consumata in quantità durante lo sforzo.

Dott. G. PALANTI, *Vegetali, sì; ma di buona qualità.*

Dopo aver ricordato che i prodotti vegetali costituiscono la più diretta e semplice trasformazione della irradiazione solare l'A. illustra l'importanza delle vitamine nell'alimentazione razionale sia per l'accrescimento del corpo sia per la prevenzione delle malattie dei nervi e della cute. Il contenuto vitaminico non è costante ma varia a seconda il periodo in cui il frutto o l'ortaggio viene esaminato. L'agricoltura razionale potrà nel futuro utilizzando i progressi scientifici ed i fertilizzanti ottenere dei prodotti con il massimo valore alimentare sotto tutti i rapporti.

Gesundheitdienst, febbraio 1939, Berlino.

Dott. NAGELL, *Cosmetica della pelle.*

Per cosmetica s'intende l'arte di conservare e promuovere la bellezza del corpo; l'igiene vi entra in grado notevole specie a mezzo dei vari tipi di bagni: freddi, caldi a vapore, marini, e terapeutici.

Dott. ENGEL, *La cura dei piedi.*

Il piede caldo, il piede piatto ed i calli sono calzati da calzature inadatte; occorre perciò saper scegliere calzature appropriate.

Dott. SIGWALD, *Cosmetica e alimentazione.*

A conservare il corpo sano e perciò anche bello occorre una giudiziosa alimentazione che regoli l'introduzione dei grassi, dei carboidrati e delle proteine come pure delle varie specie di vitamine.

Id., maggio 1939.

Dott. BRUSTMANN, *Il compito dello sport nell'esercizio fisico dell'uomo.*

Lo scopo dello sport deve essere quello di sviluppare quanto più è possibile le forze del-
onde meglio attendere all'esercizio professionale e soprattutto per il miglioramento della prole e della razza.

Dott. LOLHOFFEL, *L'esercizio fisico della donna.*

Anche la donna deve avere il suo esercizio fisico. Sono da preferire quelli che conferiscono snellezza e sveltezza al corpo quali la corsa, il salto, il nuovo.

Dott. LOTTERMOSER, *Esercizio dei giovani.*

I ragazzi devono dedicarsi a esercizi sportivi leggeri all'aria libera evitando gli esercizi di resistenza.

Dott. LOCHMANN, *Ginnastica dei lattanti.*

Anche nei lattanti bisogna assecondare i movimenti con opportuni esercizi i quali dovranno essere eseguiti a corpo completamente nudo da un'infermiera o una massaggiatrice.

La vie saine, marzo 1939, vol. VII, n. 1.

Dott. P. BOVET, *Fuga di ragazzi.*

Vengono esaminate le ragioni che talvolta spingono i bambini a disertare la casa paterna; mentre in alcuni casi esiste il timore di una riprensione dei genitori, tal'altra è l'istinto migratore del ragazzo stesso che lo spinge a tale passo. Viene successivamente esposto il conflitto mentale tra l'ambiente e il sentimento affettivo del piccolo come pure i contrasti psicologici che in quest'ultimo si determinano nei riguardi delle riprensioni del padre e della madre.

Dott. S. VALEMAR, *Cure di primavera; corpi ringiovaniti e coscienza appassita.*

Ricorda come i depurativi e le tisane consigliati per tali cure determinano una eliminazione dei residui di disassimilazione e contemporaneamente aumentano l'eliminazione di tossine intestinali. In tal modo si avverte la sensazione di una maggior vitalità quasi come un ringiovanimento; occorre contemporaneamente però un regime dietico soprattutto vegetariano utile nei casi di obesità. Le cure termali, i bagni, la vita in campagna lo sport costituiscono il più perfetto complemento di queste cure.

Hijo mio! - Vol. III, n. II, febbraio 1939, Buenos Ayres:

Dott. M. ALZUA, *Intossicato dalla città.*

Gli ambienti malsani delle grandi città danno un contributo notevolissimo a queste forme di intossicazione specie tra i ragazzi, la montagna e l'aria libera porteranno a sicura guarigione i piccoli pazienti figli di soggetti spesso tarati.

Dott. J. CARDELLAS, *L'andatura anserina.*

La lussazione congenita dell'anca è una malattia molto frequente ed ignota al gran pubblico; ne sono colpite più spesso le femmine; l'andatura caratteristica e la difficoltà a muovere i primi passi richiameranno l'attenzione dei genitori ai quali il medico consiglierà un sollecito intervento per ottenere una rapida guarigione.

Notiziario

L'elogio del Duce al nostro Istituto

Il giorno 1° giugno il Duce ha ricevuto il Presidente dell'I. N. A. Sen. Bevione che gli ha presentato ed illustrato il bilancio dell'Istituto per l'esercizio 1938. Le cifre di questo dimostrano il poderoso sviluppo conseguito dall'Ente che nell'ultimo esercizio ha ancora migliorato la propria posizione.

Si è difatti avuta nel 1938 una produzione che si avvicina ai 3 miliardi di lire di capitali assicurati. Questi, in vigore alla fine del 1938, raggiungono la cifra imponente di 18 miliardi e 200 milioni con un aumento di 1 miliardo rispetto al portafoglio in vigore alla fine del 1937; mentre le riserve complessive a garanzia degli impegni contratti dall'Istituto si elevano da 4 miliardi e 651 milioni a 5 miliardi e 195 milioni, con un aumento senza precedenti di oltre mezzo miliardo.

Un ulteriore passo avanti hanno compiuto nel 1938 le Assicurazioni Popolari la cui produzione è stata di 266 mila contratti per 543 milioni di capitali assicurati con un aumento di 20 mila contratti e di 27 milioni di capitali rispetto all'esercizio precedente.

Il favorevole andamento della mortalità, la saggia politica degli investimenti e la rigida amministrazione hanno permesso di realizzare un utile di circa 67 milioni superando quello del precedente esercizio di 3 milioni e 700 mila lire. Spetta pertanto allo Stato, dedotti gli accantonamenti di legge, una quota di partecipazione di L. 27.283.853; somma che il Sen. Bevione ha consegnato al Duce.

Una quota di utili uguale a quella di spettanza dello Stato viene distribuita tra gli assicurati. Essa permette di incrementare del 5 per mille le somme assicurate con polizze emesse fino al 30 giugno 1936-XVI, mentre per i contratti stipulati dopo quella data, in forma ordinaria e a premio annuo, consentirà di liquidare in contanti il 6 % del premio stesso all'atto del pagamento

della successiva annualità. Viene raggiunta così dal 1930 ad oggi, la cifra complessiva di 191 milioni che l'Istituto Nazionale ha assegnato ai suoi assicurati a titolo di partecipazione agli utili.

Il Duce ha vivamente elogiato il Sen. Bevione e i suoi collaboratori per questi magnifici risultati della grande Azienda assicurativa dello Stato ed ha impartito al Sen. Bevione le sue direttive per un sempre maggiore sviluppo delle assicurazioni popolari nella loro triplice forma di polizza XXI Aprile, polizza del Rurale e polizza della G. I. L. le quali perfezionano ed integrano le nuove vaste riforme del Regime per la Previdenza obbligatoria, educando il popolo lavoratore ai saldi presidii del risparmio assicurativo libero.

Il II° Congresso internazionale di Medicina di Assicurazione Vita.

Dal 18 al 21 maggio u. s. si è svolto a Parigi sotto la presidenza del Prof. M. Loéper il II Congresso Internazionale di Medicina Assicurazione Vita.

Partecipavano numerosi medici in rappresentanza dei principali Istituti europei di Assicurazione; degli Italiani hanno presentato relazioni il Prof. Malan e i Dottori Cavaliè, Trottarelli, Starna e Ricciotti.

Il Congresso è stato organizzato con molta cura e signorilità e i lavori, che si sono svolti tra l'interesse generale, sono stati molto proficui.

Dopo un elevato discorso del Presidente hanno preso la parola nella seduta inaugurale i rappresentanti delle varie Nazioni, tra cui il Prof. Romanelli, vice-presidente del Congresso, il quale ha illustrato l'organizzazione medica assicurativa e assistenziale in Italia suscitando vivo interessamento e approvazione.

Indi è stata iniziata la discussione degli argomenti posti all'ordine del giorno:

Sul tema *L'ipertiroidismo nell'Assicurazione Vita* i relatori Prof. Dautrebande

(Liegi) e Dr. Aubertin (Parigi) hanno fatto importanti considerazioni sulla classificazione degli stati ipertiroidei e sulle relazioni circolatorie ed hanno insistito che possibilmente nell'assicurazione dell'ipertiroidei siano praticati assieme all'esame clinico la determinazione del metabolismo basale, l'esame radioscopico del cuore e l'esame elettrocardiografico.

L'argomento *Tubercolosi polmonare e Assicurazione Vita* è stato affidato per la parte clinica al Prof. Malan (Milano) e al Dott. Courcoux (Parigi) e per la parte radiologica al Dr. Ricciotti (Roma). I relatori hanno trattato il complesso problema dal punto di vista statistico, diagnostico e prognostico sia per ciò che riguarda la tubercolosi nelle sue varie forme sia per quello che concerne la sua guarigione dopo interventi terapeutici ed hanno insistito soprattutto sull'importanza — ai fini assicurativi — della statistica che dovrà essere sempre più ampliata e dell'indagine radiologica che merita una maggiore diffusione.

Alla discussione hanno preso parte numerosi Congressisti.

Su *L'influenza dell'obesità nell'Assicurazione Vita* hanno riferito il Prof. Marañón (Madrid) e il Dr. Shaw (Londra) i quali dopo aver preso in considerazione i vari tipi di obesità hanno rilevato che in generale la durata della vita è minore negli obesi pletorici che negli obesi pallidi. Esaminate quindi le malattie che rappresentano le cause di morte più frequenti negli obesi i relatori hanno concluso raccomandando che nell'esame degli obesi particolare attenzione sia rivolta allo stato anatomo-funzionale dell'apparato cardiovascolare.

L'importanza del tabagismo in Assicurazione Vita e nella medicina preventiva è stata illustrata dai Proff. Bergstrand (Stoccolma) Külbs (Colonia) e von Bergmann (Berlino). Essi hanno messo in rilievo l'influenza dannosa che il tabacco esercita sull'organismo umano e sulla durata della vita. Specialmente in evidenza è stata posta l'azione deleteria del tabacco sull'apparato circolatorio e sul sistema nervoso, nonché le ripercussioni sull'apparato digerente, sulle glandole a secrezione interna e su tutti

gli altri organi e sistemi. Le relazioni erano corredate da dati statistici e da ricerche personali molto interessanti.

Sul tema *Albuminuria in Assicurazione Vita* ha riferito il Prof. Volhard (Francoforte) con la rara competenza che lo distingue nel campo delle malattie renali. Premesso che per ciò che riguarda l'albuminuria la base per una giusta prognosi è una diagnosi il più possibile esatta, il relatore ha diviso dal punto di vista prognostico le malattie renali in malattie *senza* e malattie *con* disturbo della circolazione renale avvertendo che in linea di principio al primo gruppo è legata una prognosi favorevole, al secondo una prognosi sfavorevole. Per il Volhard due ricerche hanno particolare valore: la misurazione della pressione sanguigna e la prova di concentrazione. In base a queste e ad altre importanti considerazioni il relatore ha esposto, tra la più viva attenzione dell'uditorio, una tabella dei rischi considerati in scala di gravità decrescente.

Cavaliè (Milano) e Starna (Roma) hanno riferito sullo stesso argomento proponendo di determinare il rischio « albuminuria » sulla base di tre esami: analisi delle urine, analisi ematochimica e analisi clinica a cui, per la valutazione del rischio in casi speciali, potrebbero essere aggiunte le prove funzionali. Essi dopo aver dimostrato con ricerche statistiche che la mortalità per malattie renali si mantiene in limiti discreti ed aver trattato delle albuminurie extra-renali, riportano il modulo per assicurandi affetti da albuminuria proposto dal Consorzio Italiano Rischi Tarati e, data la benignità delle statistiche, pensano che una maggiore liberalità possa essere adottata nella accettazione di questi rischi.

Da ultimo sull'argomento *Valore della statistica nell'Assicurazione Vita* interessanti sono state le relazioni del Dr. Cook (Minneapolis) che ha trattato in modo chiaro ed esauriente i problemi statistici inerenti alle malattie cardiovascolari; del Dr. van Heukelom (Rotterdam) e del Dr. Stèvenin (Parigi) che hanno portato sull'argomento la voce della loro esperienza ed utili suggerimenti sia per i rischi normali che per i rischi tarati ed hanno messo in rilievo

le condizioni necessarie per ottenere delle statistiche attendibili; e infine del Dr. Trottaelli (Roma) che ha illustrato la scheda meccanica del Consorzio Italiano per l'assicurazione vita dei rischi tarati soffermandosi sulla organizzazione del servizio statistico dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e sull'attività del Servizio Sanitario di questo Ente per ciò che riguarda i rischi accettati o rifiutati e le misure sanitarie preventive.

Oltre questi argomenti molti altri sono stati svolti per mezzo di comunicazioni fatte dai vari congressisti.

A chiusura del Congresso è stata acclamata Roma sede del futuro Congresso che

avrà luogo nel 1942, il rappresentante dell'Italia, Prof. Romanelli è stato pregato di assumerne l'organizzazione.

Ric.

L'attività dei nostri Centri Sanitari.

In un articolo comparso nel « Dolomiten » di Bolzano del 15 aprile u. s. abbiamo letto che l'attività del Centro Sanitario dell'I.N.A. di Bolzano e del Consultorio di Bressanone è molto apprezzata mettendo a disposizione degli assicurati di quella Provincia numerosissime provvidenze sanitarie ciò che mentre da un lato contribuisce al miglioramento della razza, d'altro canto, ha fatto sì che la produzione assicurativa della zona sia fortemente aumentata negli ultimi anni.

Capitali dei contratti sinistrati per morte esaminati dal Servizio Sanitario nell'anno 1938.

Portafoglio diretto e preconstituito (assicurazioni ordinarie e collettive con visita medica all'ingresso	L. 62.106.720
Portafoglio diretto senza visita medica	* 8.875.759
Portafoglio assicurazioni popolari	* 10.422.514
Cessioni legali e riassicurazioni (quote a carico dell'Istituto	* 14.510.897
Totale	L. 95.915.890

Distribuzione, utilizzazione dei buoni gratuiti di visita medica periodica dell' I. N. A.

A N N O	Buoni distribuiti N.	Buoni utilizzati N.	Percentuali utilizzabili sui distribuiti %	Importo onorari medici Lire	Visite coll. salute Centri e Cons. I. N. A.
1931	805	270	33,50	5.400	—
1932	1.705	626	36,70	12.520	—
1933	1.653	887	53,60	17.740	—
1934	1.756	1.041	59,60	20.820	—
1935	2.669	1.599	59,91	31.980	127
1936	3.438	1.737	50,52	34.740	532
1937	2.618	1.569	59,93	31.880	3.677
1938	2.639	1.586	60,09	31.720	9.934
Totale 1931-38	17.283	9.813	—	186.300	14.270

**Attività assistenziale svolta dai Centri Sanitari e dai Consulenti di medicina preventiva e d'igiene
dell'I.N.A. durante l'anno 1938**

CENTRI e CONSULTORI	P R E S T A Z I O N I													T O T A L E								
	Visita di collaudo della salute	Esame urine	Esame esplorato	Esami di sangue						Telerradiografia torace	Radiografie	Radioscopie	Elettrocardio- gramma		Pressione arteriosa	Peso e altezza	Visite idoneità coloniale	Collaudo della vista	Visite otorinolaringo- intriche	Visite odontoiatriche	Consulti d'igiene	Pronto soccorso
				Azotemia	Glicemia	Uricemia	Reazione Kahn	Reazione Meinicke	Reazione Wasserr.													
PIEMONTE	1637	888	12	147	150	24	185	—	—	174	65	70	14	795	701	2	114	—	—	1697	37	6662
LOMBARDIA	1052	891	6	182	182	—	182	—	—	64	92	438	—	988	802	4	—	—	—	961	7	6033
VENEZIA TRIDENTINA	2387	2015	54	719	719	17	726	726	—	574	297	933	—	1849	2108	2	—	—	1646	54	14826	
VENEZIA VENETA . .	883	874	6	209	198	8	201	38	—	173	56	468	—	850	859	2	—	—	672	—	5487	
VENEZIA GIULIA . .	26	19	—	—	—	—	—	—	—	1	—	5	—	20	22	—	—	—	25	—	118	
MARCHE e DALMAZIA	586	435	25	206	220	177	194	—	—	98	42	185	—	336	236	—	—	—	303	3	2991	
LAZIO e UMBRIA . .	1076	776	—	162	156	162	412	412	412	—	80	53	16	256	230	—	15	5	358	2	4660	
CAMPANIA	692	739	37	279	283	260	293	282	—	117	12	419	—	647	638	23	—	—	651	43	5415	
CALABRIA e SICILIA .	2211	2168	12	294	294	193	299	1	—	113	60	808	—	2207	2207	5	—	—	1558	132	12562	
SARDEGNA	510	398	24	49	40	25	51	22	—	84	10	135	—	374	421	7	—	—	610	51	2811	
TOTALE	11010	9153	176	2247	2242	866	2543	1663	412	1893	714	3504	30	8322	8224	45	129	5	69	8481	329	61565

I diplomati del X° Corso di Perfezionamento presso il Centro Studi dell'I.N.A.

In seguito ad esame hanno conseguito il diploma i seguenti candidati:

1) Dott. Polacco Ferruccio con la qualifica di Capo Gruppo; 2) Cap. Sbrizzai Daniele - Capo Gruppo Collettive; 3) Pinci Roberto - Capo Gruppo; 4) Dott. Silva Giuseppe - Capo Gruppo Principale; 5) Marselli Vincenzo - Impiegato Organizzazione; 6) Iachini Achille - Capo Gruppo; 7) Dott. D'Andrea Nazareno - Capo Gruppo.

(Dal *Bollettino Centro Studi I.N.A.*).

Concorso a premi Ferdinando Micheli.

Per onorare la memoria del Prof. Ferdinando Micheli che così vasto contributo di opere diede agli studi riflettenti le malattie del lavoro, la Presidenza dell'Ente Nazionale Prevenzione Infortuni ha deciso di istituire i seguenti «Premi Micheli» così divisi per il corrente anno: uno da L. 2.000, uno da L. 1.000, quattro da L. 500 con le seguenti norme principali:

1) Possono concorrere tutti i lavori originali di Medici italiani che trattino di qualsiasi argomento interessante la Medicina del Lavoro con speciale riguardo alla prevenzione delle malattie e degli infortuni.

2) I lavori dovranno essere inediti, dattilografati in triplice copia, e rimessi alla Direzione Sanitaria dell'E.N.P.I. (Via Mario Gioda, 2 - Torino) in piego raccomandato, contraddistinti da un motto che deve essere ripetuto su una busta sigillata contenente nome, cognome ed indirizzo del concorrente.

3) Il Concorso scade il 31 luglio 1939-XVII.

Per la prevenzione degli infortuni in agricoltura.

La Federazione Nazionale Fascista Casse Mutue infortuni agricoli diffonde degli opuscoli illustrati e molto istruttivi per la prevenzione degli infortuni agricoli, Segnaliamo: «Mietitura e trebbiatura» - «Animali e trasporti» - «Olivo, vite, alberi da frutto».

La difesa della razza.

S. E. Petragiani in una lezione tenuta all'Ist. Naz. di Cultura Fascista ha illustrato tra l'altro gli sviluppi raggiunti dalle istituzioni di assistenza sanitaria nel Paese ed ha precisato che l'indirizzo attuale dell'assistenza sanitaria è rivolto non solo alla cura delle malattie ma anche alla eliminazione delle cause sociali ed ambientali alla diagnosi e alla cura precoce dei mali ed alla prevenzione di essi.

3° Congresso internazionale dei Sanatori e delle Case di Cura private.

Promosso dall'Unione Internazionale delle Federazioni di Sanatori e di Case di Salute Private, a cura dell'aderente Organizzazione nazionale tedesca, sarà tenuto dal 23 al 28 aprile prossimo, a Baden, il III° Congresso Internazionale di Categoria, in occasione del quale saranno trattati interessanti temi scientifici.

Le Case di cura.

E' entrato nel terzo anno di vita questo periodico che è l'unico dedicato esclusivamente alla maggior conoscenza ed all'aggiornamento di tutti gli stabilimenti e di tutte le case private adibite a ricovero di malati e convalescenti. La Rivista, la cui Direzione è in Roma al Corso Vittorio Emanuele, 21, sarà lieta di accogliere quelle informazioni che le autorità mediche e gli studiosi vorranno comunicarle.

Nuptialia

Il Dott. Federico Lombardi medico dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni il 22 aprile u. s. si è sposato in Roma con la gentile Signorina Giulia Montemurri.

* * *

Anche in Roma il 23 aprile scorso il Dott. Giuseppe Curione si è unito in matrimonio con la distinta Signorina Emilia Celli.

Ai Colleghi Lombardi e Curione ed alle loro Signore gli auguri migliori dell'«Assistenza Sanitaria».

Note ed appunti**LA STATURA MEDIA IN ITALIA.**

La statura media della razza italiana è in progressivo aumento. Pertanto il limite minimo per l'ammissione alle Accademie militari è stato portato a m. 1,65 e sono stati ritoccati o sono in via di ritocco i limiti per l'ammissione ai vari Corpi.

ESISTONO VARIANTI ETNICHE REGIONALI IN ITALIA?

Midulla (« Riforma Medica », 7 gennaio 1939) esaminando 100 donne di venti anni e 800 giovani dai 18 ai 26 anni provenienti da tutte le regioni d'Italia ha stabilito che il tipo medio settentrionale, quello centrale e quello meridionale si discostano tra loro in lievissimo grado in tutte le misure e in tutti i valori.

L'A. anche in un suo studio precedente aveva dimostrato che non esistono varianti etniche regionali in Italia se si studia il fenomeno su gruppi omogenei di individui.

MORTALITÀ PER MALATTIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO IN ITALIA.

Il numero delle morti per malattie dell'apparato circolatorio è superiore a quello delle morti per polmoniti, enteriti, tubercolosi e tumori maligni. Dal 1887 al 1935 la mortalità per malattie dell'apparato circolatorio è aumentata del 20 per cento.

L'importanza del fenomeno riveste un carattere sociale. Le regioni maggiormente colpite nel periodo 1930-32 sono state: Abruzzi e Molise, Marche ed Umbria, e le meno colpite: Venezia Giulia, Zara e la Sardegna. La mortalità secondo calcoli di Tizzano (« Difesa sociale », 1938) è maggiore nelle zone rurali, più elevata nelle donne e aumenta con l'età. Per le malattie delle arterie si ha una prevalenza nei maschi, invece per quelle dell'endocardio e del miocardio la prevalenza è nelle femmine.

II. COLLAUDO DELLA SALUTE.

In Danimarca ogni giorno muoiono 15 persone per cancro e cinque per tubercolosi. Il Prof. Anderson ha avanzato la proposta, che è stata presa in considerazione, che ogni individuo da 40 a 60 anni sia obbligato ogni anno a sottoporsi a visita medica.

LA VISITA MEDICA AI DOMESTICI.

La visita medica per i domestici è obbligatoria a Newark (New Jersey). L'ufficio di igiene ha trovato la sifilide nel 17 per cento dei negri e nel 3,7 per cento dei bianchi. Recentemente anche in Italia è stata istituita la visita medica per i domestici.

LA RICERCA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE NEI COLLEGI MILITARI DELLA ROMANIA.

In sei collegi vennero praticati l'esame radioscopico e la prova tubercolinica su 2000 allievi. La prova tubercolinica fu positiva nel 38,75 per cento degli alunni più giovani (11 anni) e nel 70,90 per cento degli allievi dai 18 ai 19 anni segnando un aumento progressivo col crescere dell'età. All'esame radiologico in circa 500 allievi furono riscontrate anomalie polmonari rappresentate o da tubercolosi latente o da tubercolosi più o meno evolutiva o da altre forme tubercolari. (Da « La lotta contro la tubercolosi »).

I TOSSICI VOLUTTUARI.

In Germania è stato tenuto un convegno indetto dal Partito Nazista allo scopo di segnalare all'opinione pubblica i danni che vengono alla salute dall'abuso dell'alcool e del tabacco. Per queste sostanze si spendono in Germania 7 miliardi di reichs-mark, cioè circa 50 miliardi di lire italiane ogni anno. Le autorità si propongono di far comprendere alle masse che una somma così gigantesca può essere spesa in cose utili e sane.

Nella sua comunicazione il Presidente dell'Ufficio Centrale di Sanità, Prof. Dott. Reiter ha detto tra l'altro che le statistiche insegnano che milioni di individui i quali potrebbero rendere cento rendono invece 70, 60 o anche meno solo perchè il loro organismo è proporzionalmente intossicato. I giovani dediti al fumo a causa di un certo torpore generale vengono generalmente superati dai loro compagni che non fumano. Le donne fumatrici pagano questa abitudine con una vecchiaia precoce e gli adulti saturi di tossico trasmettono una vitalità minorata anche alla prole (da « Minerva Medica »).

LA MISURA DELLA FRESCHEZZA DEL PESCE.

Negli Stati Uniti è stato ufficialmente approvato un nuovo apparecchio elettrico che permette di stimare la freschezza del pesce.

Se si fa passare una corrente di valore noto attraverso una soluzione di proteina di pesce si ottiene la misura dell'acidità della carne del pesce, acidità che varia moltissimo a seconda che il pesce è morto da poco o da parecchio tempo. Nelle successive 24 ore, dal momento della pesca, l'acidità della carne aumenta per decrescere rapidamente con l'inizio e lo sviluppo della decomposizione (da « Il Problema Alimentare »).

Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita

IX RELAZIONE DI CARATTERE MEDICO-ASSICURATIVO

SECONDA PARTE

IPERTENSIONE

KNUD SECHER

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

PRESSIONE ARTERIOSA.

L'esame della pressione arteriosa non è richiesto sistematicamente in tutti i Paesi. In Danimarca la misura della pressione arteriosa viene chiesta unicamente per persone di 40 anni ed oltre. Questa richiesta viene avanzata, dato che si riconosce la seria influenza dell'ipertensione sul corso della vita del soggetto. Se si chiedono le misurazioni della pressione arteriosa già dal 40° anno di età, ciò avviene perchè la ipertensione non complicata (soltanto di questa si parla qui) si presenta soltanto raramente nei soggetti giovani.

Se è possibile trovare individui in età avanzata affetti da ipertensione ciò in sè e per sè non dice nulla circa la prognosi, bensì prova che la ipertensione si può presentare in tutte le età. BLACKFORD, BOWERS e BAKER segnalano per es. fra 401 casi con pressione superiore a 175 mm le età seguenti: 30-40 anni, 1,2 %; 40-50 anni, 5,8 %; 50-60 anni, 12,3 %; 60-70 anni, 22,5 %; 70-80 anni, 14 %; 80-90 anni, 10 %. La durata media della vita dopo il primo accertamento della ipertensione era di 32 mesi negli uomini e di 44 nelle donne. Nei soggetti ancora in vita vi fu un periodo di osservazione di mesi 81.

Per un periodo di osservazione di 17 anni PAULLIN trova una mortalità del

48,7 % negli uomini e soltanto del 9,2 % nelle donne. La differenza di comportamento fra i due sessi si rileva — forse meno chiaramente — in molti lavori. BLACKFORD e WILKINSON segnalano su 200 pazienti con pressione arteriosa di oltre 175 un numero di donne doppio rispetto agli uomini.

EHRSTRÖM rileva il numero relativamente grande di osservazioni fatte sulla lunga durata della ipertensione. Quest'autore fa notare quanto segue: l'ipertensione comincia a svilupparsi all'età di 40 anni, si fa sensibile all'età di 50 anni e nel corso dei 10 anni successivi conduce alla morte. La stessa incertezza si nota nel lavoro di MASING. Di 161 pazienti con pressione arteriosa di oltre 150, in media 80 soggetti avevano 57,3 anni, quando fu segnalata l'ipertensione; essi morirono in media 7,6 anni dopo, 81 pazienti erano ancora viventi dopo almeno 6 anni di osservazione; di questi 33 non avevano disturbi, 37 si trovavano in condizioni meno buone, 11 erano sofferenti. BENNI, ritiene nel complesso la prognosi molto buona; molti raggiungono e superano il 70° anno di età, la maggior parte supera il 55° anno di età. Anche KYLIN fa notare che la prognosi della ipertonia essenziale non è così cattiva come si riteneva una volta. In una esposizione della prognosi delle cardiopatie croniche FABER dice an-

che che « è spessissimo superfluo cercare di abbassare direttamente questa ipertensione ».

I dati clinici circa la prognosi sono quindi molto diversi. I malati di ipertensione ordinariamente vengono curati solo se ne presentano i disturbi.

Questo appunto è un campo in cui i dati delle società che gestiscono l'assicurazione vita hanno grande importanza. Si tratta di soggetti « sani » che chiedono l'assicurazione e nei quali la ipertensione viene scoperta allora. Quindi si avranno dei dati sul decorso della ipertensione, la cui importanza è notevole per la possibilità di vita da un momento il quale si avvicina nel modo più possibile al momento in cui si è sviluppata la malattia.

La prima questione è ora questa: da quali valori normali dobbiamo partire e che cosa si richiede per poter parlare di ipertensione.

TABELLA I.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
0-9	97	—	—	—	—	—	—	—	—
10-14	113	—	—	—	—	—	—	—	—
15-19	—	120	123	—	—	—	—	—	—
20-24	117	122	123	120	116	120	120	125	130
25-29	—	123	124	121	118	121	122	—	—
30-34	119	124	124	123	119	122	123	125	140
35-39	—	126	124	124	120	123	124	—	—
40-44	124	128	126	125	124	125	126	130	150
45-49	—	130	127	127	127	127	128	—	—
50-54	128	132	130	129	130	128	130	140	155
55-59	—	134	133	131	132	131	132	—	—
60-64	133	135	135	134	134	134	135	145	160
65-69	—	136	—	—	—	—	—	—	—
70-79	137	—	—	—	—	—	—	—	—
80-90	140	—	—	—	—	—	—	—	165

Nella Tabella I sono raccolte alcune misurazioni le quali illustrano vari valori della pressione arteriosa. Quale impressione complessiva si deve notare che in realtà si deve lavorare con valori, i quali, data la tecnica che viene applicata, sono fra loro sorprendentemente vicini. I diversi gruppi derivano dalle fonti sotto indicate:

I) Le cifre di CHRISTENSEN (periodi di 10 anni) furono ottenute su pazienti di ospedale. Quindi si tratta di soggetti in riposo; questa probabilmente è la ragione per la quale i valori sono i più bassi. Ricordiamo però che WUNDERLICH in un lavoro del 1934 che comprende 1934 esami di pressione arteriosa di 1300 studenti sani e di 900 ginnasti, segnalò in ambedue i gruppi una pressione arteriosa media di 113,99 mm Hg: effettivamente un valore sorprendentemente basso.

II) Le cifre tedesche di FLEISCHMANN.

III) Le cifre di SYMOND provenienti dalla *Mutual Life Insurance Company*, 150.419 misurazioni.

IV) e V) Misurazioni provenienti da società americane, 409.748 uomini e 51.653 donne.

VI) Le cifre di LINDSTEDT della *Sverige*.

VII) Tabella collettiva di FROST (citata da MAY e da OLLIVIER), che comprende le cifre di diversi Autori.

VIII) Cifre raccolte dall'autore da dichiarazioni danesi (3707). Le cifre sono state calcolate dall'attuario RASMUSSEN.

Senza entrare nei dettagli tecnici relativamente alla misurazione della pressione arteriosa ricordiamo però che si deve con sicurezza considerare che la maggior parte delle misurazioni della pressione arteriosa si effettua quivi a mezzo del metodo ascoltatorio. Il manometro usato può essere o un manometro a mercurio oppure un manometro di metallo. Questi ultimi, data la loro perfezione, sono così buoni che i risultati raggiunti sono degni di fede; è cosa desiderabile provvedere però negli intervalli ad un controllo degli strumenti.

Nel giudicare le cifre si deve ritenere che le cifre raccolte dalle dichiarazioni mediche hanno la massima im-

portanza nel giudizio relativo all'assicurazione, dato che le misurazioni si effettuano nelle condizioni in cui vivono i candidati. Le misurazioni fatte su soggetti in ospedale, i quali stanno e sono stati in riposo, nei quali si cerca raggiungere la massima rilassatezza, necessariamente devono rappresentare un quadro esatto del valore reale della pressione arteriosa.

I valori relativi alla pressione arteriosa possono variare leggermente nei singoli soggetti quando si provvede alla misurazione alle stesse condizioni per es. nello studio del medico. Se il candidato ha dei valori di pressione che si trovano oltre il limite della normalità, gli si dovrà accordare l'occasione di provvedere ad un riesame a mezzo di altre tre misurazioni effettuate nell'intervallo di alcuni giorni. Secondo gli esperimenti fatti dall'autore, nei casi dubbi, nel 20 % si è provveduto ad un secondo giudizio.

Se si confrontano i valori raccolti nella Tabella I, si dovrà far notare che, sebbene essi provengano da materiali diversi, presentano una corrispondenza sorprendente. Soltanto le cifre provenienti da dichiarazioni danesi presentano nella categoria delle età avanzate dei valori leggermente maggiori degli altri. Questi valori corrispondono del resto ai dati di HOLST dato che questo studioso conta su valori medi di 100-135 per soggetti sotto i 40 anni; per le categorie più anziane il limite è di 150.

Se però le cifre sono fra loro così vicine, ciò vorrà significare che i risultati delle ricerche circa la mortalità nella ipertensione, raccolti dagli americani, i quali risultati sono gli unici esistenti, possono servire di orientamento anche per le società danesi e possono fornire ai medici delle indicazioni quando essi devono esprimere un giudizio di carattere prognostico.

TABELLA II.

Età	mm.									
	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180
20 .	10	20	30	45	65	90	115	a	a	a
25 .	5	15	25	35	50	75	100	a	a	a
30 .	—	10	20	30	45	65	90	125	a	a
35 .	—	5	15	25	40	60	80	110	a	a
40 .	—	—	10	20	35	50	70	100	a	a
45 .	—	—	5	15	30	45	65	90	130	a
50 .	—	—	—	10	25	40	60	80	115	a
55 .	—	—	—	5	20	35	55	70	100	a
60 .	—	—	—	5	15	30	50	65	90	125

Nella Tabella II sono raccolte le cifre di HUNTER e di ROGER, le quali indicano quale è il soprapremio che si deve applicare per la sopramortalità dovendo calcolare il premio per soggetti affetti da ipertensione arteriosa (a significa che l'assicurazione non deve essere accettata). LINDSTEDT segnala nel materiale della « Sverige » su 16-24 mm oltre il normale una mortalità del 151 %, su 25-44 mm del 232 % e su 45 e più una mortalità del 400 %. Questo aumento di mortalità probabilmente sorprende molti medici i quali, per esperienza, conoscono i casi di lunga durata della vita nell'ipertensione. Avviene frattanto, come osserva FÜRST, che le società devono basarsi sulle statistiche esistenti.

SIMONDS afferma che la medicina relativa all'assicurazione vita e la medicina comune non considereranno mai la ipertensione nello stesso modo. La medicina ordinaria non conta sul fatto che un piccolo aumento annuo del numero dei morti può essere di grande importanza per l'assicurazione vita. Nella categoria delle età di anni 50 per es. sono previsti soltanto 14 casi di morte su 1000 nell'anno successivo. Ciò significa una mortalità del 100 %. Se ne muoiono 28, in tal caso la mortalità subirà un aumento del 100 %. Se il numero dei soggetti morti di anni 60 aumenta da 26,09 a 40,04, in tal caso la mortalità sarà del 150 % del normale. Se un medico pratico avesse 1000 candidati e volesse am-

mettere che 974 di questi possano sopravvivere dopo un anno, in tal caso non si preoccuperebbe troppo se ne sopravvissero soltanto 960. La società di assicurazione vita in tal caso gli potrebbe dimostrare una mortalità del 150 % in questo gruppo, e un medico che non tenesse conto di questo fatto non comprenderebbe lo spirito dell'assicurazione. L'attenzione del medico deve essere rivolta ai viventi, mentre quella della società ai morti.

Naturalmente è molto difficile indicare l'importanza della ipertensione come causa di morte nella pratica comune. FAHR considera la mortalità nel 1924 negli Stati Uniti in cui 150.000 soggetti di anni 50 o più morirono per l'ipertensione la quale come causa di morte occupa il primo posto. La mortalità per ipertensione corrisponde al numero dei morti per cancro, per tutte le forme di tubercolosi, per tutte le forme di malattie polmonari compresa la polmonite nella stessa categoria di età presi assieme, oppure al doppio della mortalità per cancro.

Quale causa di morte il primo posto viene occupato dalle cardiopatie a causa dell'indebolimento del miocardio. SAMLO e LEVY hanno notato per es. in 155 casi non scelti nel 66,5 % dei casi una pressione di oltre 200 mm, nel 77-100 % sintomi di affezioni del miocardio, la quale affezione si va sviluppando lentamente.

AVERBUCK ha comunicato delle indagini fatte sul cuore di 70 pazienti affetti da ipertensione. In 40 casi la causa della morte si dovette ricercare nella debolezza del cuore, negli altri casi invece in malattie cerebrali, renali od altre malattie. Nell'85 % dei morti per debolezza cardiaca si è notata una notevole sclerosi coronarica accompagnata da stenosi in parte con trombosi, mentre negli altri casi soltanto nel 10 % fu no-

tata sclerosi coronaria. FABER parla di arteriosclerosi sino al 90 %.

Oltre alle altre malattie cardiache predominano le apoplexie. Il prospetto sotto esposto illustra quanto sopra :

	Morbus cordis	Apoplessia	Uremia
Ganger .	52 %	31.5 %	5.5 %
Christian .	32 %	24 - %	4.5 %
Romberg .	45 %	45 - %	10 - %
Fahr . .	50-55 %	35-40 - %	10 - %

Se si calcola con ROMBERG il 45 % di cardiopatie, ciò significherà secondo FAHR che ogni anno muoiono negli Stati Uniti 63.000 persone di 50 anni e più di ipertensione. Se però si calcola la percentuale del 50 % il numero sarà di 70.000. FAHR ricorda inoltre che il 50 % di tutti i soggetti oltre i 45 anni, affetti da cardiopatia organica, e ciò fu constatato in una clinica per i sofferenti di cuore di Minnesota, hanno una pressione arteriosa sistolica di 180 e più ed una pressione diastolica di 180 e più; 65.000 furono nel 1924 negli Stati Uniti i morti di nefrite cronica. FAHRT ritiene che 32.000 di questi furono affetti da ipertensione.

Si tratta ora di stabilire i limiti massimi di pressione per l'accettazione a premio normale.

FISHBERG sostiene che qualsiasi pressione arteriosa oltre 150 è anormale in tutte le età. Dal materiale di ROMCKES risulta che su 2437 misurazioni di pazienti 2236 presentavano valori sotto 150. ALVAREZ afferma che ogni pressione oltre 130 in soggetti maschi giovani ed oltre 127 in soggetti giovani femminili accenna ad una « diatesi ipertensiva ».

Quale norma di uso comune si applicano nelle società danesi i valori previsti nella Tabella I, IX. Se le cifre delle categorie più anziane di età sono relativamente alte, la causa di ciò si deve ricercare nel fatto che i valori normali danesi per questi anni sono legger-

mente maggiori che i valori americani. Se all'atto dell'esame si dovessero notare dei valori di pressione arteriosa che sono maggiori, in tal caso si applicherà una maggiorazione del premio. Nella Tabella III viene esposto un prospetto circa gli aumenti di età comunemente applicati dalle società danesi, inoltre il beneficio dell'invalidità viene applicato soltanto nel caso di infortunio. H significa l'applicazione della Tabella relativa al cuore forse con ulteriori aumenti di età. Se precedentemente fu comunicato che il candidato è affetto da ipertensione, in tal caso il candidato dovrebbe essere giudicato soltanto secondo quanto afferma l'attestato medico.

TABELLA III.

Aumenti-premio di età nel caso di piccoli aumenti della pressione arteriosa.

Età	181/140 mm.	141/150 mm.	151/155 mm.	156/160 mm.	161.165 mm.	166/170 m/m.
20-29.	5	7	10	10	H	H
30-39.	—	5	7	7	H	H
40-49.	—	—	5	5	7	7
50-59.	—	—	—	5	7	7
60-69.	—	—	—	—	5	5
70.	—	—	—	—	—	3

Nel caso si volesse dare in un caso determinato un giudizio più completo di quello basato sulla pressione arteriosa e sulle condizioni del cuore nell'esame dell'occhio si troverà un appoggio notevole, dato che l'esistenza e l'intensità di tali alterazioni del fondo oculare offrono delle buone informazioni sulla possibilità divita di un soggetto. BRANA e RADNAI per es. comunicano i risultati seguenti circa un controllo fatto su 1000 ipertonici. Senza alterazioni oppure con alterazioni soltanto modeste del fondo oculare fu segnalata una mortalità del 2 %, nel caso di alterazioni più gravi dei vasi il 60 % e nei casi gravissimi la mortalità fu del 100 %. FISCHBERG, il quale ci offre un'esposizione complessiva

di queste condizioni, afferma che molte statistiche dimostrano che il 90 % dei pazienti con manifeste alterazioni alla retina muore entro 2 anni. Coloro poi, che sopravvivono a tale periodo, muoiono entro il 1° o 2° anno. Non mancano però casi di individui che con alterazioni della retina siano vissuti molti anni.

In assicurazione si dovrebbe tener conto di questi dati. Gli studi di questi ultimi anni hanno dimostrato che non solo la pressione sistolica ma anche la pressione diastolica ha una grandissima importanza. In questo campo mancano però dati abbondanti.

Circa i valori patologici, MC CLOUD afferma che una pressione diastolica costante di 100 mm corrisponde ad una ipertensione, anche se la pressione sistolica è di 140 oppure di 170. O' HARE afferma che una pressione diastolica persistente di 90 mm in soggetti sotto i 40 anni significa un aumento di mortalità e che una pressione di oltre 100 mm in ogni caso deve essere ritenuta quale patologica.

Non vi è dubbio che questi valori sono troppo bassi. GRANGER per es. afferma che una pressione diastolica di 120 probabilmente presenterà una cattiva prognosi. HERRICH si associa a questa opinione.

Numerosi lavori sono apparsi in questi ultimi anni, sulla ereditarietà della ipertensione. Se si riconosce l'importanza di ciò le società avranno il diritto di applicare un sovrappremio.

POPPER e HERRICK per es. ritengono che la tendenza ereditaria è di grande importanza. KOCH la ritiene di straordinaria importanza.

BLACKFORD, BOWERS e BAKER ammettono un danno ereditario in 1/3 dei casi. ALLAN ha constatato su 480 pazienti nel 27 % ipertensione in ambedue i genitori. Egli ritiene però che le condizioni ereditarie sinora sono tanto poco

chiare da non potersi costruire nulla di positivo.

In un lavoro del 1934 YIMAN propugna l'accettazione dei momenti ereditari. Egli ha esaminato 1524 individui di 277 famiglie ed ha notato: pressione arteriosa oltre 139 mm è stata notata in bambini di genitori con ipertensione cinque volte più frequentemente che in bambini di genitori normali. Le famiglie vengono ripartite in gruppi: ambedue i genitori con pressione arteriosa normale, 3,1 % di figli con ipertensione; padre o madre con ipertensione arteriosa = 28,3 % dei figli, ambedue i genitori = 45,5 % dei figli con pressione arteriosa maggiore. Un esame di 18 famiglie con membri in 3 generazioni ha dato identici risultati.

FISCHBERG cita alcune osservazioni di vari autori. Vogliamo citare alcuni di questi: ROSEMBLOM cita una famiglia in cui ambedue i genitori morirono di apoplezia cerebrale, dei loro 10 figli già 8 ebbero ipertensione soltanto i due più giovani di anni 33 e 35 ne furono esenti. ALLBRETT cita un uomo affetto di ipertensione in cui 3 generazioni ulteriori della linea maschile ebbero la malattia. NIKITIS ha notato ipertensione per 3 generazioni in 32 pazienti. O'HARE, WALKER e VICKERS hanno notato delle malattie vascolari nel 68,1% dei membri di una famiglia su 300 pazienti affetti da ipertensione e solo nel 37,01% in 437 casi di controllo. WEITZ ha segnalato che in 82 sofferenti di ipertensione il 76,8 % almeno perdettero una parte dei loro genitori per ipertensione.

Anche nella letteratura francese vengono segnalate le stesse condizioni. EITENNE e RICHARD per es. hanno notato in 1150 sofferenti di ipertensione una tara ereditaria nel 55,4 % e citano 2 famiglie nelle quali furono notati 24 casi in 4 generazioni e 18 casi in 3 generazioni.

In base a quanto sopra esposto si è

autorizzati a tener conto di queste condizioni nell'esprimere il giudizio relativamente all'assicurazione vita, ed applicare un aumento-premio di età in tutti i casi in cui è dimostrata l'esistenza di casi di ipertensione in diversi membri di famiglia oppure nei casi in cui i genitori sono affetti da tale malattia.

Come si presentano dei casi di ipertensione cioè di maggiore pressione arteriosa, così si possono presentare dei casi di ipotensione cioè di minore pressione arteriosa. Ciò possiamo constatare in pazienti affetti da diverse malattie degli organi circolatori, malattie del sangue, malattie del fegato e dei reni, malattie endocrine, ed in tal caso la ipotensione dovrà essere giudicata in rapporto alla malattia fondamentale.

Oltre a questi casi vi è l'ipotensione quale sintomo isolato, quale ipotonia essenziale. Dal punto di vista assicurativo non è necessario tener conto di questi casi dato che l'esperienza insegna che la prognosi di questa malattia è buona e dato che l'esperienza risultante dalle statistiche delle società di assicurazione dimostra che la mortalità di questi casi è soltanto del 66 % di quella prevista.

FISCHBERG afferma che nello stesso modo in cui si presenta nella famiglia una ipertensione si possono presentare anche molti casi di ipotensione entro certe famiglie.

MALATTIE VASCOLARI.

L'arteriosclerosi ha grande importanza quale causa di morte nel campo assicurativo.

Il numero delle morti per arteriosclerosi comprende anche una serie di malattie che direttamente si basano su alterazioni dei vasi. Ciò si intende per es. nelle malattie cerebrali (emorragia e trombosi cerebrali), in certe malattie renali, in grado particolare però in altera-

zioni del miocardio: miofibrosi, *angina pectoris*, trombosi del sistema cardio-vascolare, ecc.

In queste malattie si tratta di localizzazioni e alterazioni accentuate a carico dei vari organi, mentre l'arteriosclerosi grave o universale può trascorrere spesso senza nessun sintomo. E' caratteristico anche il fatto che una serie di queste malattie, specialmente le cardiopatie, si sviluppano relativamente presto — verso i 50 anni — e appunto all'età in cui soltanto raramente possiamo notare i sintomi chiari di una arteriosclerosi universale.

L'arteriosclerosi si va sviluppando molto lentamente per arrivare nell'età più avanzata al suo grado massimo. Un'arteriosclerosi in queste categorie di età quindi non richiede nessuna applicazione di un aumento premio purchè non vi sia nessuna malattia organica.

La calcificazione delle pareti dei vasi e del miocardio, come ha dimostrato A. FABER, ha inizio nelle età più giovani e molto più tardi questa calcificazione si intensifica. Se l'arteriosclerosi periferica si trova però all'età di 30-40, 40-50 anni, in tal caso essa prognosticamente avrà una grande importanza. In questi casi sarà possibile dimostrare la causa di questo verificarsi precoce, per es. l'alcoolismo, il diabete. Però anche se non è possibile dimostrare la vera causa, i casi dovranno essere giudicati con un forte aumento.

Dato tutto ciò, possono esistere dei sintomi di eventuali malattie organiche, che formeranno la causa di un giudizio speciale relativamente all'assicurazione vita, mentre l'arteriosclerosi, quale stato particolare, richiederà un esame molto più rigido quando si presenterà in età giovanili. La maggior parte dei medici di assicurazione saranno però riservati nell'accettare in assicurazione in generale persone che sono affette da una

arteriosclerosi grave anche quando si tratta di età avanzate.

Praticamente queste questioni hanno soltanto una scarsa importanza, dato che l'assicurazione vita viene stipulata soltanto di rado nelle età avanzate.

In un altro capitolo si è parlato della sifilide. Quivi facciamo notare che in una malattia sifilitica dei vasi, particolarmente dell'aorta, in quasi tutti i casi vi è anche una malattia del cuore, quindi si può trattare di un'affezione del miocardio oppure di una combinazione di queste affezioni. La prognosi è così seria che questi casi non sono adatti per l'assicurazione.

Lo stesso si deve intendere per i casi ove sono già iniziate delle alterazioni dei vasi sia che si tratti di una dilatazione diffusa (ectasia) dell'aorta oppure di dilatazioni circoscritte (aneurisma). In questi casi abbiamo a fare con alterazioni così gravi che suggeriscono il rifiuto dell'assicurazione.

Soltanto nei casi in cui si sta di fronte ad alterazioni leggerissime iniziali di dilatazione diffusa, le assicurazioni brevi saranno accettate con aumento premio.

La causa di morte in questi casi sarà comunemente il mancato funzionamento del cuore causato dall'alterazione riscontrata. In casi con aneurisma accentuato la morte avviene spesso per rottura. BOYD cita il 52% in 3200 casi.

Le malattie acute arteriose non hanno nessun interesse assicurativo. Circa la importanza delle malattie degli organi cardiovascolari si è già parlato.

Circa le vene, le varici, cioè la dilatazione, sono quelle che hanno importanza nel campo assicurativo.

Comunemente queste alterazioni non hanno nessuna importanza per la sopravvivenza, quindi non si applicherà nessun aumento-premio. Un'eccezione è costituita dai casi che tendono in certo qual modo a stati di infiammazione (fle-

bite). Anche se la flebite comunemente con la sua localizzazione soltanto molto di rado può avere un corso letale con la formazione di trombi (embolia), pure esiste questo pericolo. Le embolie comunemente, senza prevederlo, vengono causate da alterazioni di vasi, le quali, per le vene profonde, le vene del bacino e altre simili, sono sottratte all'esame del medico.

Le varici possono avere importanza per l'assicurazione in relazione alla questione dell'invalidità, particolarmente in quei soggetti che devono lavorare stando in piedi. In questi soggetti si possono sviluppare edemi ed ulcere alle gambe. In questi casi è necessario accettare il candidato con la riserva della clausola di invalidità (clausola relativa alle estremità inferiori).

BIBLIOGRAFIA

(Malattie cardiovascolari)

- E. P. BOAS a. H. LEVY, « Amer. Heart, Journ. », 11, 264, 1936.
- C. BRAMWELL, « Quart. J. Med. », 4, 149, 1935.
- M. CAMBELL a. F. W. SCHACKLE, « Brit. med. J. », 1932, Nr. 3711, 328.
- S. CHRISTENSEN, « Hospitalstidende », 1936, 859.
- H. COOKSON, « Quart. J. Med. », 23, 309, 1930.
- B. COLLATZ, « Zeit. klin. Mediz. », 122, 673, 1932.
- C. F. COOMBS, « Bristol med.-chir. J. », 43, 1, 1926.
- L. DEDICHEN, « Acta med. Scand. », 53, 738, 1921.
- E. EDENS, « Die Krankheiten des Herzens und der Gefäße », Berlin 1929 (Litt.).
- E. C. EPPINGER a. S. A. LEVINE, « Arch. int. Med. », 53, 120, 1934.
- A. FABER, « Die Arteriosklerose », Jena 1912.
- F. FOGED og T. GEILL, « Hospitalstidende », 1936, 1177.
- G. GALLI, « Deut. med. W. », 1925, Nr. 26.
- R. T. GRANT, « Heart », 16, 275, 1933.
- R. H. HALSEY, « Journ. amr. med. Associat. », 98, 593, 1932.
- F. HEPBURN a. R. A. FAMESON, « The Amer. Heart Journ. », 1, Nr. 5, 1026.
- F. G. W. HILL, « Quart. J. Med. », 24, 15, 1930.
- F. L. HOFFMANN, « Journ. Amer. med. Ass. », 74, 1364, 1920.
- F. E. HOLST, « Maanedsskr. f. praktisk Lægegerning », 1935, 321.
- (Ipertensione)
- W. ALLAN, « Arch. int. Med. », 52, 954, 1933.
- S. H. AVERBUCK, « Amer. Heart. J. », 11, 99, 1936.
- D. AYMAN, « Arch. int. Med. », 53, 792, 1934.
- B. BENNI, « Act. med. Scand. », 64, 512, 1926.
- F. M. BLACKFORD a. F. WILKINSON, « Amer. int. Med. », 6, 54, 1932.
- F. BRANA u. R. RODMAI, « Wien. Arch. inn. Med. », 27, 371, 1935.
- R. EHRSTRÖM, « Finska läkäresäl. hand. », 67, 939. do. Klin. W. 1926, 469.
- G. ETIENNE, et G. RICHARD, « Bull. Acad. Méd. Paris. III », 109, 648, 1933.
- K. FABER, « Hospitalst. », 1930, 461.
- G. FABER, « Amer. J. med. Sc. », 175, 45, 3, 1928. do. « Journ. Amer. med. Ass. », 105, 1396, 1935.
- A. M. FISHBERG, « Hypertension », London 1934.
- P. FLEISCHMANN, « Blätter f. Vertrauensärzte a. L. », 1927, 17.
- V. FÜRST, « Nord. med. Tidss. », 1930, 669.
- A. S. GRANGER, « Journ. amer. med. Ass. », 93, 819, 1929.
- T. GEILL, « Nord med. Tidsskrift. », 1931, 217.
- T. GEILL og K. SECHER, « Acta med. Scand. », 87, 454, 1936.
- W. W. HERRICH, « Amer. int. Med. », 3, 467, 1929.
- F. KOCH, « Handb. ärztl. Begutacht. », 2, 121, 1931.
- E. KYLIN, « Die Hypertoniëkranheiten », Berlin 1930.
- C. N. MCCLOUD, « Minnesota Med. », 1930, 309.
- E. MASING, « Deut. med. W. », 1934, I, 591.
- E. MAY, et F. OLLIVIER, « Inter. Congres of Life Insur. Med. », 1935, S. 123 (Discuss.).
- F. E. PAULLIN, « J. amer. med. Ass. », 87, 925, 1926.
- L. POPPER, « Wien. Arch. int. Med. », 22, 321, 1932.
- O. RÖMCKE, « Norsk Mag. for Læger », 1933, 70.
- E. SAMLO und L. LEVY, « Wien. klin. W. » 1933, 462.
- K. SECHER, « Ugeskrift for Læger », 1935, 313.
- B. SYMONDS, « J. amer. med. Ass. », 80, 232, 1923.
- H. WUNDERLICH, « Z. Konstitut. », 18, 349, 1934.

LA PROGNOSI DEL BLOCCO DI BRANCA

*Osservazioni e ricerche su 30 casi **

DANIELE SIBILIA e VINCENZO D'ALONZO

La scoperta di Matteucci-Einthoven ha messo nelle mani del medico moderno un mezzo di insostituibile valore per indagare nel più intimo del meccanismo cardiaco, permettendone uno studio quantitativo (ritmo e suoi disturbi) e qualitativo (qualità della contrazione).

Se il primo era già progredito, se non esaurito, nell'era preelettrocardiologica, per mezzo dello studio clinico e meccanografico, il secondo invece è di squisita ed elettiva competenza del metodo di indagine elettrica, per cui si può giustamente affermare che questa oramai è nel periodo morfologico e di questo ordine saranno i progressi che realizzerà nell'avvenire. E' ciò che occorre ancora divulgare nella classe medica, per una maggiore utilizzazione ai fini pratici di questo meraviglioso metodo, che, pur restando nei limiti di « mezzo di laboratorio », senza soverchiare il criterio clinico, può riuscire, in molti casi, veramente prezioso.

A conferma di quanto dicemmo più sopra, sta la fioritura delle ricerche sulle anomalie del complesso ventricolare, che talora, indipendentemente dal ritmo, e anzi con ritmo normale, può svelare gravi lesioni del miocardio.

Un esempio tipico è quell'atipia del complesso ventricolare (C. V.) che va sotto il nome di blocco di branca.

Rappresenta questo una delle più notevoli e ben definite alterazioni morfologiche del C. V. Il suo riscontro, come

* Comunicazione all'« Accademia Lancisiana di Roma » (seduta del 12 gennaio 1939). Lavoro del Policlinico Umberto I (V Padiglione: Prof. T. Lucherini).

vedremo, ha sempre un significato serio, e non è solo utilizzabile per fini clinico-diagnostici, accertando ad esempio l'organicità di disturbi riferiti al cuore, ma sarebbe anche, come vogliono parecchi AA., importante per la prognosi della cardiopatia.

Da questo ultimo punto di vista sarebbero particolarmente interessati coloro che si occupano in modo specifico della prognosi dei malati, come i medici delle Assicurazioni Vita.

Noi abbiamo, con queste ricerche, voluto occuparci in special modo di quest'ultimo punto, « la prognosi del blocco di branca », indagando il destino di individui portatori di tale anomalia ecografica.

In questo lavoro, dopo aver ricordata la fisiopatologia e i quadri grafici del blocco di branca, riporteremo le opinioni degli A.A. che si sono occupati dell'argomento e infine, come contributo personale, riporteremo i risultati delle ricerche compiute su 30 casi di nostra osservazione, per un periodo di circa due anni a questa parte.

Ricordi anatomici. — Il fascio di His si trova nel setto interatriale e consta del nodo di Tawara, del tronco comune e delle branche D. e S., che si sfoccano nelle arborizzazioni, che terminano nei muscoli papillari. Il nodo di Tawara si trova dietro la valvola posteriore semilunare aortica, poco al disopra la linea di inserzione del gran pizzo della mitrale.

Posteriormente (parte auricolare, sec. Aschoff) (1) si perde nel miocardio au-

ricolare. Per Condorelli (2) esisterebbe tra le altre anche una via sino nodale. Anteriormente (parte ventricolare) si continua nel *crus comune*. Questo attraversa il setto membranoso e la parte superiore del setto muscolare dividendosi nelle due branche.

La branca S. decorre sotto l'endocardio del ventricolo S, e da origine a due ordini di fibre, una anteriore, con tre ramificazioni, e una posteriore, con due ramificazioni. La branca D, è la continuazione del *crus commune*, e si può dividere in tre parti: superiore, media e inferiore.

La superiore è voluminosa e superficiale, e, mano a mano, si approfonda nel setto. La seconda parte è profonda nel tratto superiore, per farsi di nuovo superficiale sottoendocardica, dividendosi poi in altri tre rami secondari, quindi nelle ultime arborizzazioni. Le fibre della branca S nascono invece a varia altezza, decorrendo riunite insieme in sede sottoendocardica e ricordando subito, per la morfologia, la rete del Purkinie.

La vascolarizzazione avviene per arterie che penetrano nel setto, le arterie perforanti. Esse si dirigono verso il centro del setto e nascono da due arterie verticali e simmetriche, le arterie interventricolari anteriori e posteriori. L'arteria interventricolare anteriore nasce dalla coronaria S, insieme alla circonflessa. L'arteria interventricolare posteriore nasce dalla coronaria D. I rispettivi territori di irrigazione sono:

- arteria interventricolare posteriore:
 - nodo di Tawara;
 - crus commune*;
 - 2 rami post. della branca S;
- arteria interventricolare anteriore:
 - branca D;
 - 3 rami ant. branca S;
 - miocardio del ventricolo S.

Sotto il nome di *ramus limbi dextrae* Cross ha descritto un'arteria speciale

ramo delle perforanti, che irrigherebbe la seconda e la terza parte della branca D.

Come si nota, la branca D, ha una vascolarizzazione unica anteriore, la branca S una vascolarizzazione duplice, anteriore e posteriore.

Da questi cenni anatomici appare subito che se la branca D è più esposta al pericolo di lesioni vascolari (arteriosclerosi, arteriti, infarti, ecc), la branca S può essere facilmente lesa per lesioni endocardiche e causa della sua sede immediatamente sotto endocardica.

Un altro fatto occorre notare, e cioè che la branca D ed il ventricolo S posseggono una vascolarizzazione comune, ed a causa di ciò lesioni della branca D si accompagnano spesso a segni di scompenso sinistro (asma, edema del polmone, angina). Un altro fatto anatomico è da ricordare per i riferimenti che può avere in fisiopatologia, e cioè quello sostenuto autorevolmente da Pezzi (3) che, essendo fino dal nodo di Tawara già differenziate le fibre per le rispettive branche, si possa avere per lesioni del nodo o del *crus commune* un quadro di blocco di branca. Con questo meccanismo egli interpreta alcuni ritmi nodali che si accompagnano a blocco di branca, ad es., la sindrome di Wolff, Parkinson e White (4), su cui ritorneremo. In tutti i modi tale questione si può considerare ancora *sub iudice*.

Gli aspetti ecografici del blocco di branca. — Un segno clinico diretto di certezza o uno comunque che non sia ecografico non esiste. Il meccanogramma della punta a tipo bifido ricordato da taluni (King) (5) non ha che un valore relativo e anzi molto discutibile. Il frequente associarsi del ritmo di galoppo (38 % secondo White) (6) non può costituire d'altra parte che un elemento di sospetto. Così pure il ritardo del polso carotideo nel blocco di branca S è

discutibile e non probativo. La diagnosi del blocco di branca resta perciò di competenza ecgrafica; gli estremi per tale giudizio furono nel 1909 sperimentalmente fissati da Eppinger e Rothberger (7).

Se in un cuore si taglia una branca si può notare:

- 1) aumento di ampiezza del complesso ventricolare iniziale (C. V. I.);
- 2) aumento del voltaggio del C.V.I.
- 3) preponderanza elettrica del ventricolo opposto;
- 4) inversione della polarità di T rispetto a quella del C. V. I.;
- 5) alterazioni morfologiche minori del C. V. I. (incisure, nodi, ecc.).

Tutto ciò sembrava di una chiarezza definitiva e perfettamente logico. Lo stimolo, non potendo naturalmente propagarsi al ventricolo leso, giunge a questo dal ventricolo opposto attraverso il miocardio comune, e perciò con un ritardo di circa 3-4 sec/100, di qui l'aumento di durata del C. V. I. (> 12 sec/100).

Conseguenza di questo è il prevalere elettrico del ventricolo integro, venendosi così a realizzare al posto del bicardiogramma normale, (l'e c g normale è in realtà la risultante di due cardiogrammi, D e S) un monocardiogramma, e precisamente il monocardiogramma controlaterale, destro o sinistro a seconda che viene lesa la branca sinistra o destra. Oltre alle prove sperimentali non mancarono conferme anatomo patologiche (Eppinger e Stöck) (9).

In tutti i modi già si potevano notare nei cani (esperimenti di Lewis) (8) tracciati non del tutto paragonabili a quelli dell'uomo, poichè, almeno in molti casi per il blocco D si rilevano onde rapide negative concordanti, e per il blocco S onde positive sempre concordanti. Per spiegare questo fatto Lewis invocava la diversa conformazione delle fibre miocardiche dell'uomo; ma restava la diffi-

coltà pratica sperimentale di escludere del tutto lo stimolo da un ventricolo. Infine Fahr (10) (1920) cominciò a dubitare della regola della localizzazione ecgrafica del blocco di branca, mostrandosi anzi convinto della necessità di usare un criterio addirittura opposto.

Per esso dunque prevalenza destra = blocco di branca destra e così per la prevalenza ventricolare sinistra (c. d. nuova terminologia).

Cominciarono anche le smentite anatomiche alla vecchia regola (Oppenheimer e Pardee) (11) e contributi sperimentali (Barker, Mcleod e Alexander) (12) sfavorevoli.

Wilson (13), usando derivazioni toraciche nell'uomo, potè confermare il giudizio di Fahr, dimostrando che non è il ventricolo sano ma quello leso che determina la forma del C.V.I.

A questo punto il giudizio non è possibile, perchè si sono accumulate prove sperimentali anatomoistologiche pro e contro la teoria classica e tale studio è enormemente delicato e indaginoso, e solo a pochi della cinquantina di casi finora studiati è stato applicato quale si dovrebbe e cioè con 4000-6000 sezioni, solo numero sufficiente a documentare punto per punto il sistema di conduzione.

Tale lavoro è stato fatto recentemente da Yater (14) in 6 casi.

Questo A. conclude per il frequente associarsi di lesioni delle due branche, ma anche del miocardio comune e delle arterie coronarie. In generale è risultato il prevalere ecgrafico della branca più lesa, fatto che starebbe a favore della nuova teoria; ma in tutti i modi i casi, per quanto studiati accuratamente, sono certamente pochi per concludere su tale questione.

In attesa di ulteriori definitive delucidazioni noi ci atteniamo, con la maggior parte degli ecgrafisti, ad una de-

scrizione non impegnativa, parlando di tipo più comune per i casi di prevalenza ventricolare destra, e di tipo meno comune per la sinistra, come in realtà si osserva. Quanto alle forme atipiche vengono descritte analiticamente.

Ritornando alla questione dell'aspetto ecgrafico del blocco di branca, concludiamo che in genere si ha una netta prevalenza ventricolare, più spesso sinistra che destra; più raramente i complessi sono concordanti positivi o negativi, talora presentano particolari caratteri su cui ritorneremo più oltre.

Il carattere più importante resta quello dell'aumento di durata del C.V.I., oltre i 12 sec/100, benchè esistono osservazioni anatomico patologiche di blocchi di branca di 10 e anche di 9 sec/100. La cosa del resto ha scarsa importanza pratica ove si descrivano e si utilizzino analiticamente ai fini clinici i caratteri dei tracciati.

Nella forma ordinaria è vana la distinzione netta fra segmento S-T e T, poichè essi si continuano formando una sola oscillazione, disegno in genere opposto a quello del C.V.I. Tutto ciò deriva dal fatto che i ventricoli entrano in contrazione successivamente, e perciò le loro correnti non si sommano come di norma. L'aspetto che ne risulta ricorda così abbastanza strettamente quello delle contrazioni delle fibre muscolari semplici.

Prima di passare oltre, ricordiamo di aver raccolto anche casi di blocco di branca che taluni chiamano atipici, in cui si possono notare le più varie e talora bizzarre deformazioni del C.V. Secondo la definizione di Oppenheimer e Rothschild (15) andrebbe sotto il nome particolare di blocco di arborizzazione un complesso con questi caratteri: aumento di durata del C.V.I., basso voltaggio in ogni derivazione, deformazioni varie del C.V.I., onda T non sem-

pre di segno opposto al C.V.I. Sarebbero responsabili di questo quadro alterazioni anatomiche delle ramificazioni terminali delle branche, specialmente della sinistra.

Contro queste vedute schematiche insorgono però vari AA. (Wilson e Hermann (16) Drury, ecc.) (17). Infine anche gli stessi AA. del blocco di arborizzazione, pensano che un quadro simile può essere prodotto da lesioni della branca e talora di tutto il sistema di congiunzione.

Comunque parecchi AA. si sono occupati del valore prognostico di tali atipie e sarebbe troppo lunga una citazione esauriente. Ricordiamo come Herrick e Smith (18) su 22 casi, seguiti per 12 mesi, avrebbe registrato dieci sopravvivenze. R. Levy (19) sempre in p. con blocco di branca, nota un tasso di mortalità di 71,4% in confronto al 54,5% dei p. senza tale atipia, in un lasso di 38 settimane.

Willius (20) su 144 casi ha il 65% di mortalità con sopravvivenza media di 12 mesi. Hepburn e Jamieson (21) il 73% con sopravvivenza media di 5 mesi e mezzo.

Come si vede, pur dimostrandosi i risultati non del tutto concordanti, tutti gli AA. che si sono occupati dell'argomento inclinano a conclusioni pessimistiche.

Ricerche personali. — Allo scopo di portare un contributo personale alla questione della prognosi del blocco di branca, abbiamo ricercato nell'elettrocardioteca dell'Ospedale Littorio, col gentile permesso del prof. Sebastiani ed in quella del Policlinico (V Padiglione) del prof. Lucherini, i nomi di 30 pp. con blocco di branca.

Nel mese di novembre del '38 siamo poi andati alla ricerca degli stessi malati, indagando sul loro stato di salute generale e cardiocircolatorio; se soprav-

viventi, sull'epoca e le modalità di morte se deceduti. Esponiamo qui sinteticamente i risultati di tali nostre indagini, alcune delle quali non del tutto complete a causa della delicatezza e talora della difficoltà pratica del loro carattere.

La prima data si riferisce all'epoca del primo esame elettrico che portò all'accertamento dell'atipia.

1) T. Lucia - 18 agosto 1935 (Littorio): Miocardite, insufficienza mitralica, fibrillazione auricolare. Sclerosi renale. Scompenso. Appendicite subacuta. Ecg.: Blocco branca D. (vecchia denom.). Qualche extrasistole ventr. P — R = 0,15. Freq. = 120. Morta il 12 ottobre 1935.

2) G. Annibale - dicembre 1935 (Littorio): Ipertensione art., arteriosclerosi generalizzata, scompenso da miocardiopatia arteriosclerotica. Ecg.: Blocco di branca D. P. — R = 0,18. Freq. = 109. Morta il 14 marzo 1938.

3) F. Felice, di a. 78 - 3 gennaio 1936 (Littorio): Fibrillazione auricolare - Trombosi arteria femorale. Ecg.: Blocco di branca D. P. — R = 0,17. Freq. = 94. Morta dicembre 1936.

4) B. Attilio, di a. 59 - 5 febbraio 1936 (Littorio): Insufficienza mitralica, miocardite. Ecg.: Blocco di branca D. Extrasist. ventr. isolate. P — R = 0,17. Freq. = 94.

5) C. Federico, di anni 66 - 24 aprile 1936 (Littorio): Ipertensione arter. Emiplegia D. Ecg. Blocco di branca D. P — R = 0,17. Freq. = 100. Morta nel dicembre 1936.

6) P. Paolina - 24 maggio 1936 (Littorio): Miocardite. Fibrillazione auricolare. Scompenso. Ecg. Blocco di branca D. (o Blocco di arborizzazioni?). P — R = 0,18 Freq. 104. Morta il 4 luglio 1936.

7) V. Anno, di anni 55 - 12 settembre 1936 (Littorio): Fibrillazione auric. Miocardite. Ecg.: Blocco di branca D. Freq. = 116. Morta il 18 dicembre 1937 per ictus.

8) P. Lorenzo, di a. 65 - 20 ottobre 1936 (Littorio): Lues. Insufficienza aortica. Ecg.: Blocco di branca S. (nuova den.). P — R = 0,18. Freq. = 60. Morta nel giugno 1938.

9) N. Argentina, di a. 67 - 13 novembre 1936 (Littorio): Miocardite. Scompenso (Versamenti cavitari). Ecg.: Blocco di branca S. (nuova denom.). Extrasist. ventr. P — R = 0,10. Freq. = 80. Morta nel giugno 1937.

10) R. Francesco, di a. 70 - dicembre 1936 (Littorio): Miocardite. Ecg.: Blocco di branca S. P — R = 0,23. Freq. = 80. Morto l'8 dicembre 1937.

11) D. Ida, di a. 51 - gennaio 1937 (Littorio): Miocardite. Scompenso. Ecg.: Blocco di branca S. P — R = 0,10. Freq. 136. Morta nel novembre 1938.

12) T. Romolo, di a. 63 - 19 gennaio 1937 (Littorio): Miocardite. Ecg.: Blocco di branca S. Morto il 22 gennaio 1937.

13) S. Maria, di a. 78 - 23 febbraio 1937 (Littorio): Miocardite. Insufficienza mitralica relativa. Fibrillazione auricolare terminale. Ecg.: Blocco di branca S. Numerosissime extr. auricolari a salve. P — R = 0,15. Freq. = 138. Morta il 24 aprile 1937.

14) S. Elena, di a. 62 - 1° marzo 1937 (Littorio): Angina di petto. Ecg.: Blocco di branca S. Morta il 24 gennaio 1938.

15) C. Aristide, di a. 53 - 28 giugno 1937 (Littorio): Lues. Aneurisma aorta asc. Insuff. aorta. Miocardite. Ecg.: Blocco di branca S. P — R = 0,14. Freq. = 72. Attualmente scompenso cronico.

16) C. Domenico, di a. 82 - 24 gennaio 1938 (Littorio): Ecg.: Fibrillazione auricolare. C.V. ampi, a basso voltaggio, uncinati e con alternanza dell'S-T (Blocco di arborizzazioni?). Freq. = 84. Attualmente modico scompenso.

17) F. Nazzareno, di a. 34 - 21 febbraio 1938 (Littorio): Vizio mitralico. Insufficienza aortica. Ecg.: Blocco di branca D. P — R = 0,09. Freq. = 95. Attualmente scompenso cronico.

18) G. Gennaro, di a. 49 - 3 marzo 1938 (Littorio): Insufficienza mitralica. Ecg.: Blocco di branca D. P — R = 0,20. Freq. = 62. Attualmente scompenso cronico. Attacchi di angina.

19) C. Teresa, di a. 58 - 24 marzo 1938 (Policlinico): Ipertensione art. Scompenso cardiaco. Ecg.: Fibrillazione auric. Blocco di branca del tipo comune. Attualmente scompenso cronico.

20) A. Ernesto - 14 maggio 1938 (Littorio): Insufficienza aortica. Scompenso. Ecg.: Blocco arborizz. P — R = 0,15 Freq. = 116. Morto il 30 settembre 1938.

21) L. Giuseppe, di a. 39 - 15 giugno 1938 (Littorio): Vizio mitralico. Scompenso cardiaco. Ecg.: Blocco di branca S. P — R = 0,18. Freq. = 86. Attualmente lieve scompenso.

22) M. Giuseppe, di a. 54 - 15 giugno 1938 (Policlinico): Miocardite luetica. Iposistolìa. Ecg.: Blocco di branca del tipo comune. Attualmente in discrete condizioni.

23) I. Virginia, di a. 67 - 29 luglio 1938 (Policlinico): Ipertensione art. genuina. Scompen-

so cronico di cuore. Ecg.: Blocco di branca del tipo comune. Morta il 25 ottobre 1938.

24) T. Maria, di a. 72 - 27 luglio 1938 (Policlinico): Progredita poliartrite reumatica. Diabete mellito. Polmonite lobare. Ecg.: Blocco di branca del tipo comune. Morta il 28 luglio 1938 per coma diabetica.

25) C. Sestilio, di a. 64 - 27 agosto 1938 (Littorio): Miocardite. Etilismo. Ecg.: Blocco di arborizzazioni. P — R = 0,18. Freq. = 96. Attualmente lieve scompenso.

26) C. Elvira, di a. 66 - 8 settembre 1938 (Policlinico): Ipertensione art. genuina. Ipertrofia di cuore. Scompenso cronico. Ecg.: Blocco di branca del tipo comune. Attualmente in condizioni di screte. Scompenso.

27) C. Cosimo, di a. 67 - 10 settembre 1938 (Policlinico): Miocardite. Scompenso di cuore. Ecg.: Blocco di branca del tipo comune. Attualmente in scompenso grave.

28) G. Alberto, di a. 70 - 12 settembre 1938 (Policlinico): Lues. Carcinoma ulcerato pavimento orale. Arteriosclerosi generale. Ecg.: Blocco di branca del tipo meno comune. Basso voltaggio generale. Morto di cachessia neoplastica il 20 novembre 1938.

29) * N. N., di a. 21 (Clin. Med.): Distrofia muscolare progressiva. Press. art. 130/80. Cuore: E. O. Negativo. Non ha mai avuto disturbi cardiaci. Ecg.: Blocco di branca P — R = 0,09. Attualmente nessun disturbo di cuore.

30) V. Maria (Policlinico): Sciatica D. Press. art. 130/85. Cuore: Ventr. sin. Modica dispnea da sforzo. Ecg.: Blocco di branca tipo Wilson.

Discussione dei risultati. — Dalla lettura dei nostri protocolli risulta anzitutto chiaramente il serio significato generale del blocco di branca. Riassumendo, si sono avuti globalmente su 30 casi 13 sopravvivenze e precisamente:

1) miocardosclerosi (e miomalacie) 19 casi di cui 15 morti;

2) miocarditi luetiche: 3 casi di cui 1 morto;

3) miocarditi reumatiche: 7 casi di cui 1 morto;

4) clinicamente non cardiopatici: 1 caso vivente.

* Ringrazio il dott. Puddu per il permesso di citare questo caso.

Non tenendo conto di quest'ultimo particolarissimo caso, si è avuto perciò, nel nostro periodo di osservazione, una mortalità del 58,60 %.

I superstiti sono alcuni in condizioni molto gravi, altri in condizioni migliori ma pur sempre con segni più o meno accentuati di scompenso. Un solo paziente è stato e sta sempre bene (caso n. 30). Ad aggravare questi risultati sta il fatto che per alcuni dei nostri pazienti la data dell'accertamento dell'atipia è abbastanza recente, e perciò il periodo di osservazione più breve. Mentre così per gli individui il cui periodo di osservazione è stato di circa due anni la percentuale di mortalità è stata elevatissima, per gli altri venuti più di recente alla nostra osservazione la percentuale di sopravvivenza è maggiore, ma questo è un dato di evidente valore relativo, poichè non siamo garantiti sull'ulteriore destino di tali pazienti, e in ogni caso, in base alle osservazioni precedenti siamo piuttosto portati ad aumentare le riserve sulla prognosi.

Fatta questa premessa ed esposte le ragioni che ci impediscono di trarre una deduzione statistica precisa, preferiamo piuttosto analizzare i risultati in base ai gruppi singoli di malattie.

Notiamo subito che la percentuale di mortalità non è la stessa per le diverse malattie che hanno provocato il blocco di branca. Ad es. mentre nelle ipertensioni, specialmente se con insufficienza renale, l'esito fatale non è mancato quasi mai, abbiamo notato notevoli sopravvivenze in reumatici (6 su 7) e in qualche caso di lue (2 su 3).

E' logico infatti poter sperare in una riparazione o un miglioramento del danno miocardico, in un luetico che si curi attivamente, mentre ad es. l'insufficienza renale cronica delimiterà di per sè la prognosi generica del blocco di branca,

Nei riguardi dell'etiologia reumatica abbiamo notato delle sopravvivenze che si accompagnano a delle condizioni generali discrete. Certamente in questi casi la cardite non è in evoluzione e l'atipia ecgrafica assume il significato di esito di lesioni inattive. Non sono infatti di rara osservazione anatomopatologica chiazze di sclerosi endocardica esitate da pregresse endocarditi, e noi sappiamo ad es. che basta un processo che si faccia appena sottoendocardico per ledere la branca S. la quale decorre superficialissima per un lungo tratto.

Nei casi poi in cui il blocco esprime l'esito di una trombosi coronarica, allora ci si riferirà alla prognosi di quest'ultima malattia, ricordando come il periodo medio di sopravvivenza è relativamente più lungo per gli adulti che per i giovani. In questi, se da un lato la trombosi è più rara, d'altro canto ha una prognosi relativamente più sfavorevole per il fatto che la circolazione coronarica non ha raggiunto quello sviluppo che acquista in seguito quando però le cause di lesioni coronariche sono più frequenti.

Abbiamo poi visto dei casi di sopravvivenza in pazienti di età molto avanzata; orbene anche in questi casi il blocco di branca deve essere considerato in modo particolare e inquadrato più altro nella patologia della vecchiaia.

Da tutte queste considerazioni appare giusto considerare il blocco di branca non come un valore assoluto, ma come un elemento che deve pur sempre essere subordinato alla malattia fondamentale. Non bisogna in altri termini prescindere dalla sua etiologia e dal suo presunto stato anatomo-patologico.

* * *

Non è inutile ricordare alcuni tipi di blocco di branca che sembra compor-

tino anche di per sè solo considerati delle prognosi particolare.

Uno di questi tipi particolari è il così detto tipo Wilson, presentato dal nostro caso n. 30. Wilson (22) ha descritto una atipia del complesso ventricolare che egli considera una varietà del blocco di branca destro, come sembra confermato anche da qualche rara indagine anatomo-patologica, e che si presenta con caratteri grafici costanti e ben definiti.

In I deriv. la R è normale, ma seguita da una S ispessita e allargata, la T positiva. In III deriv. si ha un aspetto simile ma inverso, e cioè ad una prima onda Q talora appena accennata segue una S allargata e talora uncinata. La T a sua volta è normale, come in prima, così nelle altre derivazioni.

In altri termini questa atipia è caratterizzata da alterazioni che riguardano esclusivamente il C.V.I., che si presenta con una prima onda normale seguita da una seconda deformata e ampliata.

Questo aspetto è costante e fa pensare, come si domanda giustamente Scherf (23), che debba necessariamente corrispondere ad un dato tipo di alterazione anatomica. Benchè taluni abbiano riscontrato in qualche caso trombosi coronarica, la maggior parte degli AA., in base ormai ad ampie statistiche lo considerano di prognosi discreta. Il mio caso è, forse per coincidenza, una brillante conferma di queste idee, poichè si tratta appunto di una paziente che non ha mai sofferto di disturbi cardiaci ed era stata ricoverata in Ospedale per una sciatica. Noi stessi, di fronte ad un lieve soffio sistolico, ad una pressione arteriosa normale e ad un telecardiogramma a rigore non patologico rimaniamo incerti sulla cardiopatia della paziente (miocardiosclerosi di modico grado?).

Un altro tipo di blocco di branca è quello descritto da Wolff Parkinson e White nel 1930 e da alcuni chiamato sin-

drome triaritmica giovanile. Si tratta infatti di giovani considerati sani o che soffrono talora di lievi palpitazioni e che presentano una deformazione ecgrafica consistente in un blocco di branca con

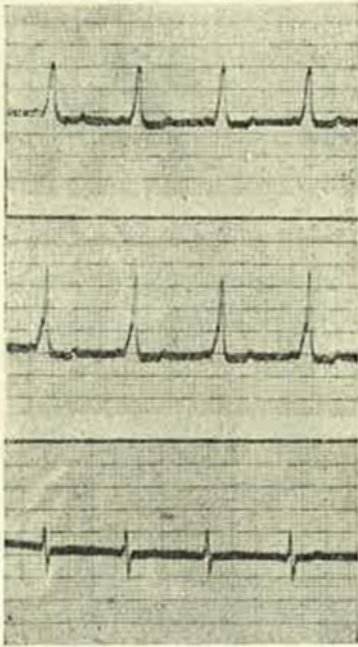


Fig. 1. — Caso n. 29 - Blocco di Branca con P-R accorciato (0,09).

P — R accorciato; lo sforzo e l'atropinare così la tachicardia e il P-R accorciato e regolarizzano il tracciato. Riassumiamo brevemente le principali interpretazioni:

1) teoria vagale; responsabile di tutto sarebbe l'azione vagale arrivando, cosa discutibile e discussa, a deformare il C.V. nel modo descritto;

2) teoria della persistenza del così detto fascio, di Paladino-Kent, via che sarebbe seguita dallo stimolo giungendo in tal modo più rapidamente al ventricolo, di qui il P — R accorciato e l'atipia tipo blocco di branca realizzata dall'allodromia (Holzmann e Scherf) (24);

3) teoria che ammette una lesione di particolari vie sino auricolari descritte in Italia da Condorelli (25), ma che aspettano e meritano conferme generali;

4) teoria di Pezzi (26), per il quale questi casi vanno considerati come ritmi parasettali. La lesione, a tipo irritativo, avrebbe sede nella vicinanza della testa del nodo di Tawara, venendosi a spiegare così le tachicardie e il P-R accorciato.

In più Pezzi autorevolmente sostiene, come dicemmo più sopra, che a livello del nodo le fibre destinate alle branche siano già divise e preordinate, per cui una lesione del tipo ricordato potrebbe dare il quadro del blocco di branca.

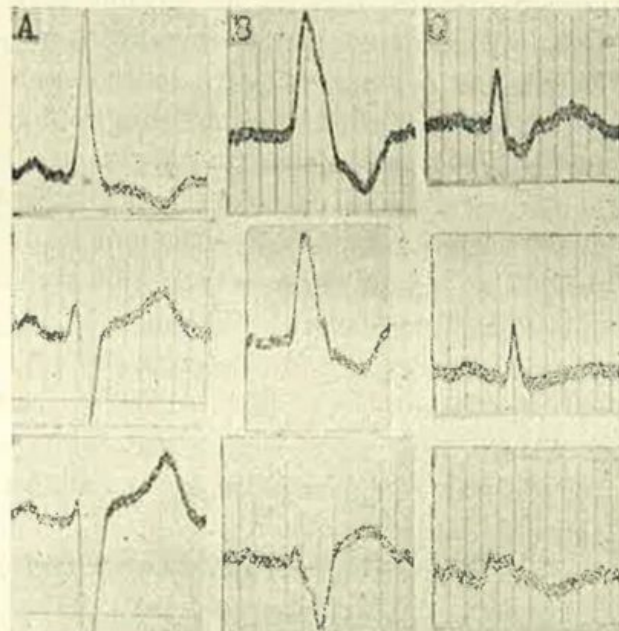


Fig. 2.

In A: Tracciato caratteristico dell'ipertrofia ventricolare sinistra, ai limiti del Blocco di Branca (QRS = 0,10) - (Ventr. S.+++ Press. art. = 265/130).

In B: Blocco di Branca del tipo comune (caso n. 26).

In C: Blocco di Branca tipo Wilson (caso n. 30).

Solo ulteriori studi e controlli potranno delucidare il quadro in parola che occorre tuttavia ben conoscere, poichè gli è universalmente riconosciuta una prognosi buona.

Il nostro caso n. 29 è quello appunto di un giovane che presenta questa interessante anomalia ecgrafica.

* * *

Un altro punto merita particolare attenzione, e cioè quello del valore, nei

riguardi della prognosi, della concomitanza di altri disturbi del ritmo.

Abbiamo avuto complessivamente:

Ritmo normale: 21 casi di cui 10 morti.

Ritmo normale con extrasistoli isolate: 2 casi morti.

Ritmo normale con extrasistoli auricolari a salve: 1 caso morto.

Fibrillazione auricolare: 5 casi di cui 4 morti.

Soffermandoci un momento sulla fibrillazione auricolare, noteremo che, a sè considerata, non ha un grande interesse prognostico. Essa non sempre precede e tanto meno provoca lo scompenso, e d'altro canto non è in esso d'obbligo presente. (Lascio da parte naturalmente le forme cliniche particolari di fibrillazione parossistica e di fibrillazione « terminale »). Apparendo essa perciò svincolata dall'insufficienza del cuore, la prognosi va cercata nell'efficienza del miocardio stesso.

Alcuni (32) notano anzi una minore percentuale di mortalità nei cardiopatici fibrillanti rispetto a quelli non fibrillanti, e la spiegano col fatto che i primi, allarmati dall'aritmia che incidentalmente notano al polso radiale, ricorrono più assiduamente dal medico.

Non è così però quando, come nei nostri casi, si associano alla fibrillazione altre atipie dei C.V.

Robert Lévy (19) nota un tasso di mortalità del 65-67% in un lasso di 83 settimane nei portatori di fibrillazione auric. con atipie del C.V., in confronto del 24-28% per fibrillazione semplice.

White (27) ha il 48 % in fibrillazione auric., il 100% in fibrillazione auric. con C.V. atipici, in un lasso di 2-3 anni.

Willius e Caffen (28) in questi ultimi casi confermano una prognosi due o tre volte più severa.

Jores, Clerc e Steffel (29) sono dello stesso parere.

Hansen (30) ha il 48% di mortalità per fibrillazione auric., il 75 % negli altri casi.

Hepburn e Jameson, Coran e Branwell, Herrick e Smith, Oppenheim e Rothscild (31) confermano tutti l'importanza prognostica di tali reperti (s'intende che i tassi di mortalità si riferiscono unicamente alle morti in ragione cardiaca).

* * *

Sulla base delle altrui e delle nostre osservazioni ci sembra giusto porre queste conclusioni:

1) Il reperto di un blocco di branca è sempre un dato da considerarsi con grande attenzione per la sua importanza nei riguardi, non solo della diagnosi, ma anche della prognosi della cardiopatia (mortalità del 58,60% entro i due anni).

2) Nel formulare il prognostico non bisogna assolutamente perdere di vista l'ammalato a cui ci si deve sempre riferire. L'ecografia, pur fornendoci un dato di notevole interesse, è priva di significato se valutata isolatamente.

3) L'etiologia del blocco di branca è della più grande importanza per la prognosi. Ad es. in un luetico bisognerà tener conto di possibili benefici ricavabili dalla cura specifica. In una nefrite cronica la prognosi sarà legata alla sufficienza del rene, ecc.

4) Occorre tener conto anche del presunto stato anatomico della lesione, considerando anche la possibilità che l'atipia ventricolare rappresenti un esito di un processo spento o inattivo.

5) L'associarsi al blocco di branca di altri disturbi del ritmo sembra aggravare la prognosi.

6) Non è inutile tener presente la posizione sociale e l'intelligenza del pa-

ziente, ai fini della possibilità pratica e delle modalità di esecuzione della cura.

8) Si potrà porre una diagnosi discreta, sempre presuntiva, se non si accompagnano disturbi funzionali del cuore, se l'esame di esso non mostri ipertrofia notevole, la pressione non sia elevata e soprattutto « rigida », il rene sufficiente; insomma si abbia un esame clinico soddisfacente.

9) E' interessante e utile ricordare alcuni tipi particolari di blocco di branca che pare comportino una prognosi meno riservata (il tipo Wilson) o buona (tipo Wolff, Parkinson e White).

RIASSUNTO.

E' stato seguito, in un lasso di circa due anni, il destino di 30 portatori di blocco di branca. Dalle percentuali di mortalità globali particolari, per gruppi di malattie si conclude come il blocco di branca pur avendo un serio significato generale non rappresenta un valore assoluto, non potendosi, per la prognosi, prescindere dalla malattia fondamentale.

Vengono ricordati in modo particolare alcuni tipi di blocco di branca come quello tipo Wilson, che sembra comporti una prognosi meno riservata, e quello tipo Wolff, Parkinson e White, che si riscontra in giovani clinicamente non cardiopatici.

BIBLIOGRAFIA

- (1) ASCHOFF, *Trattato di An. Pat.*
- (2) CONDORELLI, « Min. Med. », n. 38, 1934.
- (3) PEZZI, *Arch. Coeur*, 24-1-31.

- (3) WOLFF PARKINSON e WHITE, « Am. H. J. », 5, 685, 1930.
- (5) KING, « Am. H. J. », 1928, t. III, pag. 505.
- (6) WHITE, « Arch. Int. Med. », 41, I, 28.
- (7) EPPINGER e ROTHBERGER, « Z. Klin. Med. », 70, I, 1909.
- (8) LEWIS, « Clin. Electr. », Londra, 1931.
- (9) EPPINGER e STÖRCK, « Z. Klin. Med. », 71, pag. 157, 1910.
- (10) FAHR, « Am. H. J. », 3, 14, 1928.
- (11) OPPENHEIMER e PARDEE, « Proc. Soc. Biol. Med. », 17, 177, 1920.
- (12) BARKER, « Am. H. J. », 5, 720, 1930.
- (13) WILSON, « Am. H. J. », 7, 305, 1932.
- (14) YATER, da Policlinico: Sez. Prat., 1938.
- (15) OPPENHEIMER e ROTHSCHILD, « Am. H. J. », 69, 429, 1917.
- (16) WILSON e HERMANN, « Heart », 9, p. 91, 1921.
- (17) DRURY, « Heart », 9, pag. 23, 1921.
- (18) HERRICK e SMITH, « Am. H. J. », 3, pag. 630, 1926.
- (19) ROBERT-LÉVY, *Les anom. du C.V.*, Masson, 1929.
- (20) WILLIUS, « Arch. Int. Med. », 41, I, 28.
- (21) cit. da R. LÉVY, pag. 83.
- (22) WILSON ecc., « Am. H. J. », 9, 459, 1934.
- (23) SCHERF, *Lehrbruch ecc.*, « Springer », 1937.
- (24) HOLZMANN e SCHERF, « Z. Klin. Med. », 121, 404, 1932.
- (25) CONDORELLI, « Min. Med. », 1934, n. 38, pag. 4177.
- (26) cit. da R. LÉVY, pag. 82.
- (27) cit. da R. LÉVY, pag. 82.
- (28) cit. da R. LÉVY, pag. 82.
- (29) cit. da R. LÉVY, pag. 82.
- (30) cit. da R. LÉVY, pag. 82.
- (31) cit. da R. LÉVY, pag. 82.
- (32) CALABRESE, *Elettroc. clinica*, Cappelli, Bologna, 1935.

LE SIEROREAZIONI LIPAFFINI E LA SIFILIDE

DR. ANDREA SULTANO

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

Quando un germe patogeno, costituito di sostanza albuminoidea, penetra nell'organismo umano, provoca nel sangue di questo una rottura dell'equilibrio colloidale delle albumine. L'organismo allora, per ristabilire un nuovo equilibrio colloidale, reagisce mediante un aumento di elementi, già normalmente esistenti nel sangue, verisimilmente appartenenti alla specie globuline, che si è convenuto chiamare *reagine*, nome che non pregiudica affatto la loro natura.

L'aumento di reagine è assai variabile quantitativamente in rapporto alla natura della malattia infettiva, ma certo in modo più notevole nell'infezione luetica.

Le reagine hanno una spiccata tendenza (proprietà di affinità) a combinarsi con i lipoidi contenuti allo stato colloidale nei vari antigeni, preparati appunto per eseguire le diverse sieroreazioni per la diagnosi della sifilide.

Siccome varia è la costituzione degli antigeni, così pure diversi sono i composti che risultano dalla combinazione antigene-reagina, composti che si rendono variamente percettibili per il fatto che le reagine passano dallo stato di dispersione (sol), allo stato di *gelificazione* (gel), in forma di intorbidamento, di flocculazione o di precipitazione, a seconda della maniera di preparazione dell'antigeno. Precisamente detti composti sono visibili sotto forma di intorbidamento nella reazione di Meinicke, sotto forma di flocculazione nella reazione di Kahn e nella reazione di Sachs-Witebsky (o citochol), e infine vengono resi ma-

nifesti nella reazione di Wassermann solo per via indiretta, cioè mediante la collaborazione di un sistema emolitico, nel quale si ha l'arresto dell'emolisi per la deviazione del complemento.

Questa nuova concezione di considerare le reazioni per la diagnosi della sifilide, come fenomeni di natura fisico-chimica, ha fatto decadere, pur non intaccando il valore pratico-diagnostico della R. W., l'antica teoria biologica di Ehrlich, delle catene laterali di 3° ordine (anticorpi-ambocettori), sulla quale Wassermann basava la sua reazione.

Le reazioni lipaffini connesse alla combinazione reagine-lipoidi, danno, se eseguite nelle prescritte condizioni, specialmente quantitative, risultati concordi, e perciò la maggior parte degli autori attribuisce ad esse valore eguale e, per raggiungere una maggiore sicurezza di giudizio, suggeriscono l'allestimento di parecchie reazioni contemporaneamente non omettendo mai la reazione di Wassermann, la quale, per la sua esecuzione ordinariamente con non meno di tre antigeni, per i multipli controlli dei suoi componenti, per il suo aspetto quasi cromatico e quindi di più sicura lettura, ed infine perchè comunemente eseguita solo da persone esperte in ricerche di laboratorio, dà maggiore affidamento nei suoi risultati.

Molti sierologi, pur attribuendo maggior importanza alla reazione di Wassermann, hanno rilevato che essa è tardivamente positiva nella sifilide iniziale, ed inoltre la sua sensibilità non è molto alta, poichè spesso è ancora negativa,

quando già le reazioni di flocculazione danno risultato positivo, e precisamente hanno notato che la reazione risultante per prima positiva è quella di Kahn, seguita ben presto dalla citocolreazione di Sachs-Vitebsky e dalla reazione di Meinicke ed infine dalla reazione di Wassermann; invece come effetto della cura han rilevato che la prima reazione a divenire negativa è la reazione di Wassermann, mentre le altre sono più persistenti.

Poichè la reazione di Wassermann detiene il primato sulle altre sarà opportuna una breve descrizione:

Reazione di Wassermann

Nel 1901 Bordet e Gengou avevano messo in evidenza la sieroreazione di fissazione del complemento, facendo esperimenti sui sieri di colerosi.

Nel 1906 Wassermann, sostituendo l'antigene di vibrione colerico con estratto di fegato luetico, applica la stessa tecnica per la diagnosi della sifilide e fornisce così alla clinica un potente ausilio diagnostico di eccezionale utilità.

La reazione si basava sulla supposizione che l'anticorpo del siero in esame (corrispondente all'odierna reagina) agisce da intermediario necessario tra l'antigene ed il complemento, cioè sensibilizza a guisa di un mordente l'antigene, rendendolo atto a fissare il complemento; perciò l'anticorpo è pure chiamato ambocettore o anche sensibilizzatrice.

Gli *elementi necessari* per la R. W., opportunamente diluiti, sono cinque. Essi vengono adoperati dalla maggioranza dei sierologi nella quantità di cc. 0,50 ciascuno, in modo da ottenere un totale finale di cc. 2,50. Essi sono:

1) *Siero da esaminare*. Questo deve essere limpido, possibilmente sterile e prelevato a digiuno 24-36 ore prima dell'esame. I sieri vecchi o conservati subiscono alterazioni le quali inducono risultati positivi nella reazione; infatti il siero, come ogni colloide invecchia e muore, e dopo alquanto tempo quindi presenta modificazioni colloidali con precipitazione spontanea.

Il siero poscia va inattivato, cioè privato

del suo complemento (termolabile) mediante bagno maria a 55° per 30 minuti precisi. Si adopera quindi diluito con soluzione fisiologica nelle proporzioni di 1 a 5 e cioè cc. 0,10 di siero + cc. 0,40 di soluzione fisiologica.

2) *Antigene*. Questo, costituito di sostanze lipoidee, è variamente preparato da Istituti specializzati e autorizzati dallo Stato. Viene fornito in flaconi di 5-10 cc., con indicazione del titolo di diluizione.

Il titolo indica la quantità massima di antigene, che non impedisce l'emolisi in presenza del sistema emolitico impiegato nella reazione.

3) *Complemento*. E' costituito dal siero sanguigno di cavia giovane, sana, di sesso maschile e prelevato a digiuno da poche ore. E' ordinariamente adoperato alla diluizione del 10 per cento (10 cc. di complemento + 90 cc. di soluzione fisiologica), ad un titolo cioè che viene a corrispondere alla più piccola quantità di complemento necessario per provocare l'emolisi totale di una quantità data di globuli rossi in presenza della quantità di emolisina che sarà adoperata nella reazione.

I tre elementi su elencati, costituiscono il *primo sistema*; essi vengono mescolati ed agitati nella provetta, e quindi posti per un'ora in termostato a 37° in modo che l'anticorpo del siero luetico abbia l'agio di sensibilizzare l'antigene rendendolo adatto a fissare il complemento; e ciò potrà essere reso evidente mediante l'aggiunta dopo trascorsa l'ora, degli altri due elementi del secondo sistema specifico o emolitico e cioè:

4) *Emolisina antimontone* (anticorpo del 2° sistema). E' costituita di siero sanguigno di coniglio, al quale sono state iniettate periodicamente delle emazie di montone.

Anche questa è fornita titolata, in fialette, da Istituti specializzati: in Italia dall'Istituto Sieroterapico Milanese.

Il titolo indica la dose minima limite di emolisina che permette l'emolisi, in un tempo e volume dati, d'una quantità fissa di emazie in presenza d'una quantità fissa di complemento.

Praticamente viene impiegata una diluizione corrispondente a metà del titolo segnato sulla fiala fornito dall'I.S.M. Così ad esempio: se il titolo segnato sulla fialetta è di 1 : 10.000, si userà per la reazione una diluizione corrispondente a metà titolo e cioè 1 a 5.000 e per ottenerla si mescolerà cc. 0,10 di emolisina (misurata con micropipetta da cc. 0,10) in cc. 50 di soluzione fisiologica. Si ottiene così una concentrazione di emolisina di 1 a 5.000.

5) *Emazie di montone*. Queste si ottengono dal sangue defibrinato di montone, ripetutamente lavate con soluzione fisiologica e centrifugate. Si adopera quindi l'emulsione di emazie alla diluizione al 5 %, la quale si ottiene mescolando 5 cc. di globuli rossi con 95 cc. di soluzione fisiologica.

Questi due ultimi elementi, cioè emolisina ed emazie di montone, diluite nelle proporzioni indicate, vengono mescolate insieme in quantità eguale e quindi, trascorsa l'ora dacchè il primo sistema è rimasto in termostato, vengono aggiunte ad esso.

Si rimette il tutto in termostato finchè nelle provette di controllo del siero, nelle quali non è stato posto antigene, e perciò il complemento è rimasto libero, è avvenuta l'emolisi. Si fa quindi la lettura della reazione: si noterà allora che nelle provette con siero positivo non vi è stata emolisi, poichè avendo l'anticorpo luetico sensibilizzato l'antigene ne ha fatto assorbire il complemento e quindi le emazie sono rimaste sospese e sedimenteranno al fondo dopo un po' di tempo, mentre nelle provette con siero negativo, il complemento è rimasto libero ed ha permesso all'emolisina di sensibilizzare le emazie di montone, facendo assorbire a queste il complemento, con conseguente emolisi: si noterà un liquido uniformemente laccato.

La reazione può essere schematizzata nel quadro seguente (V. pag. 201):

La reazione di Wassermann si è imposta fin dall'inizio per la sua importanza ed utilità diagnostica; praticata ovunque e su larga scala ha subito solo lievi modifiche, specie per quanto riguarda la preparazione dell'antigene. Essa ha permesso, in moltissimi casi, di poter stabilire l'etiologia luetica di sindromi le più svariate e quindi di indicarne la cura con risultati indiscutibilmente prodigiosi.

Dopo un collaudo di più che un trentennio sierologi e clinici hanno potuto rilevare che:

1° La Reazione di Wassermann positiva indica non uno stato di immunità, bensì lo stato di infezione dell'organismo.

2° Essa dà risultati negativi nel periodo della manifestazione della sifilo-

sclerosi iniziale, durante il quale la diagnosi si può meglio fondare sul diretto esame obiettivo e sulla ricerca diretta della spirocheta.

3° Essa dà risultati quasi sempre positivi nel periodo secondario o setticemico della sifilide (durata 3-4 anni), durante il quale la spirocheta si diffonde e pullula nell'organismo, provocando le più proteiformi manifestazioni secondarie: roseole, papule, placche mucose, cefalea notturna, epatiti, nefriti, lariniti secondarie, ecc. ecc.

4° Dopo il periodo setticemico, quando la malattia, attraverso un assoluto silenzio clinico, della durata varia da parecchi mesi a molti anni, passa al periodo terziario, durante il quale le lesioni luetiche non sono più diffuse, superficiali e risolutive, ma al contrario localizzate, profonde e distruttive con presenza di rare spirochete, allora la reazione di Wassermann è per lo più positiva, ma i risultati negativi non sono nemmeno rari.

Se però in quest'ultima evenienza, con espedienti qualsiasi si provoca una generalizzazione dell'infezione, allora la R. W. diviene positiva, ottenendosi perciò così la riattivazione della reazione.

5° Poichè, come è stato detto in principio, la R. W. è connessa con un aumento delle globuline nel siero di sangue, che può essere provocato dai germi più vari che inducono un disquilibrio colloidale delle albumine, così essa può essere positiva non solo nella sifilide, ma anche, e per questo essa ha perduto il carattere della specificità, in altre malattie, che si è ben riusciti a determinare, e precisamente nella scarlattina e nella malaria durante lo stadio acuto e di convalescenza, nelle altre affezioni spirochetosiche, quali la framboesia tropicale, la tripanosomiasi (ammettendosi in questo caso una reazione di gruppo), ed infine nelle affezioni croniche distruttive, come

DISPOSITIVO PER LA REAZIONE DI WASSERMANN

(Scarabattola di 4 file di provette)

	SIERO IN ESAME				SIERO DI CONTROLLO SIFILITICO				SIERO DI CONTROLLO NORMALE				CONTROLLO DELL' ANTIGENE													
	1 ^a pro-vetta		2 ^a pro-vetta		3 ^a pro-vetta		4 ^a pro-vetta		1 ^a pro-vetta		2 ^a pro-vetta		3 ^a pro-vetta		4 ^a pro-vetta		1 ^a pro-vetta		2 ^a pro-vetta		3 ^a pro-vetta		4 ^a pro-vetta			
	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	
1. Soluz. fisiologica 8,50% in esame Siero di contr. sifilitico di contr. normale	0,40 0,10	0,40 0,10	0,40 0,10	0,90 0,10	0,40 0,10	0,40 0,10	0,90 0,10	0,40 0,10	0,40 0,10	0,40 0,10	0,40 0,10	0,90 0,10	0,40 0,10	0,40 0,10	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	1,50
2. Antigene (diluito secondo il titolo)	0,50	0,50	0,50	—	0,50	0,50	0,50	—	0,50	0,50	0,50	—	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50
3. Complemento 10%	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	—
4 e 5. Miscela emolitica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,50
Risultato	?			emolisi	non emolisi	emolisi	emolisi	emolisi	emolisi	emolisi	emolisi	emolisi	emolisi	emolisi	emolisi	emolisi	emolisi	emolisi	emolisi	emolisi	emolisi	emolisi	emolisi	emolisi	emolisi	non emolisi

Dopo un'ora nel termostato a 37° aggiungere:

OSSERVAZIONI: 1) Le provette n. 4 dei sieri (in esame, sifilitico e normale) servono a controllare il potere anticomplementare del siero: in esse si deve avere emolisi, se questa è ostacolata il siero è alterato e occorre ripetere la reazione con nuovo siero.

2) Controlliamo la bontà degli antigeni, mediante due serie di provette:
a) La prima serie ne controlla il potere antiemolitico, detto pure anticomplementare, per cui un antigene adeguatamente titolato non deve ostacolare l'emolisi, la quale deve avvenire per la presenza di emazie + emolisina + complemento;
b) La seconda serie serve a controllare se l'antigene ha di per se stesso potere emolitico, per cui un antigene giustamente titolato non deve causare emolisi e perciò nella prova si deve ottenere sospensione delle emazie. Infatti sono presenti solo antigene + emazie.

3) La soluzione fisiologica è aggiunta nella quantità di 0,40 per diluire il siero nella proporzione di 1 a 5, e in quantità superiori (cc. 0,50 e multipli) per sostituire elementi della reazione stessa omessi.



tubercolosi, lebbra, neoplasie, granulomi, epatosplenomegalie.

6° La R. W. dà risultato negativo nella sifilide curata, poichè pare che con la cura specifica si ottiene una diminuzione delle globuline nel sangue.

Siccome la reazione di Wassermann richiede per la sua buona esecuzione una discreta pratica di laboratorio, oltre ad una disponibilità di materiale e di tempo, così molti sierologi, come Hecht, Sabrazes, hanno cercato di semplificarla, altri come Kahn, Meinicke, Sachs di sostituirla con altre reazioni di più facile esecuzione e speditezza, e altri infine, come i giapponesi Sobei Idè e Tanao Idé hanno asserito di poter eseguire una reazione per diagnosticare la sifilide in pochi minuti, seduta stante e servendosi di una sola goccia di sangue.

Bisogna però convenire che tutte queste reazioni non sono riuscite a spodestare la R. W. pur riconoscendo anche ad esse un alto valore pratico e le medesime constatazioni cliniche.

Passando ora dal campo della medicina clinica nel campo della medicina assicurativa, consideriamo quale utilità pratica rappresentano la reazione di Wassermann e le altre siero-reazioni lipaffini per la diagnosi della sifilide, malattia che certamente giuoca una parte principale sulla durata della vita di chi se n'è contagiato.

La sifilide è una malattia molto diffusa nelle varie classi sociali, specialmente abbienti, le quali ultime, più frequentemente chiedono i benefici che l'assicurazione-vita elargisce.

Mentre parecchi autori dubitano molto della guarigione definitiva della malattia, sia spontaneamente, sia mediante la cura specifica, regolarmente eseguita, pur ammettendone uno stadio di miglioramento e di perfetto benessere, tanto da dire, come Gerhardt « la sifilide può concludere col paziente un armi-

stizio, ma mai la pace »; molti altri autori invece ammettono ch'essa ben curata guarisce in molti casi.

Tali giudizi ci debbono indurre a pensare che la malattia è sempre in agguato e presto o tardi può dare sentore di sè mediante le più svariate manifestazioni, di cui le più compromettenti per la vita sono quelle del tipo terziario (lesioni dell'apparato cardio-vascolare: aortiti, coronariti, insufficienza delle valvole aortiche, arteriosclerosi precoce, aneurismi, lesioni epatiche, lesioni renali), e le manifestazioni designate col nome di para — e meta — luetiche a carico del sistema nervoso e cioè tabe dorsale e paralisi progressiva.

Orbene constatazioni concordi delle varie compagnie assicuratrici hanno messo in evidenza che una buona percentuale di sinistri, verificatisi nelle età dai 36 ai 50 anni, in un tempo cioè molto anteriore al termine della scadenza del contratto, è precisamente dovuta ad una di queste sindromi connesse ad un progresso contagio luetico: ma in pochi casi, in un terzo appena ed anche meno, la malattia era stata denunziata al momento della visita medica d'ingresso, poichè parecchi la tacciono o per ignoranza o per mala fede.

Come potranno allora le compagnie difendersi da simili sinistri, che avvengono relativamente a breve scadenza dal contratto assicurativo, e che perciò devono far ritenere che la sifilide è attiva nell'organismo dell'assicurando, quantunque questi non presenti ancora all'esame obiettivo alcun segno clinico? La malattia è infatti in questi casi clinicamente latente ma non sierologicamente. L'unico mezzo per diagnosticare la malattia è appunto la siero-reazione eseguita con i vari metodi: se questa è positiva deve indurre a pensare che l'assicurando alberga la spirocheta e la sua vita è minacciata da una possibile gra-

ve lesione a carico dei vari sistemi ed organi.

Per tanto parecchi medici di assicurazione hanno avanzato la proposta di praticare a tutti gli assicurandi indistintamente la siero reazione, nella stessa guisa, come si pratica presentemente a tutti l'esame delle urine. Operando in tal guisa si otterrebbe che :

a) nessun assicurando si risentirebbe della proposta di un prelevamento di sangue, per la sierodiagnosi;

b) più facilmente colui che si è contagiato di sifilide denunzierebbe la malattia, i sintomi sofferti, la cura praticata, e i risultati della sieroreazione;

c) verrebbero accettati a condizioni notevolmente aggravati gli assicurandi con sieroreazione positiva, perchè minacciati da una eventuale sindrome compromettente la vita a breve scadenza;

d) ed infine si metterebbe in evidenza la sifilide ignorata, consentendo così al malato, mediante la cura specifica, di prevenire deleterie manifestazioni tardive e creare in lui sentimenti di gratitudine verso la compagnia assicuratrice.

Questa pratica permetterebbe col tempo di distinguere vari gruppi di sifilitici a seconda dell'età del contagio, delle manifestazioni presentate, dei risultati umorali, delle cure eseguite ecc. di stabilirne la sovramortalità e conseguentemente assegnare adeguati sovrappremi di compenso, i quali presentemente gravano sui rischi normali.

Ma altri medici di assicurazione si oppongono alla generalizzazione della sieroreazione per la diagnosi della sifilide, obbiettando che :

a) il prelevamento del campione di sangue dalla vena per la sieroreazione, è da considerare come un piccolo intervento chirurgico e perciò deve essere proposto a soggetti sospetti, specie se

assicurandi per forti capitali, poichè si è constatato come la sifilide non sia rara nelle classi abbienti;

b) la sieroreazione può dare risultati negativi in luetici portatori di manifestazioni cliniche gravi, come pure in luetici che si sono sottoposti a cure specifiche;

c) la sieroreazione non è una reazione specifica per la sifilide, perchè può dare risultati positivi in altri affezioni;

d) infine il volerla praticare indistintamente a tutti gli assicurandi richiederebbe alle compagnie assicuratrici spese non indifferenti.

Di riscontro a queste obiezioni i primi medici rispondono :

a) La puntura della vena oggigiorno non incontra più l'avversione di una volta, poichè la pratica dell'odierna terapia di ricorrere frequentemente nella cura delle più svariate malattie alla via intravenosa, ha diffuso un simile intervento; e per restare nel nostro campo rileviamo che moltissime persone si fanno prelevare il sangue per la sieroreazione prima di contrarre il matrimonio, o a scopo di collaudare la loro salute;

b) è ben vero che in alcuni luetici con gravi manifestazioni cliniche in atto la sieroreazione può essere negativa; ma tali manifestazioni saranno rilevabili con un esame obbiettivo metodico e scrupoloso. D'altronde i pochi casi di risultati negativi di fronte alla gran maggioranza di risultati positivi non debbono ispirare scetticismo nei riguardi della sieroreazione, poichè il bene non può essere nemico del meglio.

E nel caso poi che la sieroreazione è divenuta negativa in seguito a recenti cure, deve far ritenere che l'assicurando consapevole della sua malattia, la combatte con cure adatte e persevererà nella cura anche dopo l'ingresso in assicurazione, mediante la quale, è logico

sperare, eviterà le gravi complicanze della malattia;

c) nessun dubbio che la sieroreazione per la diagnosi della sifilide non è specifica per detta malattia e può dare risultati egualmente positivi anche in altre malattie.

Però sono ben individuate queste malattie le quali precisamente sono: la scarlattina e la malaria nello stadio acuto e nel periodo di convalescenza. In questi casi l'esame obiettivo o l'anamnesi fanno escludere la sifilide. Le altre affezioni con eventuale sieroreazione positiva sono lebbra, tubercolosi, neoplasie, splenomegalie, tripanosomiasi, ecc., le quali però sono diagnosticabili all'esame clinico e poi son malattie assai più gravi della sifilide e quindi, se anche escluse dalla assicurazione, non pregiudicano affatto gli interessi della compagnia;

d) infine per quanto riguarda la spesa non indifferente che, per eseguire in tutti gli assicurandi la sieroreazione, dovrebbe sopportare la compagnia, essa sarà largamente compensata dalla forte diminuzione di sinistri a breve scadenza causati da sifilide e che spesso importano somme cospicue.

Intanto nell'attesa che in un prossimo dimane si possano conoscere e raggruppare tutti gli assicurandi luetici e per loro spontanea denuncia e per mezzo di sieroreazione, e stabilirne la sovramortalità mediante accurate statistiche, fino allora il medico assicuratore nel giudicare il rischio sifilide, deve tener presente gli insegnamenti che l'esperienza clinica gli fornisce e cioè:

1° Ogni luetico che presenti sieroreazione positiva deve essere accettato in assicurazione a condizioni notevolmente aggravate perchè la sua esistenza è minacciata da una eventuale grave lesione che può causarne, anche a breve scadenza, la morte;

2° Le lesioni luetiche più gravi sono quelle che si presentano nel periodo terziario, che ordinariamente corrisponde al secondo decennio dell'infezione, se questa è avvenuta in età giovanile, e molto più presto se il contagio si è verificato in età adulta.

Perciò il medico di assicurazione dovrà tener conto dell'età del contagio e del periodo di tempo trascorso, e principalmente della cura eseguita.

3° Una cura antiluetica può essere ritenuta efficace solo se è stata praticata intensamente, subito dopo il contagio, per la durata di almeno quattro anni, con i diversi medicamenti (arsenico, bismuto, mercurio). La sieroreazione deve essere negativa.

4° Le lesioni dell'apparato cardiovascolare (aortiti, aneurismi, insufficienza aortica, coronariti, angina pectoris), nonchè le lesioni epatiche e renali, devono essere considerate di prognosi infausta e spesso a breve scadenza.

5° Le lesioni del sistema nervoso centrale, tabe dorsale, demenza paralitica, considerate in passato affezioni dovute a tossine luetiche e perciò denominate para e meta-luetiche, sono anch'esse dovute all'azione diretta della spirocheta, che è stata rilevata nella sostanza nervosa colpita. Queste affezioni fino a pochi anni fa portavano a morte sicura in breve volgere di tempo, ed erano le manifestazioni luetiche che più gravemente colpivano il portafogli delle compagnie assicuratrici, per cui tali rischi se rilevati alla visita medica erano assolutamente da rifiutare.

Oggi però la prognosi di tali malattie è molto migliorata, grazie all'applicazione della pireto-terapia; ma occorre che la cura venga applicata ai primi segni della malattia, che questi siano scomparsi o almeno migliorati, e che le reazioni umorali siano negative

non solo nel siero di sangue ma anche nel liquor cerebro-spinale. In questi casi perciò il medico di assicurazione, chiederà relazioni dettagliate sul decorso del male al medico curante e, ottenute dichiarazioni soddisfacenti potrà consigliare l'accettazione del rischio con le debite cautele.

6° Tutti i sifilitici poi che si sono curati fin dal principio con cura veramente efficace, e non hanno presentato

manifestazioni secondarie e tanto meno terziarie, con sieroreazione sempre negativa, saranno accettati con un lieve sovrappremio: specialmente se si fa scadere il termine della polizza prima di 55 anni.

BIBLIOGRAFIA

SAHLI, *Metodi clinici di esami*.

BLÄTTER, *Für Vertrauensärzte*. 1914 Helt 4.

ENRIQUEZ, *Traité de pathologie interne*.

Indagini di Statistica Medica

Cause di morte e Costituzione

Dott. PIETRO CIATTI

Nel lavoro pubblicato nel n. 2 dell' *Assistenza Sanitaria* del 15-4-1939 mi ero promesso di studiare, per ciascuna delle grandi categorie delle cause di morte in esso riportate, la frequenza delle singole cause per ciascun tipo costituzionale.

Ciò è stato da me fatto in questa nota successiva al fine di dare una visione dettagliata dell'argomento preso in considerazione.

Pur attenendomi, nelle linee generali, alla divisione fatta dal Prof. I. Romanelli ho voluto raggruppare un po' diversamente alcune cause di morte che per la loro importanza e per la frequenza con cui si verificano mi è sembrato opportuno, al fine di una visione più dettagliata, prendere in considerazione a parte.

Da questa ricerca ho escluso invece quelle cause di morte che, o per il loro scarso numero e conseguentemente per la poca importanza che avrebbe nei loro riguardi una suddivisione in gruppi

costituzionali o per la loro scorsa precisazione, non mi sono sembrate tali da dover essere prese in considerazione: tali le avitaminosi, alcune forme morbose del sistema nervoso centrale, i suicidi, gli omicidi, le morti accidentali non specificate ecc. Tali casi non presi in considerazione vanno detratti dal totale di 15.719.

Bisogna riconoscere che ricerche del genere presentano non piccole difficoltà inquantochè il concetto di costituzione non trova la sua espressione in una unica cifra ma in un insieme armonico di fattori mediante la sola riunione dei quali è possibile delimitare tale concetto.

Nella pratica di assicurazione vita siamo costretti però a ridurre ad un minimo i termini necessari per definire la costituzione individuale e benchè, come è già stato detto, il concetto di sovrappeso e di sottopeso non possa essere fatto coincidere in modo esatto con il concetto di brevilinearità di longilinea-

rità vale a dire benchè tale concetto non definisca con precisione la costituzione esso però sintetizza in sè, qualora sia possibile escludere qualsiasi altro fattore esogeno di una certa importanza che lo possa aver determinato, un certo significato funzionale.

Mi rendo conto che sia nella ricerca precedente sia nella ricerca attuale, considerando che la costituzione può variare a seconda che si tratti di individuo di età più o meno avanzata, si sarebbe dovuto tener conto del fattore di variabilità della costituzione in funzione dell'età; tale difficoltà ci è resa però insuperabile dal fatto che non è possibile conoscere i dati somatici o al minimo il peso al momento della morte. Non resta perciò altro che servirsi dei dati somatici rilevati al momento dell'assunzione per poter procedere eventualmente ad una formulazione più esatta dei giudizi prognostici.

Inoltre come dicono Smolensky e Winternitz che, unitamente al Dublin, si sono occupati dell'argomento « nell'intervallo che intercede fra l'entrata in assicurazione ed il decesso, le cose possono essersi profondamente cambiate » mentre « d'altra parte non bisogna nean-

che trascurare il fatto che il peso al momento della morte non potrebbe servire come base perchè in moltissimi casi il peso sarà diminuito improvvisamente nell'ultimo periodo della vita in seguito alla malattia che ha condotto a morte il soggetto ».

In questa ricerca complementare, per ovviare a quanto sopra è stato detto ed a cui gli autori citati non mi risulta abbiano proceduto, ho suddiviso gli assicurati deceduti nell'undicennio 1926-1936, per ciascuno dei tre tipi costituzionali, in due gruppi e cioè assicurati deceduti nei primi 5 anni e dopo 5 anni dall'ingresso in assicurazione.

Ho proceduto a tale suddivisione nella presunzione che, dato il breve intervallo di 5 anni trascorso dal momento della redazione delle misure somatiche al momento della morte, di poco la costituzione, almeno nel primo gruppo di individui, possa essere variata.

Le cifre riportate, indicanti la ripartizione dei deceduti di ciascun gruppo per ciascuna causa di morte, sono cifre percentuali rispetto al totale di ciascun gruppo in cui ogni tipo costituzionale è suddiviso.

Malattie infettive e parassitarie

GRUPPO I (casi osservati n. 2888)

CAUSE DI MORTE	Tipo I (normale)		Tipo II (sottopeso)		Tipo III (sovrappeso)		Imprecisate	
	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞
T. B. C. polmonare	49,20	43,06	61,63	57,27	21,85	12,28	53,84	38,89
Febbre tifoide e paratifo	11,05	6,16	9,65	6,00	12,88	10,53	26,92	6,94
Influenza	21,95	30,00	20,00	22,40	33,52	47,35	11,54	34,72
Sifilide	0,83	1,09	—	0,23	0,90	0,89	—	1,39
Setticemia	7,57	10,93	4,00	7,63	13,77	20,17	7,70	6,94
Malaria ed altre mal. infett.	9,40	8,76	5,26	6,47	11,08	8,78	—	11,12
	100	100	100	100	100	100	100	100

Malattie del sistema nervoso

GRUPPO II (casi osservati N. 1658)

CAUSE DI MORTE	Tipo I (normale)		Tipo II (sottopeso)		Tipo III (sovrappeso)		Imprecisate	
	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞
Emorragia cerebrale . . .	66,66	78,62	54,87	53,97	84,98	89,15	94,03	10,—
Meningite semplice . . .	10,63	5,41	17,07	11,90	5,15	1,74	2,99	15,—
Paralisi progressiva . . .	8,21	6,63	6,10	9,52	4,72	3,88	1,49	30,—
Demenza precoce	2,90	0,98	7,32	6,35	0,43	1,16	1,49	5,—
Altre mal. sist. nerv. e sensi	11,60	8,36	14,64	18,26	4,72	4,07	—	40,—
	100	100	100	100	100	100	100	100

Malattie reumatiche e nutrizione

GRUPPO III (casi osservati N. 309)

CAUSE DI MORTE	Tipo I (normale)		Tipo II (sottopeso)		Tipo III (sovrappeso)		IMPRECISATE	
	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞
Reumatismo articolare acuto	41,86	18,46	33,33	23,53	37,50	6,43	—	17,65
» cronico e gotta	4,65	6,15	5,56	5,88	—	5,50	—	5,88
Diabete mellito	39,53	61,54	33,89	41,18	57,50	78,90	—	52,95
Mal. ghiandole tiroide e paratiroide . .	6,98	4,62	—	11,76	—	3,67	—	11,76
Altre malattie generali	6,98	9,23	22,22	17,65	5—	5,50	—	11,76
	100	100	100	100	100	100	—	100

Apparato cardiovascolare

GRUPPO VI (casi osservati n. 2833)

CAUSE DI MORTE	Tipo I (normale)		Tipo II (sottopeso)		Tipo III (sovrappeso)		IMPRECISATE	
	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞
Endocardite e miocardite	25,19	28,55	19,82	27,35	29,61	24,14	7,50	29,41
Malattia arterie ed angina pectoris . .	17,66	19,78	15,32	14,80	18,72	18,22	15,—	18,30
Altre malattie del cuore	5,71	7,80	9,91	10,31	8,10	8,64	—	6,54
Aneurisma ed arteriosclerosi	9,87	15,60	8,11	14,35	11,73	19,29	10,—	17,65
Altre malattie apparato circolatorio . .	4,42	3,06	4,50	3,59	4,19	5,80	—	1,96
Paralisi cardiaca	37,15	25,21	42,34	29,60	27,65	23,91	67,50	26,14
	100	100	100	100	100	100	100	100

Apparato respiratorio

GRUPPO VII (casi osservati n. 1658)

CAUSE DI MORTE	TIPO I (normale)		TIPO II (sottopeso)		TIPO III (sovrappeso)		IMPRECISATE	
	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞
Bronchiti	5,03	5,98	8,72	8,11	6,83	4,35	5,88	1,53
Polmoniti	75,74	75,40	66,28	69,73	75,12	73,33	76,47	80,—
Pleuriti	5,92	5,52	13,95	8,11	3,90	2,90	—	4,62
Altre malattie apparato respiratorio. .	13,31	13,10	11,05	14,05	14,15	19,42	17,65	13,85
	100	100	100	100	100	100	100	100

Apparato digerente

GRUPPO VIII (casi osservati n. 1526)

CAUSE DI MORTE	TIPO I (normale)		TIPO II (sottopeso)		TIPO III (sovrappeso)		IMPRECISATE	
	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞
Ulcera stomaco e duodeno	23,76	23,04	30,58	29,63	14,08	13,39	41,67	21,05
Appendicite	25,89	19,37	23,14	26,67	21,84	16,24	8,33	18,42
Ernia	8,87	9,69	7,44	8,15	6,31	9,12	8,33	13,16
Cirrosi del fegato	18,44	23,29	6,61	10,37	30,10	38,46	16,67	39,48
Altre malattie del fegato	12,41	12,83	16,53	10,37	15,05	14,24	16,67	2,63
Altre malattie apparato digerente . .	10,63	11,78	15,70	14,81	12,62	8,55	8,33	5,26
	100	100	100	100	100	100	100	100

Uropoietici

GRUPPO IX (casi osservati n. 921)

CAUSE DI MORTE	TIPO I (normale)		TIPO II (sottopeso)		TIPO III (sovrappeso)		IMPRECISATE	
	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞	con antid. da 0 a 5	con antid. da 5 ad ∞
Nefriti	90,69	85,65	90,48	77,94	89,43	87,59	100	84,78
Calcolosi delle vie urinarie	5,43	6,09	7,14	13,24	5,69	5,11	—	8,70
Malattia della vescica uretra e prost. .	3,10	8,26	2,38	8,82	4,88	7,30	—	6,52
Malattia organi genitali	0,78	—	—	—	—	—	—	—
	100	100	100	100	100	100	100	100

I risultati compendiatî nella soprastante tabella non sono tali, per l'esiguo materiale a disposizione, da fare dedurre conclusioni definitive e perciò mi limiterò solo ad alcuni confronti che fra i dati concernenti i tre tipi costituzionali mi sembrano più significativi.

A parte però il fatto della esiguità del materiale a mia disposizione, ritengo che, per la suddivisione da me fatta in morti prima e dopo i cinque anni dall'ingresso in assicurazione, tali dati abbiano, specie nella categoria dei deceduti nei primi cinque anni dalla rilevazione delle misure somatiche, una certa validità, inquantochè, come sopra ho detto, per essi è presumibilmente da escludere che la costituzione sia variata sensibilmente.

Non mi risulta che gli altri Autori abbiano tenuto questo procedimento ed anche Dublin, Winternitz e Smolensky nelle loro ricerche come pure negli studi fatti sugli assicurati dalla Riunione Adriatica di Sicurtà, fecero astrazione dal criterio di suddivisione da me adottato e non si considerò affatto il tempo trascorso dalla data d'ingresso in assicurazione.

Nonostante, come ho detto, l'esiguità di materiale in esame, nonostante la suddetta divisione frazionante ancor più i casi disponibili, risulta evidente però, dalle tabelle sopra riportate, in un confronto delle frequenze relative delle singole cause di morte fra i tre tipi costituzionali considerati, come un maggior contributo sia portato dai sovrappesi alla morte per diabete nel gruppo delle malattie reumatiche e della nutrizione, alla morte per cirrosi epatica nel gruppo delle malattie dell'apparato digerente ed alla morte per emorragia cerebrale nel gruppo delle malattie del sistema nervoso.

I sottopesi invece porterebbero un maggior contributo, sempre relativa-

mente agli altri tipi costituzionali, alla morte per Tbc polmonare nel gruppo delle malattie infettive, alla morte per pleuriti nel gruppo delle malattie dell'apparato respiratorio, alla morte per ulcera gastrica e duodenale nel gruppo delle malattie dell'apparato digerente ed alla morte per demenza precoce nel gruppo delle malattie del sistema nervoso.

I dati da me riportati ritengo che non siano in contraddizione con i dati di altri autori che hanno lavorato sullo stesso argomento nel campo dell'assicurazione vita; d'altra parte è nota, fra i tre tipi costituzionali, la maggior mortalità dei sovrappesi e dei brevilinei per diabete, per cirrosi epatica e per emorragia cerebrale mentre è nota la tendenza al sottopeso, o meglio alla longilinearità, degli effetti da ulcera gastrica e duodenale, da pleuriti e da schizofrenia a proposito della quale ultima malattia la ricerche di Kretschmer fanno notare una struttura più o meno lunga.

Ritengo che sarebbe da curarsi, da parte di noi medici di assicurazione vita, che tali ricerche fossero estese ad un materiale più abbondante e che fossero indirizzate allo studio dell'eliminazione in funzione del tempo di un forte gruppo di individui giovani di cui è nota la costituzione. A questi studi senza dubbio i medici di assicurazione vita potrebbero contribuire in non piccola misura in vista anche del fatto che in un prossimo futuro sarà possibile, attraverso i dati somatici rilevati sugli assicurati dall'I.N.A. usufruenti le provvidenze sanitarie, seguire l'eventuale variazione della costituzione dei singoli soggetti ammettendo, non essendo possibili ricerche sulla funzionalità dei vari organi ed in particolar modo del sistema endocrino simpatico, che i dati somatici siano sufficienti a determinare con esattezza la costituzione individuale.

DALLE RIVISTE CHE RICEVIAMO IN CAMBIO

Annali di Medicina Navale e Coloniale, Gennaio
Febbraio 1939, Roma.

LO SCHIAVO, *Ricerche sulla valutazione costituzionale militare con i due quozienti biometrici del Pede*.

L'A. dopo aver segnalato l'importanza dello studio costituzionalistico per il medico militare e la continua ricerca di indici di robustezza ha preso in esame i quozienti biometrici statura: peso e statura: perimetro toracico medio suggeriti dal Pede per la valutazione costituzionale e conclude, in base alle sue ricerche, che tali quozienti sono risultati esatti in un grande numero di osservazioni anche quando esistevano notevoli differenze razziali.

L'Assistenza Sociale, N. 2, 1939, Roma.

DE BIASE, *Riflessi sociali ed assicurativi dell'ernia*.

Dopo una citazione di dati statistici sulla percentuale dei sofferenti di ernia, l'A. espone le opinioni degli infortunati sulle ernie in dipendenza da infortuni e propone una bonifica integrale di questi lavoratori sofferenti mediante l'intervento e il contributo dei vari Istituti preposti alla tutela della salute dei lavoratori.

L'Assistenza Sociale Agricola, Gennaio-Febbraio 1939, Roma.

LORIGA, *Casa rurale o borgata rurale?*

L'A. esamina gli aspetti della questione rilevando che i risultati della indagine sulle case rurali pubblicate nel 1934 dall'Istituto Centrale di Statistica hanno di nuovo sollevato l'annoso problema della abitazione del contadino. Discute quindi i danni che l'isolamento nelle case apporta ai lavoratori dei campi e afferma che il principio di legare il contadino alla terra non deve significare segregazione dal consorzio civile.

L'Assistenza Sociale Agricola, n. 3-4, 1939, Roma.

CAMPESE, *La prevenzione degli infortuni agricoli*.

L'A. fornisce delle cifre molto interessanti e significative che dimostrano l'importanza

grandissima dell'opera di prevenzione degli infortuni agricoli.

Nel settore agricolo gli infortuni in un anno si aggirano sui 93.000, con 2.000 morti, 21.000 permanentemente inabili e 70.000 temporaneamente inabili. Queste cifre non comprendono gli infortuni che si verificano presso macchine agricole o nelle occupazioni che offrono maggiore pericolosità di quella comuni, ma si riferiscono solo ai lavori comuni e abituali. Una quarta parte del totale degli infortuni colpisce individui tra i 23 e i 34 anni ed il 30 % si verifica tra i lavoratori avventizi.

Nella raccolta dei prodotti si verifica il 20 % degli infortuni; nell'allevamento custodia e governo degli animali circa il 14 %; nella floricultura, orticultura, o cultura legnose circa il 12 %; nel trasporto dei prodotti l'11 %; nella preparazione culturale del terreno circa il 9 %.

Il 44 % dipende da ferite e punture; il 25 % da contusioni; il 12 % da fratture.

Gli infortuni « in itinere » cioè quelli che si verificano mentre il lavoratore, ancora assonnato, si reca al lavoro o, stanco, ritorna a domicilio sono numerosissimi.

L'A. in base a queste cifre mette in rilievo l'importanza della propaganda prevenzionale mirante a creare una « coscienza anti infortunistica ».

Athena, Febbraio 1939, Roma.

DE CANDIA, *Le perivisceriti croniche plastiche primitive giovanili*.

L'A. precisa il concetto delle forme morbose studiate, ne traccia la sintomatologia, si sofferma sulla patogenesi accennando infine alla cura.

REDI, *Considerazione su 150 operati per cancro dello stomaco*.

L'O. riporta i risultati operatori operatori di 150 casi operati per cancro dello stomaco con atto operatorio esplorativo, paliativo o demolitivo a seconda delle circostanze. Gli interventi paliativi (g.e.a.) spesso consentono una sopravvivenza di circa due anni e gli interventi demolitivi dettero una sopravvivenza del 55 % dopo un anno, del 30 % dopo il 2° anno,

del 12% dopo il 3° anno, del 3% dopo il 4° anno.

L'Ò. conclude che è possibile notare un certo progresso nei risultati lontani della cura radicale del carcinoma gastrico.

Atti e Memorie della Società Lombarda di Medicina, 13 gennaio 1939, Milano.

ZUBIANI e GALLONE, *Sulla diagnosi differenziale delle granulie polmonari croniche (considerazioni radiologiche ed anatomiche)*.

Gli AA. prospettano le difficoltà diagnostiche differenziali di alcune sindromi cardiorespiratorie ad andamento cronico e rilevano che di fronte a queste difficoltà l'esame radiologico non sempre è in grado di risolvere il problema.

Riportano e illustrano un caso in cui queste difficoltà erano presenti.

CASTELLI, *Alcune sindromi polmonari simultanti la tubercolosi*.

L'A. riporta alcuni casi in cui la diagnosi di Tbc. polmonare posta in primo tempo si è poi dimostrata errata. In un caso si trattava di ascesso, in un altro di pneumoconiosi, nel terzo di bronchiectasia e nel quarto di bronchiectasie policistiche dei lobi superiori.

Bollettino di segnalazioni, n. 1-2, 1939, Roma.

CIANETTI, *Tappe della mutualità - Il nuovo Statuto-tipo*.

Viene riprodotto un articolo apparso sul « Lavoro fascista » riflettente la nuova tappa raggiunta dalla mutualità fascista.

Critica medica sociale, n. 3, Marzo 1939, Roma.

TROPEANO, *Igiene della mente e dello spirito nell'indirizzo sociale della medicina*.

L'A. propone, dopo aver illustrato l'importanza dell'argomento che la classe sanitaria solleciti i poteri costituiti perchè tutti i consultori statali, parastatali, pubblici e privati siano coordinati secondo un indirizzo d'igiene e di medicina sociale per tutte le visite preventive, gli interventi terapeutici e la propaganda igienico-sanitaria che la politica nazionale richiede.

La chirurgia plastica, Fasc. I°, 1939, Roma.

MAZZI, *Le blefaroplastiche*.

USAI-GALLARDO, *Un caso di asimmetria cicatriziale del viso*.

La chirurgia plastica, aprile-giugno 1939, Roma.

KUNSTLER, *Considerazioni su alcuni casi di chirurgia plastica*.

L'A. riferisce su alcuni interventi personali in chirurgia plastica, accenna all'importanza sociale di questa branca della chirurgia e si sofferma su alcuni accorgimenti di tecnica.

BIOGLIO, *Il radium nel campo della chirurgia estetica*.

L'A. tratta delle applicazioni del radium nel campo dell'estetica.

La cultura medica moderna, Marzo, 1939, Palermo

PAVONE, *L'alcolizzazione degli splancnici nella tromboangiite obliterante*.

Difesa sociale, N° 2 1939, Roma.

RACIOPPI, *La valutazione dell'efficienza cardiaca nei cardiopatici sottoposti alle cure termali*.

L'A. ha studiato, in soggetti con vizi valvolari organici da pregressa endocardite reumatica e con ipertensione arteriosa sottoposti a cure termali, le variazioni dell'efficienza cardiaca mediante le prove funzionali. Egli ritiene che la lutoterapia non determina, come può essere pensato, peggioramento delle condizioni cardiache. Dalle fangature e dalle grotte i cardiopatici si giovano purchè compensati.

DI PRISCO, *L'orientamento professionale a tipo selettivo dei fanciulli minorati quale mezzo di prevenzione di precoce invalidità*.

L'A. ha osservato in base allo studio di 3000 casi che gli individui affetti da alcune minorazioni di carattere somatico-funzionale fin dall'infanzia, e addetti a lavori controindicati dalle proprie abitudini fisiche, divengono tutti invalidi dal 40° al 50° anno. Considera l'importanza della rieducazione professionale per prolungare in questi soggetti la vita lavorativa ed esamina gli aspetti del problema.

L'Educazione fisico-psichica, Marzo 1939, Milano.

MAGNOCAVALLO, *Ambidestrisimo*.

Si esamina il problema dell'educazione del fanciullo a servirsi dell'una e dell'altra mano indifferentemente.

Fisiologia e Medicina, Marzo 1939, Roma.

BELLUSCI, *Esame funzionale dell'apparato respiratorio mediante la tecnica radiologica.*

L'A. passa in rassegna le varie tecniche di esplorazioni radiologica della laringe e del tubo aggiunto e riferisce sui più importanti risultati fino ad oggi ottenuti dallo studio della posizione e dei movimenti di questi organi durante l'emissione dei diversi suoni.

L'Infermiera italiana, N° 1, 1939, Roma.

ALESSANDRINI, *Problemi dietetici nella pratica assistenziale.*

Viene messa in rilievo l'utilità della formazione di infermiere dietetiche che insieme con le nozioni igieniche posseggano anche nozioni di dietetica e viene prospettata l'importanza della dieta dal punto di vista qualitativo e quantitativo.

Il maglio, 3 Maggio 1939, Torino.

ROSSI, *Prevenire le malattie.*

Id., 10 maggio 1939, Torino.

La previdenza impiegatizia secondo la nuova legge. La riforma della previdenza sociale.

Il vetro, n. 3, 1939, Roma.

Scuole di ieri e oggi.

Viene presentato un confronto tra le vecchie scuole e quelle moderne nelle quali il campo dell'architettura è vastissimo.

Lotta contro la tubercolosi, Febbraio 1939 Roma.

BOCCHETTI, *La tomografia nella pratica fisiologica.*

L'A., dopo aver dimostrato l'insufficienza del comune esame radiologico, descrive il nuovo metodo tomografico nato in Italia per opera di Vallebona. Illustra la tecnica e le applicazioni del metodo e passa in rassegna le numerose evenienze nelle quali, l'esame stetoacustico e radiologico comune essendo insufficienti, con l'esame tomografico si può precisare meglio la diagnosi.

La Medicina del Lavoro, N° 3, 1939, Milano.

MASSIONE e ANTONIOLI, *L'indice di bromo ed il rapporto fosforo-urea nell'affaticamento muscolare.*

Gli AA. concludono in base alle loro ricerche che l'indice di bromo rivela abbastanza

bene lo stato di affaticamento muscolare e che il rapporto fosforo-urea non può essere accettato come un testo chimico della fatica.

Le Monde médical, Marzo 1939, Milano.

LEGUEU, *I traumatismi del rene dal punto di vista medico-legale.*

Notiziario di diagnostica a Terapia, N° 1-2-3, 1939, Milano.

TRIFIGLIO RINOLDI, *Sommario semeiotico clinico.*

E' un riassunto schematico di fisiologia, patologia, semeiotica, clinica che si pubblica a puntate.

Rivista dell'Assistenza, n. 3 1939, Roma.

MAGNI, *Importanza del seno muliebre per la bonifica umana e l'ortogenesi della razza.*

Viene trattata l'importanza dell'allattamento materno nel quadro della difesa della razza.

Rassegna Clinico-scientifica, Aprile 1939, Milano.

VILLA, *Riflessi sociali delle malattie reumatiche.*

L'A. pone in particolare rilievo l'immenso danno che arreca il reumatismo infettivo, prospetta alcuni mezzi per combattere la malattia auspicando fervore e successo nella lotta contro questa grave infermità.

Il problema alimentare, Fasc. IV° Anno II Roma.

VENESIA, *L'acido ascorbico (vitamina C) e il suo comportamento nell'uva e nel vino.*

L'A. ha ricercato il contenuto in acido ascorbico in 30 varietà di uva da mensa tanto nel succo quanto nelle bucce riscontrandolo in quantità maggiore nelle bucce. Tale fattore biologico passa in parte nei vini dove permane integralmente per un periodo di tre mesi.

Rivista del lavoro, Marzo 1939, Roma.

VIROMINI, *In tema di coordinamento dell'assistenza.*

MAURELLI, *L'igiene e la sicurezza nell'industria del vetro.*

Rassegna di clinica terapia e scienze affini, Fascicolo 1° 1939, Roma.

DE BARBIERI, *Su di un fattore iperglicemizzante duodeno-digiunale.*

L'Autore ha estratto dalla mucosa duodeno-digiunale una sostanza capace di determinare immediatamente una iperglicemia intensa e prolungata accompagnata da glicosuria.

Rassegna di Medicina Industriale, Gennaio 1939, Roma.

CASTROVILLI, *La tossicità dei carburanti e dei gas di scappamento degli automezzi alimentati con benzina, nafta, gas di legno e di metano.*

L'Autore conclude che il gas metano preferito fra i carburanti succedanei nella lotta per l'autarchia presenta dei vantaggi anche dal punto di vista dell'igiene e della patologia del lavoro. Indica opportuni mezzi di prevenzione della intossicazione da prodotti da combustione e da gas di scappamento.

Rassegna Sociale dell'Africa Italiana, Gennaio 1939, Roma.

GIUNTA, *L'opera sanitaria della M.V.S.N. nell'A.O.I.*

Rivista dell'assistenza, n. 1, 1939, Roma.

SALJA, *La scelta del mestiere e della professione alla luce delle qualità fisico-psichiche individuali.*

L'Autore tratta dell'orientamento professionale inteso come una nuova forma assistenziale nell'aspetto sociale e come mezzo di migliore ripartizione del lavoro nell'aspetto economico.

Id., aprile 1939, Roma.

MAISANI, *La difesa della razza nella scuola.*

L'A. passando in rassegna la serie di provvidenze savie e geniali che il Regime va adottando si sofferma sul problema razzista di recente affrontato, e considera la scuola nelle sue finalità igieniche ed educative.

Rivista del lavoro Commerciale, Marzo 1939, Roma.

LAMA, *Scuola politica e scuola del lavoro.*

Rivista di Terapia moderna e di Medicina pratica n. 5, 1939, Milano.

Questa fascicolo è dedicato al problema dell'autarchia nel campo dei farmaci e delle industrie idrologiche.

La settimana medica, Marzo 1939, Palermo.

FONTANA, *La prevenzione e la diagnosi precoce delle lesioni tubercolari in regime assicurativo.*

L'Autore esamina il problema inerente alla prevenzione della tubercolosi e fa risaltare particolarmente l'importanza di quella attività assistenziale che impedisce nei limiti del possibile ad un infetto di divenire malato.

Tale attività si riassume in due parole: sorveglianza ed assistenza.

BONGINI, *Uricemia ed uricuria negli ipertesi renali. Il carico di acido urico come prova funzionale per il rene.*

L'Autore in nove casi d'ipertensione renale ha messo in evidenza una ritenzione uricemica con corrispondente deficit della eliminazione uricurica.

Conferma l'utilità della prova di carico con acido urico come mezzo esplorativo precoce di deficienza iniziale o latente della funzionalità renale.

La stomatologia italiana, Febbraio 1939, Roma.

MELA, *Dall'ortodenzia all'ortopedia mascellare funzionale.*

La medicina internazionale, aprile 1939, Milano.

IZAR, *Epatonefrosi acuta da avvelenamento da apiolo a scopo abortivo.*

L'A. in questa lezione illustra un caso di cui al titolo venuto a morte e ne mette in rilievo sia l'interesse clinico che l'interesse sociale perchè dimostra i pericoli cui inconsciamente vanno incontro quelle donne che cercano di interrompere la gravidanza con mezzi farmaceutici.

Semeiotica di medicina delle Assicurazioni Vita

PER LA DIAGNOSI DI EMATURIA

Dott. MARCELLO BIASIOTTI

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

La presenza di sangue nelle urine costituisce sempre un dato di grande importanza clinica potendo essere sintomo sia di svariate lesioni locali dell'apparato urinario che di malattie infettive, malattie emorragipare del sangue, malattie del fegato, ecc.

In medicina delle assicurazioni vita il reperto di una ematuria ha una importanza ancora più grande perchè può costituire l'unico sintomo di una affezione morbosa dell'apparato urogenitale e permetterci di svelare l'esistenza di una grave malattia che, per il fatto di essere nello stadio iniziale od in periodo di silenzio sintomatologico, potrebbe sfuggire al più accurato esame obiettivo non presentando, all'infuori della ematuria, alcuna manifestazione clinicamente rivelabile. E' noto che anche nella ordinaria pratica medica per la diagnosi di talune nefropatie si possono incontrare difficoltà dovute al fatto che tali malattie presentano talora un inizio subdolo e possono decorrere per lungo tempo senza disturbi subiettivi capaci di richiamare l'attenzione dell'infermo e senza manifestazioni facilmente obbiettivabili.

Ora basta considerare che a queste difficoltà nella pratica assicurativa spesso si aggiungono quelle inerenti alla necessità di dover trarre da un unico e rapido esame tutti gli elementi utili a formulare un esatto giudizio diagnostico

e prognostico, all'ancor più scarso affidamento che si può fare sui dati anamnestici ecc. per comprendere quale valore possa assumere in medicina delle assicurazioni vita il reperto di una ematuria.

La eventuale presenza del sangue nelle urine va perciò ricercata sistematicamente con somma scrupolosità ed usando tutti gli opportuni accorgimenti di tecnica.

Data l'importanza e la vastità dell'argomento mi limito ora alla esposizione dei più comuni dettagli di tecnica necessari per l'accertamento dell'ematuria ripromettendomi di parlare più estesamente in un prossimo articolo della diagnosi differenziale e della prognosi dell'ematuria.

La presenza del sangue nelle urine può essere già macroscopicamente evidente per il colorito rosso più o meno intenso (ematurie macroscopiche) oppure essere svelata solo mediante speciali ricerche chimiche e fisiche capaci di mettere in evidenza la presenza del pigmento ematico, od in modo ancor più sicuro mediante l'esame microscopico con la dimostrazione del reperto di emazie nel sedimento urinario centrifugato.

Per « ematuria » infatti noi intendiamo la emissione di urine mescolate al sangue « in toto ».

Prima di formulare la diagnosi di ematuria dovremo perciò non limitarci

all'esame dei caratteri organolettici, ma procedere ad un completo esame chimico, fisico (spettroscopico) e microscopico delle urine tenendo presente che un'urina per poter essere chiamata ematica deve contenere tutti gli elementi del sangue e cioè: elementi corpuscolari (emazie e leucociti) elementi non corpuscolari e plasma sanguigno colle sue sostanze albuminoidee (siero albumina, ecc.) ed i pigmenti ematici (emoglobina e suoi derivati).

L'esame dei caratteri organolettici può fornirci col colore e la trasparenza solo dati presuntivi in favore della presenza di sangue nell'urina, ed ha valore solo se praticato sulle urine appena emesse.

a) *Colore.* — Se la quantità del sangue mescolato coll'urina è piccolissima l'urina conserva inalterato il suo colore normale; ma se la quantità del sangue contenuto nell'urina è sufficiente a conferire all'urina stessa il caratteristico colorito ematico, di un rosso più o meno intenso, la diagnosi di ematuria può essere fatta ad occhio nudo. Questo colorito rosso ematico varia non solo in rapporto alla quantità di sangue contenuta nell'urina ma anche in rapporto alla concentrazione dell'urina stessa, alla sua reazione ed al tempo che è trascorso tra il momento della mescolanza del sangue con l'urina ed il momento in cui è avvenuta la minzione.

L'intensità del colore rosso delle urine ematiche varia infatti a seconda del maggiore o minore contenuto in sangue; se la quantità del sangue è relativamente piccola ed è ben mescolata con l'urina questa presenterà una caratteristica colorazione rosea simile a quella assunta dall'acqua nella quale si sia lavato un pezzo di carne e perciò denominata tinta « lavatura di carne ».

Ma se la quantità di sangue è maggiore l'urina assumerà un colore rosso vivo

se osservata per trasparenza ed a luce diretta, mentre se osservata a luce incidente presenterà specie negli strati superiori uno speciale riflesso verdastro (fenomeno del dicroismo dovuto alla presenza dell'ossiemoglobina).

Se l'urina viene emessa dopo essere rimasta per lungo tempo in vescica già mescolata al sangue, presenterà una tinta brunastra che va dal rosso bruno sporco al verde nerastro e che è dovuta alla trasformazione dell'emoglobina in metaemoglobina.

Infine ricordo che sul colorito rosso ematico dell'urina, oltre alla durata della sua permanenza nelle vie urinarie, influisce sensibilmente anche il tempo trascorso tra il momento dell'emissione e quello dell'esame: da ciò deriva l'assoluta necessità di praticare l'esame delle urine subito dopo la loro emissione.

Bisogna tener presente che il solo carattere del colore rossastro simile a quello del sangue non autorizza ad ammettere senz'altro la presenza di sangue nell'urina, perchè questo colore rossastro può venir conferito all'urina, anche completamente esente da sangue « in toto », dalla sola emoglobina e da talune sostanze medicamentose.

E' a tutti nota la differenza che passa tra l'emoglobinuria, caratterizzata dalla presenza nelle urine del solo pigmento ematico (emoglobina) senza globuli rossi, che può verificarsi quando per speciali condizioni morbose si producono nell'organismo fenomeni emolitici particolarmente intensi, e l'ematuria caratterizzata invece dalla presenza nelle urine di tutti i componenti del sangue sia corpuscolati (emazie, leucociti) che non corpuscolati (plasma, pigmenti ematici).

Per quello che riguarda il colore rossastro pseudoematico conferito all'urina da talune sostanze medicamentose, ingerite per lo più a scopo terapeutico

e più raramente a scopo di simulazione, ricordo che la somministrazione di fenoltaleina, salolo, santonina, acido fenico, cascara, sulfonale, determina talora la emissione di urine di colorito rossastro. Così pure la ingestione di piramidone o di antipirina fa divenire le urine rossastre a causa della formazione di acido rubiazonico; infine la contemporanea somministrazione di senna o rabarbaro e di alcalini per l'azione di questi sull'acido crisofanico può produrre la emissione di urine colorate in rosso. Per riconoscere se il colorito rossastro è pseudoematico o realmente dovuto alla presenza di sangue basta sciogliere con acido acetico il precipitato di fosfati terrosi che si ottiene colla prova di Heller. In presenza di emoglobina il precipitato si scioglie colorandosi in rosso e poi scolora gradatamente; se invece l'urina contiene acido crisofanico derivante da senna, rabarbaro ecc. il precipitato si scioglie colorandosi in giallo e passa poi gradatamente al violetto; inoltre il colore rossastro pseudoematico conferito all'urina dal rabarbaro scompare aggiungendo qualche goccia di acido cloridrico.

Più difficilmente si potrà confondere il colore rosso dell'urina ematica con quello di urine molto ricche di urati o di urine itteriche (in quest'ultime le reazioni di Gmelin, Bonanno ecc. ci permetteranno di svelare facilmente la presenza dei pigmenti biliari).

In presenza di una urina di colorito rossastro non possiamo dunque emettere senz'altro il giudizio diagnostico di « ematuria » ma dobbiamo praticare l'esame chimico e spettroscopico per la ricerca dei pigmenti ematici e l'esame microscopico del sedimento centrifugato, anche in considerazione del fatto che si possono trovare urine ematuriche solo microscopicamente perchè a causa della troppo piccola quantità di sangue in esse

contenuta, presentano un colore del tutto normale.

b) *Aspetto*. — Le urine mescolate al sangue hanno aspetto torbido se appena emesse.

c) *Sedimento*. — Esame delle urine ematiche dopo sedimentazione spontanea: le urine ematiche, torbide al momento della emissione, se lasciate qualche tempo in riposo presentano la lenta sedimentazione di un più o meno abbondante deposito di aspetto fioccoso e di colorito rosso-brunastro, nel quale si possono rinvenire coaguli di forma diversa a seconda del luogo di origine dell'emorragia, e tutti gli elementi corpuscolati del sangue, fosfati, pus ecc.; talora il sedimento ha un aspetto mucilaginoso con strie rosso sangue. Se l'urina è appena emessa e la mescolanza del sangue con l'urina non ha ristagnato a lungo in vescica potremo vedere al di sopra del sedimento spontaneo uno strato di urina di aspetto limpido e di colore normale: questo ci permette di fare con esattezza la diagnosi di « ematuria » e non di « emoglobinuria » perchè in quest'ultima il liquido limpido, soprastante il sedimento spontaneo, presenta un colore rosso più o meno intenso a causa dell'emoglobina in esso disciolta. Insisto sul fatto che questo criterio ha valore per la diagnosi differenziale tra ematuria ed emoglobinuria solo se le urine in esame sono emesse da poco, perchè il prolungato contatto delle emazie con l'urina finisce col determinare anche nell'ematuria una perdita di emoglobina da parte delle emazie con conseguente totale colorazione rossa dell'urina.

d) *Esame chimico delle urine ematuriche*: ci rivela la presenza di albumina e di pigmenti ematici. Infatti le urine ematiche contenendo le sostanze albuminoidi

del sangue (sieroalbumina, sieroglobulina) sono sempre albuminose.

Ricordo che spesso anche le urine emoglobinuriche presentano positività delle reazioni usate per la ricerca dell'albumina.

Tra le reazioni più sensibili e più comunemente usate per la ricerca nella urina dei pigmenti ematici abbiamo:

1) *la prova della benzidina*, che si effettua nel modo seguente:

— a 5 centimetri cubici di urina si aggiungono prima 4 o 5 gocce del reattivo composto di: benzidina gr. 0,25, acido acetico al 50 % centimetri cubici 50 e poi 2 o 3 gocce di acqua ossigenata; in presenza di pigmenti ematici entro 2 minuti si ha la comparsa di una bella colorazione verde o blu;

2) *la prova del guaiaco*, che si effettua nel modo seguente:

— a 5 centimetri cubici di urina si aggiungano prima 5 gocce di acido acetico concentrato poi 5 gocce di una soluzione alcoolica al 5 % di resina di guaiaco ed infine 4 gocce di acqua ossigenata; in presenza di pigmenti ematici si ha quasi immediatamente la comparsa di una tinta azzurra.

Accenno anche alla semplice « prova di Heller » che consiste nel far bollire in una provetta una certa quantità di urina mescolata con idrato potassico o sodico nelle proporzioni di 1 a 4 (3/4 di urina e 1/4 di idrato sodico o potassico); si ottiene così la precipitazione dei fosfati terrosi (fosfati di calcio e di magnesio) ed i fiocchi del precipitato (che nelle urine normali hanno un colore bianco grigiastro) in presenza di una certa quantità di pigmenti ematici assumono un colore bruno rossiccio. E' da tener presente che anche le urine di colore rossastro pseudo-ematico dovuto all'ingestione di talune sostanze medicamentose (senna, rabarbaro, ecc.)

presentano analoga colorazione dei fiocchi del precipitato di fosfati terrosi.

Ricordo infine la reazione dell'ematina, che viene praticata raccogliendo prima sul filtro il precipitato fioccoso formatosi nella prova di Heller o il precipitato fioccoso di tannato di ematina ottenuto mediante la ebullizione di urina addizionata all'uno per cento di acido tannico, ed aggiungendo poi dell'etere. L'etere scioglie l'ematina; la soluzione eterea evaporata su un vetrino di orologio, in presenza di un cristallino di cloruro di sodio e di una goccia di acido acetico glaciale, determina la formazione dei caratteristici cristalli di emina o del Teichmann.

e) *Esame spettroscopico*: l'esame spettroscopico è molto utile per stabilire con sicurezza se la colorazione rossastra dell'urina sia o no da attribuire alla sua mescolanza col sangue, perchè basandosi sul potere di assorbimento di certi raggi luminosi da parte delle varie specie di emoglobina ci permette di riconoscere il caratteristico spettro di assorbimento della ossiemoglobina o di uno dei suoi derivati (emoglobina ridotta, metaemoglobina, ematina). Inoltre essendo l'ossiemoglobina presente solo nel sangue appena fuoriuscito dal vaso, un esame spettroscopico dell'urina praticato subito dopo la sua emissione rivelandoci l'avvenuta trasformazione dell'ossiemoglobina in uno dei suoi derivati, potrà fornirci dati molto utili per stabilire la durata della permanenza nelle vie urinarie della mescolanza sangue + urina ed il probabile luogo di origine dell'emorragia.

Osservando allo spettroscopio una urina ematica nella quale la mescolanza del sangue coll'urina sia avvenuta di recente e che contenga perciò dell'ossiemoglobina, vedremo due bande scure di assorbimento bene evidenti e situate l'una nel giallo a destra del raggio D di Fraunhofer (questa banda è la più net-

ta) e l'altra nel verde vicino al raggio E di Fraunhofer; le due bande scure di assorbimento sono separate da uno spazio luminoso giallo-verde; se l'urina contiene ossiemoglobina in quantità superiore al 7‰ le due bande scure di assorbimento si allargano tanto da confluire in una sola banda scura che occupa tutto lo spazio compreso tra le righe D ed E di Fraunhofer.

Se l'urina in esame contiene emoglobina ridotta o se all'urina contenente ossiemoglobina si aggiungono alcune gocce di solfuro di ammonio si vedrà una sola banda scura di assorbimento, larga ed a limiti indistinti, che occupa tutto lo spazio compreso tra le righe D ed E; questa banda (detta «banda di Stokes») è caratteristica dell'emoglobina ridotta.

La metaemoglobina è caratterizzata invece dalla presenza di due bande scure di assorbimento situate fra il giallo ed il verde, fra le righe D ed E, cioè allo stesso posto delle bande di assorbimento caratteristiche dello spettro dell'ossiemoglobina, dal quale si differenzia perchè possiede una caratteristica terza banda scura di assorbimento situata nel rosso arancione tra le righe C e D di Fraunhofer.

Le tre diverse specie di emoglobina possono coesistere nella stessa urina che in tal caso ci darà degli spettri misti.

I metodi chimici sopradescritti ed il metodo spettroscopico sono indubbiamente sensibili, esatti ed in grado di svelarci con certezza la presenza dei pigmenti ematici nell'urina ma presentano tutti l'inconveniente di dare gli stessi risultati positivi sia nell'ematuria che nell'emoglobinuria.

f) Per porre con assoluta certezza la diagnosi di ematuria è quindi necessario ricorrere all'esame microscopico del sedimento urinario ottenuto mediante

la centrifugazione. Infatti, come abbiamo già accennato, solo il reperto di emazie nel sedimento ci permette di svelare le ematurie microscopiche e di differenziare una ematuria da una emoglobinuria.

Credo opportuno insistere sulla assoluta necessità di praticare il più presto possibile l'esame microscopico del sedimento centrifugato sia per le alterazioni morfologiche a carico degli elementi corpuscolati del sangue che il prolungato contatto con l'urina, specie se concentrata, finisce col determinare sia perchè certe urine posseggono un potere emolitico particolarmente spiccato.

Talora basta già la sola centrifugazione dell'urina per svelare una ematuria grazie alla formazione di un piccolo deposito di aspetto ematico sul fondo della provetta da centrifuga, tal'altra invece la quantità di sangue mescolata con l'urina è tanto piccola da non essere visibile ad occhio nudo anche dopo la centrifugazione ed in tal caso solo l'esame microscopico del sedimento centrifugato può rivelare la presenza delle emazie.

Aggiungo che in talune ematurie dette «ematurie minime» la quantità di sangue contenuta nelle urine è tanto piccola da sfuggire perfino all'esame microscopico in quanto il sedimento ottenuto con una sola centrifugazione mostra solo la presenza di scarsissime emazie: in tali casi usando il metodo delle centrifugazioni sovrapposte si riesce ad arricchire il sedimento in modo da dimostrare con certezza la esistenza di una ematuria.

Se le urine sono emesse di recente e quindi il sangue in esse contenuto non ha subito alterazioni conseguenti al prolungato contatto con l'urina, i globuli rossi si riconoscono facilmente per il loro caratteristico aspetto di anellini poco rifrangenti, a doppio contorno, o

di piccoli dischi biconcavi di colorito giallastro pallido senza granulazioni e senza nuclei, meglio visibili in campo scarsamente illuminato. Le emazie possono essere isolate o riunite in ammassi o in pile o aderenti a cilindri jalini o granulosi formando i cosiddetti cilindri ematici.

Quando invece le emazie sono rimaste per qualche tempo a contatto con l'urina, e specialmente se questa è molto concentrata, possono presentare dei contorni irregolari dentellati paragonati ai ricci delle castagne (emazie spinose) e subire un raggrinzamento più o meno notevole (microciti) fino a raggiungere la metà della grandezza normale od anche presentarsi deformate assumendo la forma di globuli sferici con o senza ingrossamenti.

Il grado di concentrazione dell'urina, e la durata della permanenza in essa degli eritrociti hanno una notevole influenza sulla forma e sul colore delle emazie. Infatti nelle urine concentrate è abbastanza frequente il reperto di microciti e di emazie spinose, mentre nelle urine molto diluite si riscontrano più facilmente emazie di aspetto slavatato, con stroma scolorito e dette appunto « ombre di emazie » perchè essendo pallide e rigonfie sono appena riconoscibili per eritrociti.

Oltre al grado di concentrazione anche la reazione dell'urina influisce notevolmente sullo stato di conservazione delle emazie: infatti finchè la reazione dell'urina ematica è acida le alterazioni dei globuli rossi si limitano alla microcitosi ed all'aspetto spinoso, ma il loro caratteristico colorito giallastro pallido non si altera e quindi possono ancora venire considerate come normali.

Ma quando la reazione dell'urina ematica diventa alcalina i globuli rossi perdono il loro colorito normale giallastro e la loro caratteristica forma di

dischi biconcavi, perchè, per la scomparsa della fossetta centrale, diventano biconvessi mentre assumono ai margini una tinta brunastra che dà loro l'aspetto di un doppio contorno. Inoltre per la perdita del loro contenuto emoglobinico divengono più pallide e slavate e sono state perciò chiamate « ombre di emazie »; talora infine avviene che dal corpo dei globuli rossi si stacchi una parte della sostanza albuminoidea che li costituisce assumendo la forma di piccoli globulini.

Questi ultimi reperti sono caratteristici della emoglobinuria e ne permettono la differenziazione dalla ematuria: infatti in caso di ematuria troveremo sempre un gran numero di emazie abbastanza ben conservate, in caso di emoglobinuria troveremo assenza di emazie o rarissime emazie ben conservate ed invece ombre di emazie ed una grande quantità dei sopradescritti piccoli globulini (o granulazioni albuminoidee).

In alcuni casi possiamo trovare forme miste di emoglobinuria associata ad ematuria, nelle quali la emoglobina può trovarsi in parte disciolta nell'urina ed in parte ancora inglobata nelle emazie.

Sebbene un occhio esercitato sia abitualmente in grado di riconoscere a prima vista i globuli rossi tra i vari costituenti cellulari del sedimento urinario, ritengo utile accennare brevemente ai criteri che ci debbono guidare nella differenziazione delle emazie dagli altri elementi cellulari che possono presentarsi all'esame microscopico di un sedimento urinario in preparato umido e non colorato. I globuli rossi si differenziano facilmente dai leucociti perchè sono più piccoli, hanno un contorno rotondeggiante od ovalare, sono privi di nucleo e di granulazioni, presentano una parte centrale meno colorata, ed infine hanno un caratteristico colorito giallastro pallido; questo colorito giallastro è

senza dubbio uno dei più sicuri elementi di diagnosi.

Oltre che dai leucociti occorre differenziare le emazie da alcuni schizomiceti non patogeni che si rinvencono con una certa frequenza nelle urine anche normali. Così le sarcine urinae, più piccole delle sarcine ventriculi, non si confonderanno con le emazie perchè hanno forma di dadi arrotondati e divisi di nuovo in quattro campi più piccoli da due linee intersecantesi ad angolo retto. Inoltre le sarcine urinarie si trovano raramente isolate essendo per lo più riunite in pacchetti più grossi, simili a balle di merci. Le sarcine si trovano per lo più nelle urine con reazione alcalina ma possono trovarsi anche nelle urine con reazione neutra o con reazione acida.

Nelle urine contenenti glucosio e lasciate all'aperto per qualche tempo, possono facilmente svilupparsi dei saccaromiceti che si presentano sotto forma di cellule ovali di varie grandezze, per lo più quasi delle stesse dimensioni dei leucociti, con un nucleo eccentrico di colorito verdognolo e molto rifrangente; le cellule dei saccaromiceti sono per lo più messe in fila ma possono anche trovarsi isolate. Per differenziare le emazie dai saccaromiceti si può anche ricorrere all'aggiunta di acido acetico all'1 per cento che distrugge le emazie lasciando i saccaromiceti.

Nelle urine in preda alla fermentazione ammoniacale possiamo trovare grande quantità di micrococchi dell'urea che trasformano l'urea in carbonato d'ammonio.

Oltre che agli elementi cellulari sopradescritti non si confonderanno le emazie con alcuni elementi cristallini, specie coi cristalli di ossalato di calcio che sono molto rifrangenti e quindi meglio visibili con la luce forte, mentre le emazie sono poco rifrangenti e meglio

visibili con luce scarsa. Se si incontrano delle difficoltà nel riconoscimento delle emazie, per eliminare ogni dubbio è meglio ricorrere a qualche semplice tecnica di colorazione del sedimento: così aggiungendo al sedimento una goccia di soluzione acquosa di bleu di metilene vedremo che i saccaromiceti presentano il loro nucleo colorato intensamente in azzurro e gli elementi cristallini restano scolorati, mentre le emazie assumono una lieve tinta bluastra.

Recentemente Endtz ha proposto di eseguire la seguente colorazione per distinguere nel sedimento fresco gli eritrociti da elementi cellulari (miceti) aventi con loro qualche somiglianza.

Dopo la centrifugazione si decanta l'urina, ed al sedimento rimasto nel fondo della provetta si aggiunge una goccia di colorante e si agita con forza; se il sedimento è molto abbondante è bene porre una goccia del sedimento su un portaoggetti, aggiungere due gocce del colorante e mescolare bene. Il colorante consigliato è composto da: 1 cmc. di soluzione alcoolica all'1 % di benzidina Merk- 2 cmc. di acqua distillata acidulata (acqua distillata cc. 50 + acido acetico diluito al 6 % cmc. 10), 5 gocce di acqua ossigenata e 9 cmc. di acqua distillata. Con questa colorazione a fresco gli elementi cellulari non appartenenti al sangue, (miceti) non si colorano mentre gli eritrociti assumono una uniforme colorazione azzurra ed i leucociti presentano più colorati il nucleo ed una intensa granulazione. Per differenziare più agevolmente gli eritrociti dai leucociti lo stesso autore consiglia i seguenti reattivi: acqua ossigenata gocce 3 - acido acetico all'1 % cmc. 5,5 - acqua distillata cc. 5. Con tale colorazione le emazie vengono appena colorate mentre i leucociti presentano una intensa colorazione dei nuclei.

Varie**RAZZA E COSTITUZIONE**

La recente conquista dell'Impero e la necessità subito sentita dallo Stato del popolamento dei nuovi territori da parte degli Italiani ha imposto una serie di problemi igienici e sanitari dei quali ritengo che anche noi, medici di assicurazione vita, non possiamo disinteressarci data la necessità della Previdenza assicurativa sentita dai nostri lavoratori là destinati e dalle Aziende presso cui essi sono occupati e data la certezza che, in un prossimo avvenire, tale previdenza possa andare diffondendosi anche fra le classi meno abbienti degli indigeni sudditi dell'Impero d'Italia.

Non intendo, in questo breve articolo, fare un'esposizione dettagliata della questione che troppo vasto e complesso è l'argomento, ma solo intendo dare un'idea, in modo strettamente obiettivo, delle vedute più moderne sui rapporti che legano la razza alla costituzione, la razza alle predisposizioni morbose affinché noi medici di assicurazione si possa, nella selezione e valutazione dei rischi, tener presente l'importanza dei due elementi razza e costituzione nel determinare una maggiore o minore facilità, per gli individui della stessa razza, di razze diverse o ibridi, a contrarre forme morbose diverse e di conseguenza attribuire la dovuta importanza a questi elementi in un giudizio prognostico.

Accennerò pure fra l'altro, per l'importanza che attualmente e giustamente si dà al problema demografico, problema su cui s'impenna oltre la forza il benessere economico delle Nazioni, alle moderne vedute sulla fecondità degli ibridi ed alle moderne vedute sui caratteri qualitativi, vale a dire alla validità fisica e psichica, dei prodotti d'incroci razziali.

In questo mio articolo cercherò di dare

uno sguardo generale di insieme per varie razze che popolano la terra sembrandomi ciò degno del nostro interesse.

Una domanda che per prima si presenta alla mente del Medico è quella se agli agenti esterni in linea generale ed ai fattori morbosi in modo particolare possano contrapporsi condizioni tali dell'organismo da assicurare ad esso la più valida resistenza e se gli effetti della selezione naturale si facciano sentire sia sui caratteri qualitativi che quantitativi.

Sappiamo quanta importanza rivesta la costituzione nei riguardi della maggiore o minore recettività verso diverse malattie, costituzione intesa, oltre che nel senso morfologico, nel senso dinamico umorale e neuro psichico e da cui risulta la personalità individuale sia dal punto di vista fisiologico che medico.

I. Bauer nel suo trattato: « Vorlesungen über allgemein Konstitution und Vererbungslehre » scrive che dal fatto stesso del non rassomigliarsi i singoli organismi in modo completo nelle condizioni di salute c'è da aspettarsi che le forme morbose a cui questi organismi vanno più facilmente soggette, che possono essere in dipendenza dei medesimi agenti causali sia endogeni che esogeni, non si rassomiglino.

L'azione della selezione naturale, aggan- ciando il concetto di razza con il concetto di costituzione, porterebbe ad una graduale selezione della razza nella specie la quale, per l'azione dei fattori ambientali, del clima, della qualità di alimentazione e per le relazioni fra razza ed ereditarietà e costituzione ed eredità progredirebbe di generazione in generazione portando un miglioramento nelle qualità individuali di fronte alle condizioni ambientali.

Secondo questi principî la selezione naturale verrebbe a costituire un vantaggio per il miglioramento della specie mentre, e questo secondo i biologi razzisti, i miscugli di razza, opponendosi a questo meccanismo selettivo, porterebbero alla creazione di soggetti minorati nella resistenza di fronte alle malattie inquantochè nel meticcio verrebbero ad unirsi i risultati di orientamenti diversi nei processi selettivi durante i quali si formano i complessi di eredità fisiche e psichiche che spezzate si ricomporrebbero nel meticcio in modo però non concordante.

Tale concezione riportata dal Günther nel suo libro: « Die Rassenkunde des deutschen Volkes » mette in evidenza come selezione e controselezione possano essere pensate, ammettendo rapporti fra costituzione e ghiandole a secrezione interna, come i risultati di un congegno di natura essenzialmente ormonica. Solo dopo che il Pende ebbe dimostrato tali rapporti il Paulsen e Sir Arthur Kait supposero che la diversa funzionalità di una ghiandola endocrina fosse il movente delle diverse particolarità esistenti nelle varie razze umane.

Iens Paulsen ritiene i caratteri di razza « come i segni di variabili combinazioni delle attività delle ghiandole endocrine », combinazioni che essendo ereditarie portano con sè l'ereditarietà dei caratteri razziali e, per i noti rapporti fra funzionalità delle ghiandole endocrine e costituzione, anche dei caratteri individuali.

Secondo le moderne vedute i mongolici sarebbero per esempio degli ipotiroidei, gli australiani ed i melanesiani e parte dei bianchi degli iperipituitarici, mentre i negri sarebbero iperipituitarici ed ipersurrenali.

Secondo W. Pfuhl dal diverso equilibrio ormonico dipenderebbe pure la costituzione speciale propria ad ogni razza per cui negli incroci fra individui di razze diverse verrebbero a fondersi proprietà ormoniche diverse originando mixo-costituzioni; si spiega così la ragione per cui da tali unioni possano originare, nel caso di una disarmonia di tali miscele, molte anomalie costituzionali.

Nell'ambito stesso delle razze europee Stern Piper ravvicina i tre tipi costituzio-

nali di Kretschmer vale a dire l'astenico (longilineo), l'atletico (muscoloso) ed il pìcnico (brevilineo pletorico) rispettivamente ad un gruppo di razza nordica, alla razza dinarica ed alla razza alpina.

Il Pfuhl, dal canto suo, non riferisce ad un tipo di razza normale l'abito astenico ritenendolo una forma costituzionale degenerativa e non una derivazione della razza nordica; ritiene i brachitipi appartenere alla razza alpina mentre nei longitipi scarta la categoria degli astenici per quanto sopra ho detto.

Egli distingue tra questi longitipi tre categorie di cui l'una di alta statura a cui egli ritiene corrispondere la razza nordica, una di bassa statura a cui egli attribuisce corrispondere la razza mediterranea, una che pensa costituita dagli individui di alta statura ma di corporatura grossa e che ritiene corrispondere alla razza dinarica.

L'opinione però che fa dipendere le costituzioni individuali da fattori ereditari di razza per cui tutti gli individui di una medesima razza, salvo idio variazioni accidentali, si somiglierebbero perfettamente, non è condivisa da tutti inquantochè si obietta che tali Autori hanno « dimenticato di inserire nel problema del tipo di razza la legge universale della variabilità individuale, che si manifesta ugualmente nelle razze pure, che si risolve nelle variazioni morfologiche delle quali resta a conoscersi il rapporto col preteso abitus fondamentale della razza ».

Ci possiamo domandare se, dove e come si possa delimitare il tipo di razza in mezzo ad un gruppo di individui appartenenti allo stesso nucleo demografico variabili fra loro per qualsiasi carattere misurabile; se tale tipo di razza possa ritrovarsi in tutti gli individui del nucleo demografico considerato mediante i caratteri comuni propri a questi stessi individui oppure se tale tipo di razza scaturisca dalla media aritmetica dei caratteri quantitativi dei singoli soggetti o se invece tale tipo sia il tipo che più o meno bene determinato venga a prevalere nel numero.

Parrebbe logico pensare che se, in un determinato aggruppamento di individui tra

loro somiglianti, i caratteri quantitativi si distribuiscono secondo la legge esponenziale, verrebbe ad essere provata la loro omogeneità razziale ed in tal modo le medie dei vari caratteri suscettibili di misura verrebbero a delimitare il campione astratto ed ideale di razza.

Però è provato ormai che la distribuzione secondo la curva normale non è, per questa condizione, necessaria e sufficiente a tale fine d'onde ne scaturisce che la media subiettiva tipica e la dottrina dell'uomo medio non sono sufficienti a definire la razza o la specie.

Dobbiamo dire a tale proposito che, dato che i tipi longilinei e brevilinei che possono essere considerati come i due estremi varianti dal tipo medio di una popolazione « si trovano in tutte le razze umane e in tutte le nazioni, mentre alcune razze o gruppi dimostrano in grande maggioranza un tipo e soltanto pochi esemplari dell'altro tipo è solo in quest'ultimo senso, vale a dire della prevalenza di un tipo nei confronti di un altro, che in generale si può dire che una razza è del tipo lineare e un'altra è del tipo laterale » (Stockard).

Lo stesso autore ed anche R. B. Bean fanno rilevare che i longilinei sono prevalenti nelle località marine costiere mentre i brachitipi sono prevalenti nell'interno dei continenti, fatti questi dovuti rispettivamente ad una maggiore o minore eccitazione della funzione tiroidea per l'abbondanza o meno di iodio che in alcuni tipi di clima si verifica.

Secondo Bean inoltre le estreme brachitipie si troverebbero solo nei paesi artici e tropicali mentre gli europei, abitanti a latitudini intermedie, sarebbero da considerare come intermedi tra la estrema brachitipia e l'estrema longitipia di tutta l'umanità nel suo complesso.

Dobbiamo riconoscere questa affermazione come un po' spinta e cosa migliore, come fanno gli autori americani, intendere per tipo di razza il tipo che prevale numericamente inquantochè le rilevazioni statistiche stanno a dimostrare che i tipi lunghi e larghi si trovano in tutti i gruppi etnici.

Lo Stockard dal canto suo, considerando

il variare dei tipi col variare delle condizioni sociali e dei climi, esprime l'opinione che i tipi siano « più largamente il risultato degli effetti sull'accrescimento delle circostanze esterne piuttosto che delle differenze ereditarie e di razza », vale a dire che la presenza in un nucleo demografico di costituzioni opposte sia un fenomeno, qualunque ne sia l'origine, assolutamente indipendente dalla razza. A tale opinione, condivisa pure da Weidenreich, da Bean e forse anche dal Pende, si contrappone l'opinione che la presenza di costituzioni opposte in un nucleo demografico sia da ascrivere a mistioni razziali più o meno antiche oppure, come vuole il Viola, sia da considerarsi « un fatto primario governato dalla legge generale dell'antagonismo morfologico ponderale sul quale si innesterebbero le differenze razziali, da considerare come un prodotto dell'ambiente » (Boldrini).

Pfuhl chiama la costituzione della razza « idiocostituzione ».

Maier Hofer ritiene che le 4 razze umane del Gunther corrispondano ai 4 tipi costituzionali del Sigaud mentre il Sofer e lo Stern Piper « pensano che l'appartenenza al tipo leptosoma si fondi sopra un substrato di razza nordica ».

Non tutti gli autori però riuniscono il concetto di razza al concetto di costituzione e fra questi in modo particolare l'Henken ed il Von Rhoden.

L'Hildebrand dal canto suo ritiene che fenotipo e reattività siano da ricondurre alla personalità ghiandola contrariamente a quanto pensa Von Rhoden per cui mentre la razza caratterizza l'aspetto esterno la costituzione invece caratterizza la reattività.

L'Hildebrand stesso dice (da Gedda): « partendo dalla mia definizione della razza (la razza è una legge interna ereditaria ed in particolare un equilibrio ereditario delle secrezioni interne) non vi è che un passo per affermare: la razza è la costituzione ormonale. Identificando la differenza di razza colla costituzione ormonale veniamo ad acquistare un metodo di studio che connette la scienza delle differenze antropologiche con quella delle differenze dal punto di vista medico ».

Dato l'equilibrio endocrino perfetto che si vorrebbe da questi biologi nell'ambito di ciascuna razza, equilibrio caratterizzante nel modo più specifico la razza stessa e che sarebbe ereditario, si capisce perfettamente la ragione per cui ai sostenitori di tali teorie ogni miscuglio razziale verrebbe a creare degli esseri predisposti alle più svariate condizioni morbose per un turbamento nel normale equilibrio endocrino.

Riporto a tal proposito il pensiero di alcuni autori quali il Lundborg ed altri da me tratto, come altri pensieri, dall'articolo « Razza e Costituzione » di Luigi Gedda. Il Lundborg infatti si esprime a tal proposito così: « Negli individui di razza relativamente pura sembra esistere per lo più fra le ghiandole endocrine una specie di equilibrio, una cooperazione armonica che si manifesta in un regolare sviluppo dei caratteri fisici e psichici. Nei miscugli questo equilibrio viene turbato e da qui hanno potuto derivare le disarmonie fisiche e psichiche osservate spesso nei bastardi ».

I. Mijon da parte sua dice: « Se si pensa quale intima connessione esiste fra i processi fisici e psichici, fra la costituzione ereditaria di un individuo ed il suo abito psichico... si vede chiaramente il pericolo che un incrocio infelice fra le razze dei genitori alteri le capacità funzionali delle ghiandole e la loro cooperazione ».

Da queste miscele di razza sorgerebbero così le mixocostituzioni che possono essere disarmoniche nel senso di un turbamento del normale equilibrio ormonico per cui si presenterebbero in esse molte anomalie costituzionali.

Anche la biologia generale ci insegna che talora, mentre l'esogamia fino ad un certo punto facilita lo sviluppo della fecondità della prole, l'incrocio di due razze tra loro differenti per numero di cromosomi e perciò appartenenti a dei tipi molto diversi può portare alla sterilità, argomento questo su cui in seguito mi soffermerò più a lungo.

La condizione intermedia dei caratteri che si produce negli incroci può talora essere indifferente ma talora essere nociva, come per esempio il colore chiaro dei mulatti che vivono nei tropici costituisce un

elemento di svantaggio di fronte al color nero della pelle dei negri.

Anche per quanto riguarda lo sviluppo mentale, su cui più oltre mi soffermerò, uno studio di Davenport dimostra che i mulatti tengono una posizione intermedia tra i bianchi ed i negri. La minore costanza pure della relazione armonica fra la lunghezza delle gambe e la lunghezza del braccio nei mulatti rispetto alle razze progenitrici può condurre ad imbarazzi fisiologici.

Argomento molto discusso e studiato e di somma importanza e su cui sembra il caso di insistere è quello inerente alla mescolanza di razze e dati patologici.

Incominciando dalla fecondità, argomento importante e su cui mi tratterò brevemente, Boldrini riporta che Tillingharts ritiene piccola la fecondità dei mulatti e degli incroci di europei con giavani mentre anche per altri autori sembrerebbe scarsa la fecondità degli Amburghesi incrociati con creole in confronto alla fecondità dei loro fratelli e cugini che si sono coniugati con donne tedesche.

Pure la fecondità fra Cristiani ed Ebrei è bassa, dato questo presentante per alcuni minor valore non potendo escludere l'intervento di fattori psicologici e sociali.

Davenport invece, in una sua relazione, ritiene che gli incroci delle razze umane non abbiano mai per risultato una minor fecondità, però ammette che, nel regno animale in genere, l'incrocio di tipi molto diversi possa portare alla sterilità come accade nei muli; ciò in modo particolare quando le due razze differiscono per numero di cromosomi.

Chigi, in una sua relazione al secondo Congresso italiano di genetica ed eugenica, a proposito della fecondità e sterilità nell'ibridismo e nella consanguineità dice: « Possiamo immaginare la fecondità e la sterilità nei vertebrati graduate su di un anello interrotto. I due estremi si toccano: ad uno di essi troviamo la sterilità dovuta alla mancanza di affinità gametica, mancanza produttrice di eterogizoti; all'altro estremo la sterilità è la manifestazione esteriore di una mortalità embrionale prodotta da un eccesso di affinità. Sul cerchio sono

graduate le varie tappe della fecondità e del vigore corporeo che raggiungono il loro massimo sviluppo negli eterozigoti dotati di completa affinità gametica ».

Nei riguardi della fecondità dei mulatti (ciò che ci può interessare più da vicino e nello stesso tempo problema importantissimo a cui, accettando l'opinione di coloro che dalla mescolanza di bianchi e di negri vedono scaturire una razza intermedia con facoltà intellettuali inferiori alla razza bianca per l'influenza del genitore nero intellettualmente inferiore, può essere connesso fra l'altro il destino intellettuale di quei popoli colonizzatori dell'Africa e di quei popoli che come nel Sud America ruppero la mano d'opera negra), dobbiamo dire che mentre si ammette il mulatto essere scarsamente fecondo per ragioni puramente genetiche, d'altro canto i più ritengono tale fatto dovuto più che altro a fattori di educazione e di ambiente.

Bisogna riconoscere che però all'incrocio di razze diverse si oppone in genere un senso di repulsione, vale a dire una amissia psichica quale quella esistente fra bianchi e gialli e bianchi e neri, amissia psichica che verrebbe ad impedire un peggioramento della razza bianca nel primo caso sotto lo aspetto fisico, nel secondo caso l'aspetto fisico e psichico non potendo, a proposito del primo caso, essere considerati i gialli fra le razze intellettualmente inferiori.

Nella vita fetale si possono avere, per una mescolanza di razze, le forme più varie di intersessualità, di ermafroditismo e di ipogenitalismo da attribuirsi a discordanza dei geni sessuali, come a differenze di razza sono da riportare talora ostacoli nella gravidanza e distocie nel parto.

Pure la mancata proporzione tra cuore e polmoni, l'ipoplasia congenita e la stenosi aortica, il cuore a goccia e il cuore grosso vengono spiegati sia come il cuore di una razza più piccola o più grande che si è per così dire smarrito in un corpo di un'altra razza, « sia col fatto che il bastardo può ereditare i polmoni grandi del padre ed il cuore piccolo della madre » e viceversa, inquantochè, come dice l'Hildebrandt, in un suo brano riportato dal Gedda, « se le razze

s'incrociano fra di loro non accade mai che una razza prevalga o domini, i singoli caratteri di ciascuna delle razze hanno la proprietà di prevalere sui corrispondenti caratteri dell'altra razza e di determinare da soli la formazione delle nuove caratteristiche » si trasmettono le singole disposizioni più o meno indipendenti. Per lo più ogni singolo carattere è dominato solo dall'una o dall'altra razza cosicchè ne deriva una specie di mosaico ».

Sulla patologia del sistema vasale periferico pure può avere influenza l'incrocio di razze differenti. A tale proposito è da citare l'arteriosclerosi che verrebbe talora spiegata con un prematuro logoramento dovuto all'insediarsi del sistema vasale proprio di una razza a vita breve in un corpo di una razza a vita lunga.

Negli incroci razziali, ed in conseguenza di essi, si possono riscontrare l'ipertensione essenziale, la cancrena simmetrica giovanile, le malattie riferibili a ectasia generale o circoscritta del sistema venoso.

Pure da un incrocio disarmonico dipenderebbero, secondo i biologi razzisti, la precoce ossificazione delle suture e le svariate configurazioni craniche, la lussazione congenita dell'anca, l'incurvamento dello sterno, la disposizione dei denti rispetto ai mascellari, la loro durata ed altre malformazioni.

Ad una eterogeneità razziale viene dall'Hildebrandt riferito il gozzo da lui riscontrato assente nei nordici di razza pura, l'acromegalia, la distrofia adiposa genitale, il diabete, le malattie del ricambio, alcune malattie mentali, la criptorchidia e le ptosi.

Tutte queste anomalie vengono in genere ricondotte ad un miscuglio razziale per cui geni razzialmente diversi verrebbero a formare un mosaico eterogeneo per cui ne deriverebbero discordanze nei differenti tempi di maturazione dei diversi organi, discordanze di natura metabolica e di collocazione degli organi interni ecc.

In conclusione le disarmonie risultanti dalle divergenze di razza dei progenitori sarebbero da ascrivere ora alla differenza quantitativa e qualitativa degli organi, ora alla diversa rapidità con cui i tessuti si

sviluppano nei vari organi, ora alla diversa rapidità con cui i vari organi si sviluppano l'uno nei confronti dell'altro.

E' cosa nota come nei territori a popolazione mista gli individui appartenenti a razze diverse siano diversamente suscettibili alle diverse malattie.

A tale proposito è interessante lo studio del Boldrini ed Uggè « La mortalità dei missionari », in cui viene fatta una inchiesta sulle malattie più frequenti nei singoli paesi di missione. In tale opera vengono considerate le malattie a cui vanno soggetti in special modo gli europei e quelle a cui sono soggetti gli indigeni.

I risultati di questa inchiesta e di altre dimostrano che le differenze nella resistenza di fronte ai diversi agenti morbosi delle diverse razze sono tali che non possono essere spiegate completamente con la diversa assuefazione al clima tropicale caldo ed umido od alla minore esattezza nella diagnosi e nella descrizione delle cause di morte degli indigeni (vecchiaia, debolezza, febbre).

Irsch, per 100 morti di ciascuna razza, riporta il numero di morti per malaria nella popolazione di Ceylon. Allego a tal proposito il seguente prospetto riportato dal Boldrini:

Negri	1,1 %
Indiani	4,5 »
Malesi	6,7 »
Nativi di Ceylon	7,0 »
Europei	24,6 »

dal quale si può nuovamente avere la conferma della grande resistenza dei negri alla malaria.

Pure secondo Haycraft « La popolazione nera di Sierra Leone ha solo 0,24 % morti di malaria mentre la corrispondente proporzione dei coloni bianchi è del 47 %.

La seguente tabella di Carthy, che pure riporto dal Boldrini, mette a confronto la mortalità per tubercolosi polmonare negli Stati Uniti per 10.000 viventi di ciascuna razza:

Indiani	280 ‰
Negri in totale	75 »
Negri di campagna	40 »
Cinesi (grandi città)	70 »
Irlandesi a New York	65 »
Giapponesi	40 »
Scandinavi	30 »
Italiani	28 »
Americani bianchi	22 »
Ebrei polacchi	17 »

Tale prospetto mostra in modo evidente che gli Ebrei polacchi, benchè più poveri e quindi in condizioni igienico-sanitarie peggiori, dimostrano una particolare resistenza alla malattia, fatto questo da attribuirsi ad un substrato etnico; è poi noto d'altra parte che le popolazioni di razza ebraica riescono, meglio di altre razze, ad adattarsi ai differenti climi mentre rispetto alle forme tabiche, l'artritismo, l'erpetismo ecc. esse si trovano, in una situazione di inferiorità.

Gli Stati Uniti d'America, per la stessa ragione sopra esposta, offrendo condizioni favorevoli per uno studio comparato della patologia delle razze, hanno dato agio al Pearl di fare confronti sul diverso contributo che le malattie dei diversi organi danno alla mortalità presso i Negri e presso i Bianchi (da Gedda).

	Bianchi	Neri
Sistema digerente	28,50 %	20,30 %
» circolatorio	25,30 »	30,90 »
» respiratorio	14,70 »	27,60 »
» nervoso	11,50 »	9,03 »
» scheletrico	1,80 »	2,80 »
Reni	8,30 »	5,00 »
Organi sessuali	6,70 »	3,50 »
Ghiandole endocrine	2,10 »	0,65 »
Pelle	1,20 »	0,30 »

Sono pure interessanti le ricerche del Livi riguardanti le mortalità degli Ebrei e dei Cristiani di Europa e di America per malattie infettive inquantochè in tale caso

ci si trova di fronte a razze assuefatte allo stesso clima ed alle stesse condizioni igieniche sanitarie per cui le differenze riscontrate è logico siano attribuite ad un diverso substrato razziale. Da queste ricerche risalta subito, come regola generale per tutti i paesi, che gli Ebrei presentano minore mortalità in tutte le età per le malattie infettive con due sole eccezioni per la scarlattina ed una per la difterite.

A tal proposito oltre a quanto sopra è stato rilevato per gli Ebrei e per i Cristiani altre ricerche europee mettono in rilievo il fatto che la scarlattina colpisce maggiormente le popolazioni anglo-sassoni delle popolazioni latine, mentre la mortalità dei Negri per pertosse è maggiore della mortalità dei Bianchi per questa forma morbosa. Altrettanto dicasi per la tubercolosi polmonare.

Tutto quanto sopra è stato detto potrebbe far pensare che nei confronti dei diversi agenti morbosi l'appartenere ad una o ad altra razza sia un importante elemento inquantochè i dati sopra riferiti ci fanno pensare che gli agenti morbosi stessi non colpiscono a caso ma agiscono selettivamente fra gli esposti al rischio di ammalare.

Bisogna però far rilevare che in base ai dati sopra esposti e in base ad altri dati riportati dalla letteratura alcuni Autori ritengono che le vedute dei biologi razzisti non sarebbero basate ancora su dati statistici quali simili conclusioni richiederebbero e sarebbero infirmate parzialmente dal fatto che la razza pura è, secondo loro, per lo più una pura astrazione per essersi le specie umane fin dalle epoche più remote continuamente mescolate.

Le dottrine razziste incontrano, dice il Gedda, « una prima grave difficoltà nella documentazione la quale è insufficiente essendo ridotta il più delle volte a casi isolati che vengono interpretati secondo principi dei quali è ancora da dimostrare la verità », essendo il concetto di razza pura, per alcuni, una pura astrazione, inquantochè, per lo più, le varie popolazioni, non sarebbero razzialmente omogenee, come tenderebbero a dimostrarlo a tal proposito i dati per la popolazione tedesca riportati

dal Gedda dall'opera di Hans Gunther e che qui allego:

Razza nordica	circa il 50 %
» felica	» » 5 »
« dinarica	» » 15 »
» orientale	» » 20 »
» baltico orientale	» » 8 »
« baltico centrale	» » 2 »

Il concetto di razza secondo Gedda non trova « nel caso concreto un equivalente di purezza » e venendo perciò « trasportato su piani extra biologici » il termine di razza verrebbe attribuito ad un complesso storicamente omogeneo, ma che logicamente dovrebbe chiamarsi gruppo etnico od anche, da un altro punto di vista, stirpe, per cui diffondendo i principi dell'endogamia razzista non si tratterebbe, secondo alcuni Autori, di proteggere una razza pura, ma un miscuglio di razze.

Contrariamente a quanto è sostenuto dai biologi razzisti, alcuni Autori d'altro canto riferiscono che le popolazioni che meno raramente subirono mescolanze con popoli non affini presentano razzialmente una minore bellezza mentre più robuste sembrano quelle popolazioni abitanti in quelle regioni che si trovano lungo le vie d'immigrazione dei popoli.

Régnaud, come riferisce il Chigi, ha osservato che alcuni villaggi della Savoia, presentanti nel passato un gran numero di cretini, hanno presentato una diminuzione di essi dopo che la mescolanza della popolazione è stata facilitata dall'unione di tali villaggi con il resto della Francia per mezzo delle ferrovie e delle strade.

Chigi soggiunge inoltre nella sua relazione al II Congresso Italiano di genetica ed eugenica sopra citata: « Converrebbe studiare l'argomento sotto l'aspetto statistico e vedere se, nei paesi lontani da facili vie di comunicazione, risulti una percentuale di natalità e di vitalità minore di quel che non accada dove hanno luogo frequenti scambi di popolazione.

Questa forma di indagine confermerebbe assai probabilmente la previsione biologica e poichè la ruralizzazione provoca minori

mescolanze che non l'urbanesimo, bisognerebbe che la prima fosse integrata da larghi movimenti di migrazione interna a scopo di colonizzazione.

E' noto che il Mezzogiorno è depauperato di mano d'opera agricola, mentre questa è abbondante nella Romagna e nel Veneto; l'invio di coloni di queste provincie in Basilicata, in Puglia, in Calabria può giovare al miglioramento della stirpe dall'aumento della natalità, come giova dall'una e dall'altra il sistema di trasferimento lontano dal luogo degli impiegati e dei militari ».

Anche a proposito dei danni o meno degli incroci razziali alcuni studiosi obiettano che non sempre gli incroci stessi producono frutti in condizioni di minorazione rispetto ai progenitori, essendoci dati che dimostrano l'utilità dell'incrocio in determinate circostanze inquantochè l'eterozigotia di certi caratteri, per esempio quantitativi, si manifesta spesso con intenso lussureggiamento, per cui fra le altre cause quali i miglioramenti igienico-sociali, per esempio, come riporta il Boldrini « alla crescente statura degli Italiani non sarebbe estranea la progressiva mescolanza e fusione dei differenti gruppi regionali ».

Tale fenomeno detto della eterosi e per cui gli Autori nordamericani parlano addirittura di « Ibrid vigor » e per cui Ortner viene ad ammettere un effetto benefico verificatosi mediante l'incrocio stesso delle

razze, non è da credere secondo alcuni Autori produca effetti transitori nella specie umana, soggetta a continue ricombinazioni coniugali.

Riporto pure a tal proposito una osservazione di Gedda per il quale questi fatti « ci fanno pensare che da parte degli autori razzisti siano poco considerati i fattori di armonizzazione, i quali neutralizzano le disarmonie e fondono i caratteri genotipici ».

Queste, sinteticamente, le principali questioni circa i rapporti fra razza e costituzione, razza e predisposizioni morbose, circa gli incroci di razza e la patologia comparata delle principali razze umane.

Da queste poche notizie è possibile affermare che lo studio della costituzione delle diverse razze forma il punto di incidenza degli studi concernenti la conoscenza delle conseguenze di un miscuglio di razze e dei risultati della patologia comparata delle razze stesse.

Benchè ci siamo solo limitati ad esporre le opinioni dei diversi autori intorno a questi problemi della razza risalta l'importanza che tali problemi assumono anche nel nostro campo nell'attuale momento in cui fanno parte dell'Impero genti di razze diverse e perciò diversamente esposte ad ammalare a parità di condizioni ambientali igienico-sanitarie.

Dott. PIETRO CIATTI.

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 intiera 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.

Dai Libri e dai Periodici

Ricerche fisico-chimiche e immunologiche nei vecchi.

Le modificazioni umorali che accompagnano la vecchiaia costituiscono un argomento molto complesso per la sua grande importanza e si comprende come sia all'ordine del giorno.

Sarebbe molto importante poter stabilire una formula biologica della vecchiaia e a questo riguardo numerosi sono gli studi e le ricerche sinora eseguite. Ma se si dà un sguardo alla letteratura apparsa finora sull'argomento non si può fare a meno di constatare quanto siano contraddittori i dati e i risultati finora raccolti dagli studiosi.

A parte le difficoltà di tecnica nelle ricerche nei dosaggi ecc. lo studioso si trova di fronte all'ostacolo costituito dalle malattie che alterando i dati alla sola vecchiaia rappresentano una grave causa di errore e falsano i risultati ottenuti.

E' difficile interpretare questi risultati ed elaborare in base ad essi un giudizio sintetico sia che si tratti di ricerche umorali sul metabolismo proteico, glucidico o lipidico, sia che si tratti di ricerche puramente ematologiche come la conta dei globuli, la formula ematologica, la velocità di sedimentazione ecc.

Pierret, Breton e Christians (Presse Médicale, 19 aprile 1939, Parigi) hanno istituito delle ricerche su di un centinaio di vecchi dai 68 ai 97 anni concernenti il metabolismo, la calcemia e le proprietà sierologiche e immunologiche. Le conclusioni che hanno tratto sono le seguenti.

Lo studio clinico del sangue dei vecchi non permette di stabilire una formula che riassume lo stato di senescenza del sangue. L'aumento della colesterinemia, non assolutamente costante, non sembra che abbia un rapporto con la pressione arteriosa e col tasso dell'urea sanguigna e dell'azoto residuo. Le modificazioni riscontrate in questi casi sembra che siano più legate ad alterazioni epatorenali che alla senescenza dell'organismo.

La calcemia si è rivelata normale, invece il metabolismo dei glucidi è apparso leggermente perturbato.

Dal punto di vista ematologico si sa che un lieve grado di anemia è la regola. Brodin, Aubin e Grigaut hanno trovato un aumento della velocità di sedimentazione pressochè costante nella vecchiaia, ma le cause del fenomeno sono

sconosciute. L'equilibrio sierico del sangue dei vecchi esaminati non si è mostrato alterato. Al contrario le ricerche di ordine immunologiche hanno dato risultati che agli autori sembrano più dimostrativi, consistenti in una diminuzione del potere immunitario aderente al fatto, di osservazione comune, che il vecchio, come il bambino, è un soggetto più recettivo e meno difeso.

C. S.

L'ereditarietà dei tumori.

E' una questione sempre all'ordine del giorno e di massima importanza per l'assicuratore. Sebbene la concorrenza di influenza ambientale e fattori irritativi siano da tenere in gran conto l'ereditarietà sembra notevole specie in alcune ricerche sperimentali praticate sulla Drosophila. In essa la comparsa del tumore può avvenire anche improvvisamente per mutazione, dopo parecchie generazioni di individui esenti dal tumore; in tale animale è stato riscontrato un primo tipo di tumore nel 1914 e nel 1916 un secondo tipo che non produce però la morte come la prima.

Oswald che ricorda questi studi nel Wiener Klin. Woch. del 27 gennaio c. a. riferisce gli studi di Shope nel coniglio che vennero menzionati negli anni scorsi a dimostrare la trasformazione del virus della verruca in virus carcinomatoso.

Esiste poi una affezione, lo xeroderma pigmentoso, che sotto l'azione dei raggi ultravioletti si trasforma in tumore; in tal caso si verifica la trasmissibilità della prima malattia con predisposizione al cancro. Anche nei topi in cui predominano i tumori epiteliali sembra esistere una predisposizione ereditaria al cancro trasmissibile soprattutto alle femmine. Con opportuna selezione è stato possibile allevare ceppi nei quali i tumori spontanei erano molto frequenti. L'adenocarcinoma della mammella in seguito ad iniezioni di follicolina si è dimostrato molto frequente nei ceppi predisposti; ma non sono mancati casi nei ceppi esenti.

I risultati delle statistiche sono contraddittori mentre in una americana risulta che quando in una famiglia si è verificato un caso di cancro gli altri membri hanno la probabilità di ammalarsi della stessa malattia dieci volte maggiore della media comune degli individui; in un'altra eseguita in Norvegia si sarebbe ac-

certato che il fratello di un malato di cancro alle labbra non avrebbe probabilità maggiore di ammalarsi della stessa forma rispetto ad un individuo della popolazione in genere. A conclusione del lavoro (riassunto in *Policlínico*, sez. Pratica, n. 17, 1939) Oswald afferma che nello sviluppo ambientale; la scienza per poter portare la lotta contro questo flagello deve accertare in che grado e come i fattori esterni vi contribuiscano.

St.

Epitelioma gastrico.

Per quanto si siano osservati carcinomi gastrici in tutte le età l'esperienza insegna che il cancro colpisce a preferenza individui tra i 45 e 65 anni.

Salto (Atti della R. Accademia dei Fisiocritici di Siena, febbraio 1939, Siena) in base a una statistica di 280 casi ritiene che questa antica opinione debba essere conservata senza spostare troppo i limiti riferiti. Nelle sue osservazioni l'A. ha trovato che il massimo contributo è dato dagli individui tra i 50 e i 60 anni, vengono al secondo posto quelli compresi tra i 60 e i 70 anni e al terzo posto quelli

compresi tra i 40 e i 50 anni. Per quanto riguarda il sesso è stata osservata una proporzione di 93 donne contro 187 uomini.

Sulla questione della ereditarietà regna un certo disaccordo forse più formale che sostanziale; infatti si valorizza al massimo il fenomeno della famiglia di Napoleone e si portano per conferma biologico-sperimentale i 60.000 topi di Maud Slye, in cui la legge mendeliana troverebbe conferme nel senso che la resistenza al cancro si presenterebbe come carattere dominante e la suscettibilità come carattere recessivo. D'altra parte si discute sul valore dell'esperimento del topo trasportato in patologia umana mentre da alcuni con critica serrata si riduce a ben poca cosa il famoso esempio dei Napoleone.

Recentemente Pende ha assunto netta posizione favorevole al fattore ereditario.

Non si può non ritenere logico l'eredità del terreno costituzionale nel senso più largo. La statistica di Boas che porta al 12 per cento il fattore ereditario si avvicina a quella dell'autore che porta il 14,64 per cento.

L'A. dopo aver trattato l'anatomia patologica e le questioni diagnostiche passa ad esa-

Mortalità per tumori maligni in Italia.

(Riassunto dal « Bollettino mensile di statistica del Regno » Aprile 1939-XVII)

SEDE DEI TUMORI	MEDIA 1932-34		1935		1936		1937	
	p e r 1 0 0 . 0 0 0 a b i t a n t i							
	maschi	totale	maschi	totale	maschi	totale	maschi	totale
Cavità bccate e della faringe	5,4	3,2	6,1	3,6	5,7	3,4	5,7	3,5
Tubo digerente e del peritoneo	46,8	41,6	50,3	44,6	51,6	45,9	52,6	47,1
Apparato respiratorio	3,6	2,5	4,2	2,9	4,2	2,9	5,0	3,3
Utero	—	—	—	—	—	—	—	—
Altri organi genitali della donna	—	—	—	—	—	—	—	—
Mammelle	0,1	4,9	0,1	5,6	0,1	5,5	0,1	5,8
Organi genito-urinari dell'uomo	5,5	—	0,5	—	6,9	—	6,9	—
Pelle	2,4	2,0	2,4	2,2	2,8	2,4	2,7	2,3
Altri organi o di organi non specificati	11,0	12,0	10,4	11,5	10,5	11,7	9,8	10,9
Complesso	74,8	76,8	79,9	81,8	81,9	83,9	82,9	85,3

minare i risultati operatori e conclude notando in essi un progresso che permette di attendersi una sopravvivenza di cinque anni per molti casi.

Si insiste sulla necessità di esami radiologici periodici dopo resezione gastrica per tumore onde mettere subito in evidenza la possibile recidiva ancora localizzata e perciò forse suscettibile di un eventuale secondo intervento demolitivo.

C. S.

Radiobiologia del terreno nella oncogenesi.

E' dimostrato da numerose ricerche ed esperienze anche di radiobiologia che esiste un terreno oncogeno inteso come ambiente predisponente all'impianto ed allo sviluppo del neoplasma.

Salotti e Donnini (Atti della R. Accademia dei Fisiocritici di Siena, febbraio 1939, Siena) hanno cercato di rappresentare in uno schema che riportiamo « la figura biologica » di questo terreno avvertendo che esso non è un quadro costante nè una concezione definitiva. In tale terreno tre sono gli elementi fondamentali: secrezione interna, biochimismo, tessuti di correlazione (sangue-sistema reticoloistocitario).

Organi ad azione oncoblastica.

Testicolo.
Ovaio.
Lobo anteriore dell'ipofisi.
Tiroide.
Midollare surrenale.

Organi ad azione antioncogena.

Milza.
Linfoghiandole.
Timo.
Corpo luteo.
Lobo posteriore dell'ipofisi.
Corticale surrenale.
Paratiroidi.
Pancreas.

LE PRINCIPALI CARATTERISTICHE CHEMIOMORFICHE NEL TERRENO ONCOGENO.

Generali.

1. - Reazione del sangue deviata verso l'alcalosi.

2. - Aumento della glicemia a digiuno. Valori più alti del normale e maggior durata della iperglicemia provocata. Lattacidemia aumentata.

3. - Ipercolesterinemia.

4. - Riduzione od inversione del rapporto albumine-globuline.

5. - Diminuzione del contenuto in calcio del sangue, aumento del contenuto in potassio del sangue. Idremia.

6. - Diminuzione di catalasi, aumento di una idrolasi proteolitica.

Locali.

1. - Reazione deviata verso l'alcalosi.

2. - Glicolisi aerobia. Maggiore apporto di glucosio al tumore, aumento di acido lattico nel tessuto canceroso.

3. - Aumento del contenuto in colesterina dei tessuti neoplastici.

4. - Aumento delle nucleoproteine.

5. - Aumento del sodio, aumento del potassio, diminuzione del calcio.

6. - Iperidratazione.

CARATTERISTICHE MORFOLOGICHE DEI TESSUTI DI CORRELAZIONE NELLA ONCOGENESI.

Sangue: Linfopenia, Reticolocitopenia.

Sistema reticolo istocitario: Depressione funzionale e diminuzione di elementi in alcuni organi.

Nella relazione viene pure presa in esame la questione dell'influenza che le radiazioni possono esercitare sul terreno. Le caratteristiche umorali dei cancerosi non si modificano con l'ablazione chirurgica mentre subiscono variazioni con la irradiazione efficace del neoplasma.

Gli AA. concludono che gli studi radiologici debbono essere basati sulla più profonda conoscenza delle costellazioni endocrine che si accompagnano all'oncogenesi, attribuiscono al sangue ed al sistema reticoloendoteliale grande importanza nello svolgimento delle reazioni generali dell'organismo neoplastico alle radiazioni, e specialmente per il sistema r, e ammettono la possibilità di un radio-eccitamento.

C. S.

I tumori maligni ai tropici.

Il problema dei tumori maligni nei tropici è ancora allo studio e per quanto riguarda il nostro Impero rappresenta ancora una incognita.

Fino a pochi anni or sono era opinione comune che i tumori maligni non fossero molto frequenti ai tropici, e nella produzione scientifica dei nostri medici coloniali di questi ultimi venti anni mentre si trova una mole di lavoro veramente spettacolosa sulle malattie parassitarie non si trova una sola pubblicazione che tratti dei tumori maligni.

In base alla presunta rarità dei tumori maligni nei tropici si potrebbe porre in discussione la teoria parassitaria ed infettiva di essi.

Oggi l'esperienza patologica insegna che per i tumori non può essere invocata nessuna causa macro o micro-parassitaria; ma in una epoca non remota, quando di tanto in tanto veniva annunziato un nuovo germe come fattore etologico del cancro il semplice rilievo della rarità di esso nei tropici avrebbe dovuto indurre a riflessione i fautori della teoria infettiva. Infatti il clima caldo e umido dei tropici favorisce molto la flora e la fauna microbica ed è molto atto allo sviluppo di germi patogeni, in particolare di quelli che furono erroneamente designati come i veri fattori del cancro.

Anche in base a queste considerazioni di ordine clinico Iacono (Archivio It. di Scienze mediche coloniali e di parassitologia, fasc. I, 1939, Roma) ritiene non sostenibile la natura parassitaria del cancro alla stregua della presunta scarsa diffusione del cancro nei tropici.

Vi sono stati degli studiosi i quali ritengono, partendo dal presupposto che i tumori fossero rari nei tropici, che la razza nera ne fosse esente o quasi: l'affermazione della diversa frequenza del cancro a seconda delle varie razze fu avvalorata anche da dati statistici e sperimentali dai quali risultava che il cancro, diffusissimo per esempio nella razza anglo-sassone e tedesca, era poco frequente nelle altre razze bianche, così come nel campo sperimentale alcune razze di topi si mostravano immuni all'attecchimento dei tumori.

E' da osservare però che la maggior frequenza del cancro nelle razze anglo-sassone e tedesca deve essere valutata diversamente alla stregua di una più accurata ricerca della malattia presso quei popoli. Difatti queste nazioni hanno preceduto di vari anni le altre nella lotta contro i tumori con la istituzione di centri di accertamento per la diagnosi precoce.

Secondo l'opinione attualmente dominante la diffusione del cancro non è condizionata alle razze.

A spiegazione della scarsa diffusione del

cancro nei tropici è stato preso in considerazione anche l'elemento civiltà, e poichè i bianchi sono all'apice della civiltà il cancro sarebbe in questi più diffuso.

I popoli che si sottopongono ad una alimentazione riccamente azotata andrebbero incontro più facilmente al cancro ed Hoffmann avrebbe concluso che gli Indiani vanno poco soggetti al cancro specie dello stomaco appunto perchè si alimentano esclusivamente con idrati di carbonio.

Oggi la concezione alimentare sulla patogenesi del cancro è quasi del tutto abbandonata. Una concezione invece che conserva tutto il suo valore e che può renderci ragione dalla scarsa diffusione del cancro ai tropici è quella della età. Da una accurata statistica inglese risulta che al disotto dei 35 anni si trova un solo ammalato che muore di cancro su 17.000 individui, mentre al di sopra di 35 anni si ha un ammalato che muore di cancro su 350 individui. Si sa che l'età avanzata è quella preferita dal cancro.

Poichè nei paesi civili la durata media della vita, grazie alle provvidenze sanitarie e al miglioramento igienico dei popoli, è salita da 42 a 58 anni questo fatto, che non si è verificato presso le popolazioni dei tropici, unito alle possibilità dell'accertamento diagnostico esistente presso i popoli civili può spiegare la prevalenza del cancro nei bianchi.

Censimenti recenti hanno messo in evidenza soprattutto nelle Indie inglesi che il popolo Indiano ha una durata media di vita di 26 anni e solo il 9,4 per cento degli Indiani oltrepasserebbero i 30 anni. Anche i nostri medici che stanno nelle nostre colonie sanno che la vecchiaia è rara presso le razze nere.

Il fatto della maggior frequenza del cancro nell'età avanzata è variamente interpretato. Alcuni autori ammettono con l'invecchiamento una diminuzione delle correlazioni morfologiche e funzionali con « isolamenti fisiologici » che porterebbero ad un risveglio e ad una esaltazione dell'attività proliferativa delle cellule del tumore. Altri pensano che il cancro essendo l'esito finale di un processo assai lento in quanto occorrerebbe una media di 15 anni prima della manifestazione del tumore può presentarsi solo in basse percentuali nell'età giovanile. Ma da ricerche più recenti comincia a risultare che i tumori ai tropici non sono così rari come una volta si credeva specie per quanto riguarda il sarcoma che è un tumore dell'età giovanile. Nel Sud Africa la sede più

frequente del cancro è il fegato e la cancro-cirrosi vi è frequente.

L'A. ritiene che la nozione della rarità dei tumori nei tropici debba essere accolta con riserva se si pensa alle difficoltà esistenti per un accertamento della malattia negli indigeni i quali non si presentano facilmente all'osservazione del medico. Molte volte poi il medico che abbia occasione di visitarli non ha a propria disposizione i mezzi idonei all'accertamento diagnostico specie per quanto riguarda i tumori degli organi interni.

C. S.

Un compendio diagnostico delle malattie polmonari.

E. Conte e G. Malan, hanno riassunto in meno di 200 pagine di testo corredato da un centinaio di illustrazioni quanto è indispensabile conoscere sulla diagnosi delle malattie di petto.

Dopo aver esposto i concetti generali di semeiotica clinica e radiologica dell'apparato respiratorio insistendo soprattutto sul valore dell'indagine Roentgen che oggigiorno costituisce uno strumento di ricerca preziosissima nello studio degli organi toracici, gli AA. trattano delle manifestazioni clinico-radiografiche della t.b.c. polmonare, attenendosi alla più recente classificazione del Micheli; indi in un capitolo a parte svolgono le malattie di petto non tubercolari e le sindromi mediastiniche.

Il pregio dell'opera consiste essenzialmente nella sua chiarezza e concisione, doti queste che senza dubbio la renderanno assai accetta agli specialisti ai medici e agli studenti. Di ogni argomento è riportato tutto ciò che vi è di essenziale e di utile ai fini della pratica corrente lasciando da parte ogni lusso di particolari e di virtuosismi semeiologici.

Particolarmente interessante è la parte che riguarda la tubercolosi polmonare nelle sue manifestazioni cliniche e nei suoi esiti dopo interventi terapeutici. In questo capitolo, corredato da nitide riproduzioni radiografiche opportunamente scelte, gli AA. hanno messo a profitto tutta la vasta esperienza che ad essi deriva da una lunga pratica ospedaliera-sanitaria.

In conclusione il libro, redatto in una prosa agile e piana che ne rende piacevole la lettura e arricchito di un copioso materiale iconografico, non mancherà certamente di incontrare tra il pubblico medico la più benevole accoglienza,

considerata l'importanza e l'attualità degli argomenti che tratta.

Ric.

I criteri clinici di valutazione della capacità lavorativa dei diabetici.

Per poter stabilire criteri generali di orientamento e direttive di massima per un giudizio valutativo agli effetti della capacità lavorativa, giudizio che procede di pari passo con quello prognostico e curativo, occorre la premessa fondamentale di una base diagnostica e patogenetica.

Le difficoltà di giudizio sulle facoltà lavorative in questa malattia non sono lievi e risentono delle incertezze ancora esistenti sulla patogenesi della variabilità della sintomatologia e del decorso della stessa.

Riassumendo i concetti patogenetici fondamentali del diabete mellito si può affermare che l'essenza del disturbo va ricercata nel fatto che il glucosio alimentare non è fissato nè trattenuto nel fegato e soprattutto non è fissato nè utilizzato dai tessuti in genere e muscolari in specie.

E' ormai universalmente riconosciuta nella insufficienza incretorica pancreatica la sede dell'alterato meccanismo regolatore. Per la menomata funzione insulare del pancreas il glucosio alimentare non passa dal sangue capillare nei muscoli ma invece va ad accumularsi stabilmente nel sangue venoso insieme a quello che normalmente vi immette il fegato per la sua normale funzione glico-genolitica. Si ha così iperglicemia a digiuno, e se l'accumulo supera la soglia renale, variabilissima a seconda della costituzione endocrino-simpatica, si ha glicosuria.

Tuttavia accanto alla variabilità delle forme cliniche molte incognite esistono ancora sullo stesso meccanismo di produzione della malattia. Insieme con l'insufficienza endocrina del pancreas, che è predominante e indispensabile, caso per caso possono prender parte nella costituzione del diabetico e nella fenomenologia della malattia le alterazioni associate delle altre ghiandole e del sistema nervoso vegetativo.

Gli studi moderni tendono ad aggruppare in un complesso sistema glicotrofico e glicoregolatore equilibrato dal vago-simpatico tutti i diversi fattori neuro-ormonici destinati alla funzione glicogenetica, glicofissatrice e glicotica, e numerosi sono i consensi alla teoria « pancreatica con riflessi pluriglandolari e neuro-vegetativi » del Pende.

Perrini (« Difesa Sociale, gennaio 1939,

Roma) premesse tali nozioni descrive la sintomatologia clinica nelle sue linee essenziali e le principali forme della malattia.

La ricerca e il dosaggio della glicosuria, dell'acetoneuria e della glicemia a digiuno sono le tre prove di laboratorio che nella pratica comune servono a confermare la diagnosi di diabete nella maggioranza dei casi e a precisar con maggiori dettagli. Però ciascuna di queste tre ricerche, considerata isolatamente, presenta il fianco a molte critiche specie in merito alla valutazione funzionale della gravità del diabete.

La ricerca più fine e sicura per stabilire la natura pancreatica di una glicosuria e iperglicemia è l'accertamento della scomparsa della normale differenza esistente tra il tasso glicemico capillare e quello venoso eseguendo il contemporaneo dosaggio della glicemia nel sangue capillare (arterioso) e in quello venoso. Solo la determinazione della curva glicemica alimentare capillare-venosa chiarirà ogni dubbio derivante da incertezza su di una sintomatologia clinica incompleta o su di una glicosuria e glicemia non elevate.

Un indice di valutazione funzionale più importante di quello della curva glicemica è la determinazione della soglia di tolleranza dei carbo-idrati.

Un altro indice di valutazione funzionale si basa sul fenomeno « denutrizione ».

Infine un giudizio di gravità sul diabete non deve fermarsi ad una pura valutazione patogenetica sintomatologica e funzionale ma deve tenere anche conto delle possibilità terapeutiche cioè dell'influenza della cura.

C. S.

La prova della fenoltaleina nelle ipertonie e nelle nefropatie bilaterali.

Ne « il Policlinico » (Sez. Pratica) 22 maggio 1939- Roma) è riassunto un articolo di Germer apparso in Zentralbl. f. Inn. Mediz. 15 aprile 1939 su questo argomento.

Dopo aver descritto la tecnica della prova l'A. riferisce che iniettando endovena un cm³ della soluzione di fenoltaleina, corrispondente a 0,6 mg. della sostanza colorante, in 20 individui con integrità epatorenale l'eliminazione nelle due ore variò dal 58% al 97% e il momento della prima comparsa da 2 ½ a 10 e ½ minuti. Nel primo quarto d'ora venne eliminato il 28%-61%. In 5 casi di sclerosi maligna costantemente si ebbe eliminazione del colorante anche durante la seconda ora, cosa

che può pure avverarsi in individui a rene sano sebbene rarissimamente.

La prova riuscì normale in tre casi di ipertonia essenziale e in due di forme ipertoniche di passaggio. In un terzo caso di quest'ultimo tipo (in cui l'area nel sangue era già aumentata) la eliminazione fu subnormale.

In due casi su sei di glomerulonefrite cronica la prova fu normale malgrado l'« urea clearance » e la K di Ambard indicassero una disfunzione renale. In un solo caso l'eliminazione totale fu inferiore al normale e in tre altri casi si ebbe una continuazione dell'eliminazione nella seconda ora. In nessuno dei sei casi si ebbero variazioni del quarto d'ora di massima eliminazione. In 4 casi di nefrite cronica con impronta nefrotica esisteva prolungamento dell'eliminazione nella seconda ora e in due di essi era pure diminuita l'eliminazione totale. Su 4 casi di glomerulonefrite con insufficienza iniziale in uno la prova riuscì normale e negli altri tre si ebbe un comportamento anormale. Nel caso in cui la prova in esame fu normale la prova della concentrazione e una retinite stavano a dimostrare l'alterazione renale.

Nei casi di insufficienza renale conclamata venivano eliminate solo tracce del colorante nello spazio di vari giorni.

L'A. conclude che la prova della fenoltaleina non può da sola dare affidamento nel saggi della funzionalità renale ma può solo essere eseguita a completamento delle altre. Quella che dà il migliore affidamento è la prova della concentrazione nel caso si volesse o fosse necessario limitare l'indagine ad una sola ricerca.

C. S.

Gli atti del 1° Convegno Nazionale dei Caposervizi Sanitari delle Casse Mutue lavoratori dell'Industria.

Sono usciti recentemente in un volume gli Atti di questo Convegno tenutosi a Venezia nel settembre 1937. Per l'importanza della funzione di medicina assistenziale esplicita dalle numerosissime Casse Mutue il Convegno ha destato l'interesse dei cultori di medicina sociale.

Notevole e di speciale rilievo risulta la relazione sul primo tema svolto dal dott. De Pascalis sui « Rapporti tra le Mutue malattie dell'industria ed Enti di assistenza con speciale riguardo alla tubercolosi, alla malaria ed alle malattie professionali » nelle quali il Capo Servizio dell'Ufficio Provinciale di Roma ha messo in rilievo le possibilità di far convergere le

funzioni dell'I.N.F.P.S. dell'I.N.F.A.I.L. e dell'O.N.M.I. A tal proposito lamenta come talvolta si sia verificata una sovrapposizione di attribuzioni con interferenze, delle quali non si è avvantaggiata la classe lavoratrice i cui bisognosi non sono sempre sufficientemente assistiti. Scorrendo nel testo la discussione della relazione, alla quale presero parte molti illustri congressisti, si riconosce la complessità dell'argomento dal punto di vista amministrativo e medico-sociale.

Sui « Compiti delle mutue dell'Industria nell'assistenza sanitaria e nella prevenzione delle malattie » il Prof. Cuzzi presentò una esauriente relazione in cui rilevò le difficoltà riscontrate anche all'estero nella esplicazione di tale altissima funzione delle Mutue ed illustrò in quel modo la Federazione Italiana abbia disciplinato presso gli Uffici Provinciali l'assistenza sanitaria distribuendola in sei settori cioè: assistenza sanitaria generica, specialistica, ospedaliera, farmaceutica, convalescenziaria, complementare.

Sopra un tema assai importante quale « Il concetto di cronicità per gli Enti di assistenza » il prof. Panzini presentò una pregevole relazione. Ammesso che si debba considerare croniche tutte le malattie a carattere non acuto, il relatore passa a lamentare la sistemazione tuttora incerta per un indirizzo amministrativo, auspica la determinazione di un criterio di cessazione d'indennizzo per raggiunta incapacità lavorativa soffermandosi nella conclusione sul fine etico dell'assicurazione malattia che troppo viene inceppato dalle esigenze amministrative e finanziarie delle mutue. A tale scopo invoca un perfezionamento dei sistemi attualmente in vigore perchè i limiti artificiali vengano sorpassati nell'interesse dei mutuati e della collettività.

Dopo la relazione del prof. Daddi che tratta dei « Rapporti tra Mutue ed Enti Pubblici » chiude la serie quella del prof. Pisani sopra il tema « Azione delle Mutue malattie dell'Industria nella campagna demografica ». In essa il R. mete in evidenza l'apporto delle Casse Mutue a questa santa guerra voluta da Duce soffermandosi sull'entità dei danni sofferti dalla collettività per opera della lue, della erodolue e della blenorragia. Con cifre conforta l'entità del contributo portato dalle Casse Mutue, sia nella lotta delle malattie veneree che nel campo dell'ostetrica e della ginecologia.

Numerosissime comunicazioni, che per brevità non possiamo ricordare, completano le sud-

dette relazioni le quali con la discussione cui diedero occasione dimostrano come sia ancora in periodo di elaborazione la altissima funzione sociale assunta dalla Federazione delle Casse Mutue.

Una mozione conclusiva sugli orientamenti prossimi della Federazione approvata nella riunione del 29 settembre 1937 completa il volume e testimonia come l'Italia fascista mercè la volenterosa collaborazione voglia anche in questo campo tracciare da sé le nuove vie per il benessere di tutto il popolo.

Gli Atti sono pubblicati in una decorosa veste dalla Casa Editrice Poligrafica Universitaria del Dott. Cia; - Firenze-Roma.

St.

L'assistenza sanitaria mutualistica nei suoi aspetti tecnici e morali.

In occasione del raduno Nazionale del Sindacato Fascista dei Medici tenutosi in Roma il 23 aprile u. s. il Prof. A. Salotti presentò una pregevole relazione su tale argomento che merita di essere ricordata.

Premesso che l'assistenza sanitaria mutualistica come una realtà esistente entro lo Stato deve essere perfezionata nei rapporti dei caratteri tra il medico e l'assistito in regime corporativo e diretta ad un fine nazionale, l'A. passa ad esporre la funzione del medico nell'assistenza sanitaria mutualistica. Successivamente discute circa il delicato problema della scelta del medico che nell'attuale organizzazione del Regime si va orientando verso la cosiddetta scelta condizionata possibile nei grandi e medi centri; tale forma che più esattamente può definirsi scelta sindacale dovrebbe essere estesa anche all'assistenza specialistica ed ospedaliera. L'A. loda la decisione del Commissario Ministeriale di aver fissato il principio generale che il medico sia giudice insindacabile dei limiti delle proprie prestazioni.

Dopo aver trattato dei fattori influenti sull'assistenza sanitaria mutualistica l'A. fa dei rilievi critici sull'organizzazione attuale la quale attraversa ancora una fase del tutto sperimentale. Lamenta anzitutto la diversità dei tipi di assistenza delle diverse mutue, sia per la valutazione delle infermità, sia per i mezzi destinati alla tutela dei lavoratori; così pure la diversità dei tipi di controllo e di supercontrollo degli Ispettori delle varie Mutue spostano la funzione del Sindacato con direttive troppo lontane dal controllo tecnico. Successivamente pone in rilievo la mancanza del rap-

porto proporzionale tra numero e qualità delle prestazioni con l'impegno fisso dell'assistenza. A tal proposito osserva gli inconvenienti sia nell'assistenza domiciliare sia in quella ambulatoriale che nell'assistenza ospedaliera.

Quanto all'assistenza preventiva essa non è svolta che scarsamente dal medico anche per l'affluenza irrazionale negli ambulatori delle Mutue; un'azione maggiore in tal senso è compiuta dalle visitatrici e l'A. si augura che tale attività venga intensificata.

Nelle conclusioni l'A. dopo aver auspicato una maggiore disciplina nell'organizzazione tecnica fissa alcuni punti nell'assistenza mutualistica ai lavoratori e cioè: l'indirizzo tecnico unico che consideri adattamenti regionali, una maggiore maturità sindacale sia nei medici che negli assistiti, una assoluta necessità che all'organizzazione tecnica il medico collabori direttamente e non attraverso formule, la pratica dell'assistenza attraverso la scelta sindacale limitando l'autonomia eccessiva dell'assistito e del medico nelle prestazioni.

St.

Demografia in Italia.

Nel 1938 in Italia si è avuto un notevole incremento delle nascite le quali hanno superato il milione, più esattamente hanno raggiunto la cospicua cifra di 1.031.193, cifra non più raggiunta da circa un decennio. Sebbene il numero notevolissimo dei matrimoni celebrati

nel 1937 possa avere influito sopra le nascite, alcuni indizi lasciano sperare che il nostro incremento demografico potrà superare la flessione verificatasi nel dopo guerra che incide tanto dolorosamente in molti popoli d'Europa. Comunque l'analisi dei quozienti di natalità dimostra una differenza enorme tra le varie provincie che da 38,9‰ riscontrata a Zara si scende al medestissimo 14,7‰ di Alessandria; il che dimostra come in alcune regioni d'Italia la limitazione delle nascite costituisca l'espressione di una mentalità egoistica non facile a sradicare.

St.

La pensione invalidità e vecchiaia a tutti i cittadini in Finlandia.

Leggiamo nel N. 1, c. a. di *Difesa Sociale* che è entrato in vigore in Finlandia la legge per cui tutti i cittadini della Finlandia saranno assai curati. Tale obbligo è esteso a tutti i cittadini che abbiano compiuto i 18 anni; il diritto alla pensione si raggiunge al 65° anno e prima dei casi in cui sia accertato lo stato di invalidità. Il contributo è proporzionale alle retribuzioni e scalare dall'1% al 2%. E' da tener presente che l'Ente assicurativo conta già 1.900.000 assicurati e si prevede che entro questo secolo si raggiungerà il numero di 2.200.000 ciò che può dire che tutta la Nazione sarà assicurata.

St.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

FERRANNINI, *Lezione di chiusura dell'anno 1937-38.* — Estr. da « *Folia Medica* », 1938, Napoli.

Viene illustrato il movimento degli infermi ricoverati e visitati nell'ambulatorio generale dal 1 giugno 1937 al 31 maggio 1938 e viene messa in rilievo l'opera assistenziale didattica e scientifica svolta nella clinica nello stesso periodo. La voce del Maestro stimola quindi i giovani al lavoro intenso per la formazione di una solida preparazione professionale con la quale affrontare una lotta che si fa sempre più dura.

ID., *Le risorse climatoterapiche della Sicilia.* — Estr. dalla « *Rivista di Idroclimatologia, tassologia e terapia fisica* », 1938.

Vengono descritte le caratteristiche climati-

che della Sicilia nella quale si realizzano i due climi principalmente utilizzati a scopo curativo: clima di mare e clima di montagna.

ID., *Riconoscimento profilattico delle malattie di cuore nell'infanzia.* — Estr. da « *La medicina internazionale* », 1938, Milano.

Viene trattato il grave problema della dilagante diffusione delle malattie di cuore e vengono presi in esame i mezzi da adottare per la difesa e la protezione dell'infanzia da queste malattie.

ID., *Sulla terapia antipiretica della febbre ondulante.* — Estr. da « *Gazzetta Sanitaria* », 1938, Milano.

L'A. studia l'azione della chinina associata a qualche antipiretico vero e proprio e si loda di questa associazione specie nei casi in cui non si può applicare la vaccinoterapia endovenosa.

ID., *Direttive ed ammaestramenti di un congresso di specialità*. — Estr. da « *La Medicina Internazionale* », 1938, Milano.

L'A. espone delle profonde riflessioni in rapporto all'ultimo Congresso di Medicina del Lavoro aderenti al dinamismo di questa disciplina che deve seguire lo sviluppo e le nuove forme dell'attività lavorativa umana in continua evoluzione.

STEFANUTTI, *Azione terapeutica della vitamina C nello scompenso cardiaco*. — Estr. da « *La clinica Medica Italiana* », 1938.

L'A. studia l'effetto della vitamina C sul ricambio dei corpi creatinici nello scompenso cardiaco.

DELIA, *Una nuova droga ipoglicemizzante: la salvia*. — Estr. da « *La clinica medica italiana* », 1938.

La decozione di salvia ha dimostrato negli esperimenti dell'A. una discreta azione ipoglicemizzante.

ID., *Funzionalità gastrica nei cardiopazienti*. — Estr. da « *La Clinica Medica Italiana* », 1938.

L'A. studia il chimismo gastrico dei cardiopazienti praticando le note prove della funzionalità dello stomaco in 31 soggetti.

SPAGNOLETTI, *Calcemia e potassiemia nei cardiopatici sotto lo stimolo del sistema neurovegetativo*. — Estr. dal « *Giornale di Medicina Militare* », 1938, Roma.

L'A. conclude che nei cardiopatici esiste parallelismo tra sistema simpatico-calcio e vago-potassio con prevalenza di quest'ultimo sistema.

ROMEO, *Considerazioni su 500 casi di vizio organico di cuore*. — Estr. da « *Folia Medica* », 1938, Napoli.

L'A. fa una serie di considerazioni soprattutto in base alla frequenza e modalità delle cardiopatie riguardo all'età, fattore etiologico, professione, ereditarietà, profilassi e all'aspetto sociale delle cardiopatie.

DE PAOLIS, *Le azotemie extra-renali nei nervosi*. — Estr. dal « *Policlinico* », 1938, Roma.

L'A. trae la conclusione che il maggiore aumento del valore azotemico nei nervosi, prescindendo da ogni fattore renale, debbono essere probabilmente evidenti in massima parte in pazienti affetti da malattie in piena evoluzione ed allo stato acuto o che lasciano alterazioni anatomiche più o meno profonde.

BARBANENTE, *Sull'azione della tossina melitense*. — *Azione sul sistema nervoso e sul sangue*. — Estr. da « *Folia Medica* », 1938, Napoli.

L'A. ha notato sperimentalmente che la tossina melitense iniettata endovena ha azione sulla crasi sanguigna e non ha alcuna particolare azione sul sistema nervoso.

MANCA, *Il ricambio dei corpi creatinici nei cardiopatici scompensati, prima e durante il trattamento con glicocollo da sola ed associata a glucosio-insulina*. — Estr. da « *La clinica medica italiana* », 1938.

L'A. ha potuto confermare che la terapia glicocollica nei cardiopatici scompensati giova notevolmente anche al metabolismo dei corpi creatinici e la giunta di insulina-glucosio rinforza l'azione della glicocollo.

ID., *Il rapporto creatina-creatinina nei cardiopatici scompensati prima e durante trattamento con glicocollo*. — Estr. da « *Clinica medica italiana* », 1937.

L'A. in base ad indagini cliniche ritiene che la terapia glicocollica nei cardiopatici scompensati giova notevolmente.

SCRUTINIO, *Comportamento della glicemia nei diabetici dopo stimolazione del pancreas*. — Estr. da « *La clinica medica italiana* », 1938.

L'A. conclude che uno stimolo protratto sul simpatico quale è quello dell'adrenalina anziché determinare attraverso una risposta vagale di compenso un aumento antagonista della secrezione interna del pancreas e un miglioramento del ricambio degli idrati di carbonio non ha che peggiorato le condizioni preesistenti.

GRECO, *L'azione dell'insulina sulla pressione arteriosa nei diabetici*. — Estr. dal « *Giornale medico dell'Alto Adige* », 1938, Bolzano.

L'A. ha visto che l'insulina provoca una discesa della pressione arteriosa in tutti i soggetti esaminati, normotesi, ipertesi o ipotesi. Tale discesa è maggiore negli ipertesi e non è in relazione col grado di diminuzione della glicemia.

MISCOGIULI, *La ptialo-reazione di Zambrini in medicina interna*. — Estr. dal « *Policlinico* » Sez. Prat., 1938, Roma.

L'A. conclude in base alle sue ricerche che la reazione segue le alternative del decorso della malattia e che non è possibile attribuirle un valore prognostico. Tuttavia la raccomanda in aggiunta alle altre ricerche per stabilire il grado di resistenza fisica dei soggetti.

BARBANENTE, *Le modificazioni della pressione arteriosa in seguito a traumatismi multipli sperimentali del pancreas.* — Estr. da « La Clinica Medica Italiana », 1938,

L'A. in seguito a traumatismi sperimentali del pancreas ha notato una influenza di tale intervento sulla pressione, alcune volte in senso ipotensivo, altre volte in senso ipertensivo.

GRIMALDI, *Modificazione della pressione arteriosa in seguito ad iniezioni intra-parenchimali di soluzione sclerosanti nel pancreas.* — Estr. da « La Clinica Medica Italiana », 1938.

L'A. ha trovato che il tipo di lesione da lui indotto nel pancreas determina costantemente o quasi una modificazione della pressione o in senso ipotensivo o in senso ipertensivo.

GUARNIERI, *Le modificazioni della pressione arteriosa in seguito a mutilazioni sperimentali del pancreas.* — Estr. da « La Clinica Medica Italiana », 1938.

L'A. ha ottenuto una ipotensione contrariamente a quanto teoricamente era da attendersi.

LIGORI, *Azione dell'insulina da sola e con sostanze ad azione similare sulla pressione sanguigna negli ipertesi.* — Estr. dall'Archivio per lo studio della fisio-patologia e clinica del ricambio, 1938.

Dall'insulina iniettata ad individui affetti da ipertensione stabile l'A. ha ottenuto una energica azione ipotensiva. L'azione dell'insulina è rinforzata dall'associazione con acetilcolina e con gli ormoni omosessuali.

MILONE, *Curva glicemica da insulina inibendo o eccitando farmacologicamente il sistema neuro-vegetativo.* — Estr. dal « Policlinico », Sez. Prat., 1938.

L'A. ha trovato che uno stimolo sul simpatico ostacola attraverso una fase iperglicemica l'ipoglicemia da insulina deprimendo il vago le curve ricordano quelle dei simpaticotonici e deprimendo il simpatico ricordano quelle dei vagotonici.

Scritti degli allievi dedicati al Prof. Allaria nel 25° anno di Cattedra.

E' una raccolta di interessanti scritti che è impossibile riassumere. Molti sono gli autori, alcuni dei quali hanno raggiunto la Cattedra, mentre altri occupano alti posti nella vita professionale e molti sono gli argomenti trattati. Dalla differite in rapporto ai fattori meteorologici e climatici al cinematografo in rapporto

alla salute morale e fisica del fanciullo, a la formazione spirituale del bambino lattante ecc. ecc. Il volume è composto di 635 pagine ed è edito dalla Tipografia Vincenzo Bona, Torino, 1938.

FAMBRI, *Mezzi di propaganda e diffusione della medicina sociale.* — Estr. dal « Trattato di medicina sociale », Wassermann, Milano.

L'A. tratta il problema della propaganda svolta al fine della bonifica sociale e prende in attento esame i mezzi attuali di diffusione nelle masse dei concetti di igiene e di medicina preventiva auspicando una propaganda universale che segue un disegno organico su di un piano vastissimo esteso a tutte le masse.

FAMBRI, *Abitazione.* — Estr. dal « Trattato di Medicina Sociale », Wassermann, Milano.

L'A. riportando vaste notizie statistiche e su di esse riflettendo tratta l'importante problema della casa nei suoi riflessi sociali come per esempio sulle malattie, sulla demografia, ecc., ecc.

Questo interessante capitolo illustra un aspetto veramente fondamentale della medicina sociale nel quale si realizza un nesso strettissimo tra scienze sanitarie e scienze sociali.

GASPERONI, *Assicurazione.* — Estr. dal « Nuovo Digesto Italiano », Torino, U.T.E.T., 1939.

In questa pubblicazione di 107 pagine l'A. traccia a grandi linee un quadro storico della assicurazione dai tempi antichi ad oggi, illustra il concetto della natura giuridica dell'assicurazione, i soggetti, la conclusione, il contenuto del contratto, gli obblighi dell'assicurato e dell'assicuratore, e le modifiche che il contratto di assicurazione può subire rispetto ai soggetti, al consenso, al contenuto.

SECHER, *Die sano crysinbehandlung von 923 bis 938.*

In base alla sua esperienza l'A. ritiene che la sanocrisina può influenzare beneficamente non solo la tubercolosi polmonare e la pleurite ma anche alcune forme di reumatismo.

Geschäftsbericht er Nurnberger Lebensversicherung A. G.

E' il resoconto dell'attività della Compagnia di assicurazione-vita di Norimberga per il 1938.

FERRANTI, *Anemia perniciosa e diabete mellito.* — Estr. da « La diagnosi », 1932.

L'A. illustra un caso clinico.

ID., *Pneumotorace da sifilide gommosa del polmone*. — Estr. da « Lo sperimentale », 1933.

L'A. illustra un caso clinico.

ID., *Ricerche sulla filtrabilità del bacillo di Koch*. — Estr. dal « Bollettino dell'Istituto Sieroterapico Milanese », 1930, Milano.

Le prove sperimentali eseguite dall'A. non hanno permesso di constatare bacilli acido-resistenti nelle cavie inoculate con vari filtrati

FERRANTI e PISANI, *Il dosaggio della bilirubina nei liquidi dell'organismo col diazoreagente di Dadda*. — Estr. da « Rivista di Clinica Medica », Anno XXXII, Firenze.

Gli AA. espongono i vantaggi di questo metodo su quello di Van der Bergh.

FERRANTI e GIANNETTI, *Microdeterminazione del fosforo (inorganico, acido-solubile lipidico totale) nel sangue e negli escreti*. — Estr. da « Diagnostica e tecnica di laboratorio », 1933, Napoli.

Gli AA. riferiscono una modificazione da loro apportata al metodo di Bell e Doisy.

FERRANTI, *Asma bronchiale e ventricolo sinistro*. — Estr. Atti 41° Congresso Società Italiana Medicina Interna, Bologna, 1935, Pozzi, Ed.

L'A. espone un caso di asma bronchiale con alterazioni del ventricolo sinistro richiamando l'attenzione su questa possibilità.

FERRANTI e NIZZI-NUTI, *Sulla sintomatologia degli aneurismi dell'arteria anonima*. — Estr. da « Riforma medica », 1933, Napoli.

Gli AA. descrivono la sintomatologia e ne riportano un caso.

FERRANTI, *Sindrome a riposo genitale da idrocefalo interno secondario a tumore cerebellare*. — Estr. da « Rivista di patologia nervosa e mentale », 1931, Firenze.

L'A. illustra un caso clinico.

FERRANTI e GRECO, *Sopra un caso di atetosi doppia progressiva*. — Estr. da « Rivista di clinica medica », Anno XXXII, Firenze.

Gli AA. illustrano un caso clinico.

FERRANTI, *Intossicazione da Pb tetraetile (la forma nervosa acuta dell'intossicazione saturnina)*. — Estr. da « Rivista di Clinica Medica », 1937, Firenze.

L'A. illustra dei casi clinici.

ID., *Sindromi da sclerosi coronarica* (St. Arti Grafiche S. Bernardino, Siena, 1936).

L'A. in questa monografia tratta la parte

patogenetica e diagnostica delle sindromi coronariche e indica gli elementi fondamentali di indole terapeutica. Con l'esposizione dei fatti ormai acquisiti prospetta i problemi che attendono ancora la soluzione.

ID., *Precisazione sul valore dell'elettrocardiografie per la diagnosi di insufficienza coronarica*. — Estr. da « Cuore e circolazione », 1938, Roma.

L'A. dopo aver riferito le caratteristiche delle alterazioni grafiche da insufficienza coronarica espone in quali condizioni morbose possono verificarsi alterazioni simili.

ID., *Le coronariti in clinica*. — Estr. da « Lo sperimentale », 1936.

L'A. considera l'angina di petto l'infarto del miocardio, l'occlusione lenta delle coronarie, le aritmie da anossia del sistema muscolare specifico, la diagnosi di queste sindromi e la terapia.

ID., *Aspetti clinici delle coronariti*. — Valardi, 1937.

L'A. tratta l'angina di petto, l'occlusione lenta delle coronarie, l'infarto del miocardio, le aritmie da anossia del sistema muscolare specifico, la diagnosi di queste forme e la terapia.

FERRANTI e MONTESCHI, *Sul dosaggio del potere fibrinolitico del plasma*. — Estr. dal « Bollettino della Società di Biologia sperimentale », 1937, Firenze.

FERRANTI e SLAVICH, *Ricerche sul ricambio idrico nella vecchiaia*. — Estr. da « Rivista di Clinica Medica », 1938, Firenze.

Gli AA. studiano il particolare atteggiamento del ricambio idrico nella vecchiaia. Tra i fattori ematici tissurali e vascolari della regolazione degli scambi idrici emotissurali gli AA. attribuiscono la massima importanza ai fattori tissurali e vascolari. Cercano inoltre di spiegare la diminuita idrofilia tissurale nei vecchi.

FERRANTI e MICHELI, *L'azione della adrenalina e dell'insulina sui fermenti proteolitici del sangue*. — Dal « Bollettino della Società It. di Biologia sperimentale », 1935, Firenze.

FERRANTI e SLAVICH, *Ricambio proteico e proteina ematiche nel diabete pancreatico*. — Estr. da « Archivio per le scienze mediche », 1937, Torino.

Gli AA. escludono l'origine pancreatica dell'iperproteinemia a digiuno nei diabetici e concludono che la proteinemia rappresenta

un indice, anche se non rigoroso della proteolisi tissurale.

FERRANTI, *Il potere proteolitico del plasma nell'insufficienza renale.* — Estr. da « Lo sperimentale », 1933, Siena.

L'A. nelle sue ricerche ha trovato che nella insufficienza renale sia compensata che scompen- sata si ha un notevole aumento del potere proteolitico del plasma.

FERRANTI e NIZZI-NUTI, *Amilasi e proteasi degli essudati e trasudati.* — Estr. dagli Atti del XXIX Congresso della Soc. It. di Med. Int., Pavia, 1933, Pozzi, Ed. Roma.

FERRANTI e NIZZI-NUTI, *Ricerche sui liquidi di versamento (sul comportamento dell'amilasi e della proteasi nei versamenti ecc.).* Estr. da « Rivista di Clinica Medica », 1934, Firenze.

FERRANTI e GIANNETTI, *Il fosforo ematico nelle nefropatie.* — Estr. dagli Atti del XXXIX Congresso della Soc. It. di Med. Int., 1938. Pavia, Pozzi Ed., Roma.

FERRANTI e GIANNETTI, *Sulla fisiopatologia della vecchiaia (il ricambio purinico nella vecchiaia).* — Estr. da « Rivista di Clinica Medica », 1933, Firenze.

Gli AA. riportano i risultati delle loro ricerche dalle quali tra l'altro risulta che nei vecchi si ha un uricuria endogena bassa.

FERRANTI e GIANNETTI, *Il fosforo ematico negli adulti normali.* — Estr. da « Diagnostica e tecnica di laboratorio », 1933, Napoli.

Gli AA. valendosi del metodo di Bell e Doisy da loro modificato hanno ricercato i valori normali delle varie frazioni fosforate nel sangue.

FERRANTI e GIANNETTI, *Il fosforo negli essudati e nei trasudati.* — Estr. dagli Atti del Congresso della Società It. di Med. Int. — Pavia, 1933, Pozzi Ed., Roma.

FERRANTI e MONTUSCHI, *La fibrinolisi non è dovuta a cambiamento dello stato colloidale ma a disaggregazione enzimatica della fibrina.* — Estr. dal « Bollettino della Soc. It. di Biologia sperimentale », 1937, Firenze.

FERRANTI, *Sulle proprietà del siero fresco (Contributo alla conoscenza delle triptasi seriche).* — Estr. dal « Bollettino dell'Ist. Sieroterapico Milanese », 1938, Milano.

ID., *Sul cosiddetto frammento intermedio del complemento.* — Estr. dal « Boll. Soc. It. Biologia Sperimentale », 1937, Firenze.

ID., *Il cosiddetto frammento terminale del complemento non è identificabile con le albumine seriche.* — Estr. dal « Boll. Soc. Biologia sperimentale », 1937, Firenze.

ID., *Si può separare dalla frazione albuminoidea del plasma il frammento terminale del complemento mediante adsorbimento con fibrinogeno.* — Estr. dal « Boll. Soc. It. Biologia sperimentale », 1937, Firenze.

ID., *Sulle proprietà del siero fresco (Nota 2).* Estr. dal « Boll. Ist. Sieroterapico Milanese », 1938, Milano.

FERRANTI e TORRINI, *Frazione globulinica dei sieri e trombina.* — Estr. dal « Boll. Soc. It. Biologia sperimentale », 1937, Firenze.

FERRANTI e TORRINI, *Rapporti della trombochinase e delle sostanze ad azione anticoagulante con le globuline e con le albumine plasmatiche.* — Estr. dal « Boll. Soc. It. Biologia Sperimentale », 1937, Firenze.

FERRANTI e TORRINI, *Sulle proprietà del siero fresco.* — Nota III, Estr. dal « Boll. Ist. Sieroterapico Milanese », 1938, Milano.

FERRANTI, *Sulle proprietà del siero fresco.* — Nota IV, Estr. « Boll. Ist. Sieroterapico Milanese », 1938, Milano.

LACROIX, *L'impiego in medicina legale del metodo Pichworth modificato per lo studio della rete vascolare del polmone.* — Estr. da Zacchia, 1938, Roma.

L'A. descrive il metodo con alcune modificazioni personali ed auspica che venga più largamente usato in anatomia patologica e in medicina legale.

Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari

Dr. BUSSI Carlo, Tolmino (Gorizia).

Dr. VASSONEY Angelo, Donnaz (Aosta).

Dr. QUINTO Carlo, Otricoli (Terni).

Dr. PASTORELLA Calogero, Mestre (Venezia).

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

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

(217) Soc. Tip. Castaldi - Via Casilina, 49 - Roma

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.

Di prossima istituzione :

PORTICI (Napoli) - Consultorio presso l'Agenzia Principale.

TIVOLI (Roma) - Consultorio presso l'Agenzia Principale.

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:*

Tutti 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).

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.

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

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

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

2) *Esame dell'espettorato.*

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

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

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

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

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

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

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

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

11) *Esame del sangue: per la reazione di Ide.*

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

13) *Elettrocardiogramma.*

14) *Misurazione della pressione arteriosa.*

15) *Teleradiografia del torace.*

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

D) *Consultori gratuiti per il collaudo dell'organo della vista per tutti gli assicurati:*

in Roma, Via Sallustiana, n. 51 (Direzione Sanitaria Centrale).

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

E) *Consultorio gratuito per il collaudo dell'orecchio, naso, gola, per tutti gli assicurati presso il Servizio Sanitario Centrale: Roma, Via Sallustiana, 51.*

F) *Consultorio per cure odontoiatriche per tutti gli assicurati presso il Servizio Sanitario Centrale: Roma, Via Sallustiana, 51.*

G) *Consultazioni gratuite di igiene presso i Centri e Consultori dell'I.N.A. per tutti gli assicurati:*

igiene dell'alimentazione;

» *del lavoro;*

» *matrimoniale;*

» *del vestiario;*

» *della casa;*

» *dello sport;*

» *tropicale; ecc.*

per la prevenzione delle malattie, specialmente infettive.

H) *Prestiti senza interessi agli assicurati con polizze ordinarie e collettive che debbono*

sottoporsi ad operazioni di alta chirurgia, per la somma occorrente a pagare le relative spese, debitamente comprovate (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. G. PENSO.

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.

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, giovedì e venerdì 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 venerdì e sabati ore 10-12, 15-18.

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.

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, sospeso temporaneamente.

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.
Canicatti: 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. Cairali - Dr. L. PENNESI, V. Malta; Dr. A. TASSONI, V. Malta.

(3) *Fermo*: Dr. A. LODOVICI, V. Sapienza, 4.

ASTI

- (1) *Asti*: Dr. A. DEGAN, 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 - Cav. Dr. C. CASTELLI - Prof. Dr. G. CAVAZZENI, V. Roma, 6 - Dr. V. DAL LAGO, P. V. Veneto, 1.

(2) *Bergamo*: Prof. Dr. A. BUSACCA, V. Tasso, 4 - Prof. Dr. A. SEGUINI, V. Roma, 8 - Dr. G. ZONCA, V. XX Settembre, 14.

(3) *Bergamo*: Dr. I. CALDEROLI, V. XX Settembre, 46 - Dr. G. PALVIS, V. XX Settembre, 7.

BOLOGNA

- (1) *Bologna*: Dr. F. BIGNARDI, V. Saffi, 2 - Dr. G. CAPUZZI, P. de Marchi, 6 - Dr. A. CARAMITI, V. Innerio, 17 - Dr. A. FRANCESCONI, V. Saffi, 2 - Dr. M. GIANNOTTI, V. Saffi, 2 - Dr. G. PIVA, V. Maggiore, 5.

(2) *Bologna*: Dr. L. CAPRA, V. Indipendenza, 2 - Prof. Dr. C. MARIOTTI, V. Castiglione, 5 - Dr. G. NARDI, V. Frassinago, 21 - Dr. D. PALMIERI, V. Righi, 34 - Prof. Dr. G. RICCHI, V. San Stefano, 43 - Prof. Dr. X. NAPOLEONE, V. Guerrazzi, 29.

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

BOLZANO

- (1) *Bolzano*: Dr. E. GRONES, C. Vitt. Emanuele, 7 - Dr. F. TRANQUILLI, P. Vitt. Emanuele, 8.

Bressanone: Dr. M. REIS, V. Ponte Aquila, 1.

Merano: Dr. G. DE BOSIO - Dr. A. KONIG, Corso Goethe, 6 - Dr. F. SINGER, V. Dante, 38.

(2) *Bolzano*: Prof. Dr. G. MFNESTRINA, 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.
Serramanna: Dr. L. PITTAU.
 (3) *Cagliari*: Dr. A. CANESSA, V. Manno, 5 - Dr. L. LAUDADIO, 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. CHIUMENTI, V. Trento - Dr. F. LOFFREDO, V. Isonzo.

CREMONA

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

CUNEO

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

ENNA

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

FERRARA

- (1) *Ferrara*: Dr. A. CAVALLARI, Largo Castello - Dr. G. FINI, Corso Giovacca, 3 - Dr. D. MORI, V. Cortevicchia, 3 - Dr. A. TESI, V. Palestro, 21 - Dr. G. TESI, V. Palestro, 21.
 (3) *Ferrara*: Dr. A. MANFREDI, V. Borgoleoni, 122 - Dr. E. MURATORI, V. Palestro, 62.
 (2) *Ferrara*: Dr. S. CECCOLI, Vicolo del Teatro, 2 - Dr. M. VERZELLA, Corso Porta Mare, 11.

FIRENZE

- (1) *Firenze*: Dr. V. ARNONE, V. Pandolfini, 26 - Dr. A. CITELLI, Lung'Arno Acciaiuoli, 22 - Dr. G. PUTTI, V. dei Servi, 6 - Dr. C. RAMONINO, V. Vecchietti, 9 - Dr. S. CALAMARI, V. Della Pergola, 14-bis.

FOGGIA

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

FORLÌ

- (1) *Forlì*: Dr. G. VESPIGNANI, Corso Garibaldi - Dr. A. BRIGANTI, Capitano 2° Fanteria - Dr. A. CASALI, Corso Garibaldi.
Rimini: Dr. E. LAZZAROTTO - Dr. L. PEDRAZZI - Dr. R. PELOSI.
 (2) *Forlì*: Dr. P. MARCHINI, Corso A. Diaz - Dr. O. SANTONOCETO, V. Giovanni dalle Bande Nere.
 (3) *Forlì*: Dr. F. SEGANTI, V. Madenti.

GENOVA

- (1) *Genova*: Dr. G. MORIANI, P. Corvetto, 1/4.
Cornigliano: Dr. G. TRAVAGLINI, V. Garibaldi, 13.
Genova: Dr. F. PUPPO, Salita S. Caterina, 1/2.

GORIZIA

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

GROSSETO

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

IMPERIA

- (1) *Imperia*: Dr. R. AMORETTI, V. Alfieri, 18 - Dr. O. DE VECCHI, V. del Monte - Dr. A. LATRONICO, V. Berio, 5 bis - Dr. C. MURA, Corso Dante, 2 - Dr. A. NATTA, V. Gandolfo, 1.

Bordighera: Dr. E. BUFFA, V. Sant'Antonio - Dr. I. DEL BOCA, V. Vittorio Emanuele.
Sanremo: Dr. E. GISMONDI, V. Vitt. Emanuele, 11 - Dr. G. ELENA, V. Carli, 1.

Ventimiglia: Dr. G. BUONSIGNORE, V. Roma, 7 - Dr. F. UGOLINI, V. Cavour, 51.

(2) *Imperia*: Dr. M. ODISIO, V. G. Berio, 9.
Oneglia: Dr. G. GRIVA.

Sanremo: Dr. G. GRIVA, V. Vitt. Emanuele, 18 - Dr. M. ODISIO, V. Vitt. Emanuele, 8.

(3) *Bordighera*: Dr. E. VERDUN, V. Vitt. Emanuele, 8.

Sanremo: Dr. M. DE MARCHI, V. Vitt. Emanuele, 18.

Ventimiglia: Dr. E. VERDUN, V. Vitt. Emanuele, 18.

LIVORNO

(1) *Livorno*: Dr. I. CAPITANI, Scali Ugo Botti, 2 - Dr. O. CASAGNI, V. Magenta, 8 - Dr. C. QUARANTORSI, V. Enrico Mayer, 18.

Portoferraio: Dr. A. LAGHI.

(2) *Livorno*: Dr. M. PARDUCCI, V. del Fante, 3.

(3) *Suvereto di Livorno*: Dr. L. CHIERICI.

LUCCA

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

Viareggio: Dr. G. GIUFFRIDA.

MANTOVA

(1) *Mantova*: Dr. G. CONSOLO, C. Umberto I, 89 - Dr. R. LASAGNA, V. Chiassi, 2 - Dr. E. PONGILUPPI, P. Imperia - Dr. M. PREDARI, V. Marangoni - Dr. L. VENERI, C. V. Emanuele, 64 - Dr. G. ZAGNI, V. B. Grazioli, 32.

(2) *Mantova*: Prof. Dr. D. FERRI, V. Battisti - Prof. D. PREVEDI, C. V. Emanuele, 7.

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

MASSA-CARRARA

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

MATERA

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

MESSINA

(1) *Messina*: Dr. F. TODARO, V. Dei Verdi.

(2) *Messina*: Dr. V. LA ROSA, V. Pavia - Prof. Dr. F. SCULLICA, V. Cavour, 131 isol. 336.

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

MILANO

(1) *Milano*: Dr. G. ALTARA, Corso Roma, 63.

(2) Prof. Dr. A. BUSACCA, Foro Bonaparte, 46.

(1) *Magenta*: Dr. R. RUSSITANO.

Milano: Dr. G. BIAGINI, V. Aversa, 17.

Monza: Dr. E. BONSAGLIO, V. Vitt. Emanuele, 1 - Dr. A. CAMPANARI, V. Italia, 13 - Dr. P. SAVIO, V. B. Lumi, 3.

MODENA

(3) *Modena*: Gr. Uff. Dr. G. 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. BENEGIANO, 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. VAUDETTI, 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. Caliarì.

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.

Tradate: 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. SAGRAMO-SO, V. Santa Chiara, 13 - Dr. C. TAPPARINI, Viale N. Bixio, 17.

Bardolino: Dr. P. PEDUZZI.

Legnano: Dr. U. BONFANTE

VICENZA

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

Arcignano: 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. Britto, 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 TERME (Padova)	Acque clorurate - solfo - 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 - Duc Torri: 50% visita med. - 25% cure - 20% pensione - Morosini: 18% pensione C. B.
ACQUA SANTA (Ascoli Piceno)	Acque clorate - sodiche - solfuro termale - Fanghi - Inalazioni.	Artriti cr. - Mal. ricambio, pelle, respiratorie.	25% Grotta sudatoria e fanghi - 50% Bagni.
BOGNANCO (Novara)	Acque bicarbonate magnesiche radioattive.	Stitichezza - Epatopatie cr. - Colecistiti.	50% su tariffe.
CARAMANICO (Pescara)	Acque solforose	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 - calcico - magnesiche. Bibita, bagni, fanghi.	Affezioni vie biliari - Disfunzioni epatiche - Ipertensione (balneoterapia).	10% sugli abbonamenti alle libite e bagni 1° e 2° classe (per forme popolari anche 3° classe)
FIUGGI (Frosinone)	Acque oligometalliche-radioattive.	Diatesi 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 - clorate - sodiche. Bagni, enterocleaner, irrigazioni vaginali, nebulizzazioni secche.	Stitichezza spastica e atonica - Obesità - Disfunzione del fegato.	25% su tariffe.
MONSUMMANO (Pistoia)	Grotte sudorifere da 27.5 a 84° - Bagni, fanghi.	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	20% su tariffe.
MONTECATINI. (Pistoia)	Acque clorate-sodiche - Fanghi vegeto-minerali - Bagni.	Stitichezza - Epatopatie cr. - colecistiti.	10% su tariffe (aprile-luglio e ottobre-novembre).
MONTEGROTTO T. (Padova)	Acque clorate-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 salsobromoioniche clorate sodiche - solfuree.	Stitichezza - Epatopatie cr. - colecistiti.	20% ingressi stabilimenti - 25% sulle cure.
POZZUOLI (Terme puteolane) (Napoli)	Acque clorate-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 salsobromiodiche	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	Assic. pol. ord. e coll. 20% sulle tariffe sconti dagli alberghi Porro e Valentini.
S. CASCIANO B. (Siena)	Acque solfato - calcico - carboniche, da 30 a 45° C. - Fanghi vegeto-minerali caldi	Stitichezze - Epatopatie cr. - Colecistiti.	30% su tariffe 1ª classe - 50% su tariffe 2ª classe.
S. PELLEGRINO (Bergamo)	Acque bicarbonato-sodico calcico-magnesiache a 23° C.	Ipercloridria - Atonia gastrica - Gastroenterite cr.	25% sulle tariffe.
S. CESAREA (Lecce)	Acqua solfocarbonato calcica a 33° C. - Fanghi veg. min.	Artriti e reumatismi cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti.	Ass. pol. ord. e coll. - 25% sulle tariffe.
SARDARA (Cagliari)	Acqua bicarbonato sodica a 50° - 55° - 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.
SCRAJO 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-termali-radioattive.	Reumatismo - Artrite cr. - Nevralgie - Gotta.	15% su pensione di L. 80 - 25% su bagno e stufa.
TRESCORE BALNEARIO (Bergamo)	Acqua clorurata sodico calcica - 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

RODI (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 4 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

(217) Società Tipografica Castaldi - Roma, Via Casilina, 49 - Tel. 70.409

II BILANCIO 1938

dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e gli utili destinati agli assicurati

Le risultanze del bilancio dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni per il 1938 dimostrano sviluppi importantissimi dell'Azienda in ogni sua attività.

1) GLI UTILI NETTI D'ESERCIZIO risultano di

L. 66.821.066,73

e cioè di L. 3.698.507,12 superiori a quelli del 1937.

2) LA MASSA GLOBALE DEL PORTAFOGLIO raggiunge un totale di 2.577.482 contratti per un ammontare di 17 miliardi e 374 milioni contro 2.352.835 contratti per un capitale di 15 miliardi e 848 milioni del 1937. Computando anche i capitali corrispondenti alle rendite vitalizie in vigore, il portafoglio dell'Istituto risulta di L. 18 miliardi e 231 milioni.

3) LE ATTIVITA' PATRIMONIALI al 31 dicembre 1938 risultano di L. 6.423.702.285,54 contro 6.088.965.095,28 del 1937; con un aumento di circa 335 milioni di lire.

4) LE RISERVE A GARANZIA DEI CONTRATTI IN CORSO al 31 dicembre 1938 sono di L. 4.831.245.658 contro 4.313.422.863 del 1937; con un aumento quindi di oltre 517 milioni di lire.

Se si prescinde dalla eccezionale operazione abbinata al Prestito sulla proprietà immobiliare, che nel 1937 diede da sola una produzione di circa 750 milioni di lire, si rileva che l'incremento dei capitali assicurati è stato nell'esercizio 1938, di circa il 33 %, essendosi passati, dall'uno all'altro esercizio, da L. 2.176.586.373 a L. 2.899.256.535, senza tener conto delle quote dovute a termini di legge dalle Compagnie private sui contratti assunti nel Regno.

GLI UTILI DI SPETTANZA DEGLI ASSICURATI SOMMANO A

L. 27.283.853,43

E IDENTICA QUOTA VIENE VERSATA AL TESORO DELLO STATO.

PER GLI ASSICURATI ANTERIORI AL 1° LUGLIO 1936 LA PARTECIPAZIONE CONTINUA AD ANDARE IN AUMENTO DEL CAPITALE ASSICURATO.

NELLA MISURA DEL 5 PER MILLE

E PERTANTO I CONTRATTI IN VIGORE FIN DAL 1930 VENGONO AD AVERE, A TUTT'OGGI, I SEGUENTI AUMENTI:

PER L'ESERCIZIO 1930	3,— PER MILLE
» » 1931	3,50 » »
» » 1932	4,— » »
» » 1933	4,50 » »
PER GLI ESERCIZI DAL 1934 AL 1938 COMPRESO, 5 PER MILLE PER OGNI ESERCIZIO	25,— » »
TOTALE	40,— PER MILLE

I CONTRATTI STIPULATI DOPO IL 1° LUGLIO 1936 IN FORMA ORDINARIA E A PREMIO ANNUO FRUISCONO INVECE, COME E' NOTO, DELLA PARTECIPAZIONE AGLI UTILI CON EFFETTO IMMEDIATO, SOTTO FORMA DI RIDUZIONE DEL PREMIO, CHE VIENE REALIZZATA ALL'ATTO DEL PAGAMENTO DEL PREMIO ANNUO SUCCESSIVO. TALE PARTECIPAZIONE POTRA' ESSERE CONSENTITA ANCHE PER IL 1938.

NELLA MISURA DEL 6 % DEL PREMIO ANNUO

In totale, nel breve periodo di tempo che corre dal 1930 al 1938, le somme assegnate dall'Istituto ai suoi assicurati, come quote di partecipazione agli utili dell'Azienda, ammontano complessivamente ad oltre

CENTONOVANTADUE MILIONI DI LIRE

Questo rapido esame della situazione dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni al 31 dicembre 1938 dà un'idea sintetica del progresso del grande Ente di Stato; il quale, con sforzo gigantesco, attraverso il costante perfezionamento della tecnica e della propaganda divulgativa e riducendo praticamente il costo dell'assicurazione-vita, colla partecipazione degli assicurati agli utili dell'Azienda conquista masse sempre più vaste al risparmio assicurativo, che è salvaguardia e benessere per i popoli civili.

