

L'ASSISTENZA

SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno VIII
Numero 4
15 Agosto
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

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

DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE - VIA SALLUSTIANA, 51 - ROMA
 ABBONAMENTO ANNUO: PER L'ITALIA L. 20; PER L'ESTERO L. 40; PER I MEDICI FIDUCIARI L. 10

SOMMARIO

1. Consigli agli assicurati:

- a) Dott. P. MARCHESI, Un pregio dell'estate 242
 b) Dott. M. CLAUSI-SCHETTINI, Os- servate le vostre urine . . . 248
 c) Rassegna di articoli d'igiene . . . 253

2. Notiziario 255

3. Studi e ricerche di medicina delle Assicurazioni Vita:

- a) Dott. A. SULTANO, La pressione arteriosa e le sue alterazioni 263
 b) Dott. E. BAFFA, Pneumotorace spontaneo con pleurite essudativa specifica 285

4. Dalle riviste che riceviamo in cambio 300

5. Semeiotica di Medicina delle Assicurazioni Vita:

- Dott. T. RICCIOTRI, Ricerche radio- grafiche nell'ipertensione . . . 305

6. Varie:

- Dott. DI LILLO, Lavoro, fatica, stra- pazzo 309

7. Dai Libri e dai Periodici . . . 315

8. Pubblicazioni ricevute 319

9. Vuoti nelle file dei nostri fidu- ciari 320

10. Provvidenze Sanitarie a favore degli Assicurati dell'INA I-XII

NORME PER I COLLABORATORI: Si pubblicano lavori brevi (massimo venti pa- gine 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**UN PREGIO DELL' ESTATE**

Nella stagione del solleone, dalle giornate serene ed assolate e dalle chiare notti lunari o stellate, molte sono le risorse che la natura ci offre perchè il corpo vi attinga forza e vigore.

Non mi soffermerò, o lettori, sulle influenze che hanno i dolci sussurri della natura e sugli influssi dei raggi cosmici e delle radiazioni telluriche, nelle stazioni climatiche e balneari, marine o montane, per la costituzione neurormonica degli organismi. Non inneggerò al verde, al bleu e ai molti altri colori, nè alla luce di questa stagione delle messi e dei fiori.

Nell'estate si possono più facilmente rinfrancare le proprie energie e ristorare le proprie forze stanche come pure si può disintossicare il proprio organismo con l'andare a respirare l'aria fresca e pura della montagna, della campagna o del mare. Tutti sanno, e quasi tutti cercano di farlo, che è bene d'estate uscire e star lontani dalla città per un po' di tempo ed esporsi saggiamente ai caldi raggi del grande padre e medico sole.

D'un altro dono che ci offre l'estate, desidero parlare, d'un pregio che non tutti bene conoscono e di cui di conseguenza non molti usufruiscono.

« Qual'è questo pregio? », mi domanderete voi. « Il poter mangiare verdure e frutti freschi e crudi » rispondo io.

L'estate ci offre la possibilità di nutrirci di questi cibi più di qualsiasi altra stagione. Approfittiamone. Trascuriamo un po' nella calda stagione tutti gli alimenti che cuochi bravi e famosi ci ammanniscono sotto forma di piatti

succulenti nella loro complessità e artisticamente preparati per la gioia dei nostri occhi più o meno snobistici e mangiamo piuttosto verdure e frutta fresche e crude che oltre ad essere spessissimo cibi gradevoli e gustosi, specie nella stagione estiva, fanno bene alla nostra salute soprattutto perchè contengono le vitamine.

I numerosi lavori apparsi nel corso di questi ultimi anni hanno completamente trasformato la questione delle vitamine; d'un piccolo capitolo dell'alimentazione, essi ne hanno fatto un dominio immenso di cui pochi altri eguagliano l'importanza in biologia. Trattiamone ora un po' succintamente.

Quando abbiamo curato l'introduzione colla dieta di una quantità sufficiente di tutti i principî alimentari noti, nella loro composizione (circa il contenuto di aminoacidi nelle sostanze proteiche, circa la composizione percentuale nella miscela salina) e nella conveniente correlazione reciproca (circa il rapporto fra grassi e idrati di carbonio) se nel fare ciò abbiamo impiegato sostanze chimicamente pure, ci accorgiamo che la dieta è ancora difettosa e che essa diviene sufficiente ad assicurare la vita e lo sviluppo degli animali e dell'uomo soltanto se ad essa aggiungiamo quantità anche piccolissime di certi prodotti naturali: le vitamine.

Queste sostanze denominate in tal modo da Funk, svolgono una funzione importante anzi essenziale nella regolazione dell'economia del nostro organismo insieme cogli ormoni prodotti dalle ghiandole a secrezione interna e coi fer-

menti e cofermenti provenienti dalla grande maggioranza delle cellule del nostro organismo.

Le vitamine, gli ormoni, i fermenti e i cofermenti agiscono in quantità piccolissime come « sostanze stimolanti » o come catalizzatori e servono a mantenere per via umorale l'armonia delle funzioni vitali degli organismi animali il cui controllo direttivo è affidato al sistema nervoso. E' da dire qui per inciso che al lume delle più recenti ricerche scientifiche una netta distinzione fra vitamine e ormoni non è più possibile mantenerla fungendo a volte le vitamine da ormoni e viceversa.

Le vitamine necessarie al nostro organismo provengono per lo più dall'ambiente esterno e sotto la forma attiva noi le riceviamo generalmente per mezzo degli alimenti specie freschi e crudi. Ma non esclusivamente perchè esse qualche volta si possono sintetizzare nell'organismo animale. Per esempio la vitamina A può essere formata nell'organismo dalle carotine contenute nei cibi; la vitamina C si forma in molti organismi animali in cui è quindi un ormone (non si forma in altri come cavie, scimmie, uomo i quali non possono fare assegnamento altro che sulla somministrazione di vitamina C cogli alimenti); la vitamina D può formarsi nella cute per azione dei raggi ultravioletti.

Molteplici sono le ricerche e le scoperte che si vanno facendo nel campo vitaminologico. Tanto è vero che la famiglia delle vitamine individuata da Funk, si è estesa grandemente e i suoi componenti si sono letteralmente moltiplicati. Non solo ma di alcune di esse allo stato attuale si conosce perfettamente la struttura chimica ed è possibile la fabbricazione sintetica.

Le vitamine vengono in genere denominate per mezzo di lettere alfabetiche.

Delle più importanti e più conosciute di esse diremo ora poche parole.

La vitamina A anticheratomalacica, o antixerofthalmica proviene come si è detto dalle carotine ed è la vitamina liposolubile (solubile nei grassi) preposta all'accrescimento dell'organismo in genere e che ha azione protettiva sugli epiteli. Rispetto alle temperature elevate la vitamina A ha un comportamento diverso a seconda che si trovi o no al contatto dell'aria; nel primo caso viene distrutta più facilmente.

In sua mancanza quasi tutti gli epiteli si atrofizzano e degenerano e quindi per la cornea si ha cheratomalacia e xerofthalmia, per gli epiteli delle vie urinarie: pielite, cistite, calcolosi; per quelli della vagina e della pelle: secchezza, cheratosi; per quelli dell'apparato respiratorio: bronchite secca con tutti i suoi sintomi; per quelli del canale gastroenterico: achilia, enterocolite. Come provitamina (sostanza questa che nell'organismo viene trasformata in vitamina) la troviamo in: carote, spinaci, pomodori, piselli verdi, more, mirtili, uva spina, ciliege, pesche, albicocche e infine aranci e limoni; come vitamina la troviamo nel burro, nel formaggio, nel latte, nel tuorlo d'uovo, nel fegato, nell'olio di fegato di merluzzo.

Nei riguardi della vitamina B le vedute odierne hanno stabilito trattarsi d'un gruppo di fattori ed è perciò che si parla più di complesso B che di vitamina B. Questo complesso è scomponibile, secondo il Szent György, in vitamina B₁, B₂, B₃, B₆, in vitamina PP e in fattore H. Il campo al riguardo però non è ancora rischiarato completamente bene, tanto è vero che altri AA. fanno altre suddivisioni e danno altre denominazioni. Noi in questo breve nostro sommario, seguiremo i concetti del György, geniale e fortunato studioso e ricercatore nel campo vitaminologico.

La vitamina B₁ (detta anche F), o aneurina, o vitamina antineuritica, è un corpo azotato e solforato, per meglio dire è l'unica vitamina conosciuta contenente zolfo, è idrosolubile (solubile nell'acqua), termolabile (cioè facilmente deteriorabile con temperature superiori al normale), insensibile all'ossigeno dell'aria. Non si conosce ancora perfettamente bene la sua azione fisiologica nell'organismo umano. Si sa che è in rapporto col metabolismo degli idrati di carbonio, specialmente con quelli del sistema nervoso. Infatti nel Beriberi, che è la malattia dovuta a mancanza di B₁, si determina un accumulo di sostanze patologiche del metabolismo intermedio degli idrati di carbonio (acido piruvico e lattico).

La mancanza del fattore B₁ provoca bradicardia, crisi nervose, fino al quadro morboso completo che è caratterizzato, come abbiamo detto, dal Beriberi, la malattia asiatica ed americana, prodotta in prevalenza dall'alimentazione con riso brillato e diffusa perciò fra le popolazioni che si nutrono maggiormente di tal cibo. Il Beriberi è contraddistinto da molteplici disturbi nervosi (dissestesie, parestesie, paralisi, distrofie, atrofie) e circolatori (edemi, aritmie, tachicardia, iposistolia fino alla completa insufficienza cardiovascolare) sui quali per ragioni ovvie non è possibile qui intrattenerci.

Tutte le infime forme vegetali possiedono la capacità di sintetizzare la B₁. Infatti uno dei vettori principali di essa, accanto alla crusca dei cereali, è il lievito di birra. La vitamina B₁ si ritrova anche in molti erbaggi verdi come: spinaci, insalata, cavoli, carote, legumi (fagioli, piselli, lenti), pomodori, aranci, limoni, uva. E' da ricordare qui che la B₁ s'accumula poco nell'organismo animale (dove si può ritrovare nel cuore, nel rene, e nel fegato) ed è per tal ra-

gione che questo deve essere sempre di continuo rifornito di tale importante fattore. Ciò in condizioni normali, tanto più poi nelle malattie febbrili, nella gravidanza, nel puerperio, nello sviluppo e in tutte le condizioni fisiologiche e patologiche dove sussiste un aumentato ricambio di carboidrati, per il suddetto molto stretto rapporto fra il ricambio degli idrati di carbonio e la B₁.

Le vitamine della frazione B₂ esercitano un'azione sulla crescita, ma anche un'azione antidermatitica. Attraverso lo studio approfondito delle lesioni cutanee si sono separate una vitamina B₂ propriamente detta, costituita dalle diverse flavine, una vitamina B₆, una H e una PP (pellagra preventing factor).

La B₂ propriamente detta (o C o Y) è stata identificata da Kuhn, György, e Wagner Jauregg con sostanze chimiche fluorescenti chiamate flavine, che si possono estrarre dal latte, dal bianco d'uovo, dal fegato di diversi animali ed a seconda della loro origine chiamate: lactoflavina, ovoflavina, epatoflavina. Le flavine si ritrovano in scarsa quantità anche nei cereali.

Un vitto carente di B₂ produce nel capo e al muso dei ratti dermatite con caduta dei peli, placche di calvizie, esudazione sierosa e sanguinolenta delle palpebre.

La vitamina B₆ è stata caratterizzata da György e considerata come antiacrodinica. Se ne ignora la natura. La sua assenza nell'alimentazione dei ratti produce in detti animali dermatite con rossore e gonfiore dei tessuti e in più edemi delle estremità delle zampe; delle orecchie e del naso: quadro questo che non si deve confondere con quello della pellagra. La B₆ è contenuta nei cereali, nel frumento, nel lievito, nelle aringhe, nel salmone.

La vitamina H o antiseborroica di György o fattore X di Boas si trova

anch'essa nel lievito. Di essa si sa poco. Il fattore PP (detto da alcuni B₂) descritto ed isolato dal Goldberger nel lievito di birra dal fattore anti-Berberico, è quella vitamina nella cui assenza si producono le caratteristiche alterazioni buccali, cutanee, trofiche, intestinali, nervose della pellagra, alterazioni che erano triste appannaggio (oramai quasi del tutto scomparso) delle popolazioni specialmente venete che si nutrivano si può dire quasi esclusivamente di grano-turco.

In questi ultimi tempi si è pensato alla molto probabile identità o somiglianza di questo fattore con l'acido nicotinico (che è uno dei due nuclei da cui è formata la molecola della nicotina) in relazione e in conseguenza degli effetti veramente curativi apportati dalla somministrazione del predetto acido contro le manifestazioni pellagrose.

Come abbiamo già accennato, nel complesso B s'ammette oggi anche un altro fattore: la vitamina B₃ o vitamina dell'utilizzazione nutritiva che si ritrova nel grano e nella farina integra del grano.

Ed ora passiamo alla vitamina C. Anche per essa studi recenti (Randoin e Lecoq) hanno portato alla considerazione di due fattori: il C₁, il meglio conosciuto, conservatore della integrità delle pareti capillari e il C₂, meno conosciuto, connesso col ricambio del ferro.

Il fattore C₁, identificato dal punto di vista chimico da Szent György con l'acido ascorbico la cui formula bruta è C₆H₈O₆, è idrosolubile e molto labile di fronte al riscaldamento, all'essiccamento, all'invecchiamento e agli agenti chimici e fisici in genere; è in stretti rapporti, finora non bene conosciuti, colla clorofilla delle piante.

La mancanza di C₁ nell'alimentazione delle cavie produce una caduta rapida del peso e dello sviluppo, dimagrimento

e astenia crescente fino a che nell'ultima settimana di vita compaiono tumefazioni dolorose delle articolazioni, gengivite a tipo scorbutico, lesioni ossee, emorragie fino ad arrivare alla morte dell'animale. Nell'uomo in assenza di C₁ nel vitto si instaura il quadro dello scorbutico con tutte le sue manifestazioni emorragiche, anemiche, articolari, stomatitiche e infettive, disturbi questi ben conosciuti dagli equipaggi nelle lunghe navigazioni dei secoli scorsi.

La vitamina C si ritrova negli erbaggi freschi e nei semi in germogliazione e più precisamente nell'insalata verde, nel cavolo, nel crescione, negli spinaci, nei porri e ancora più in abbondanza nel limone, nell'arancio, nella patata fresca e nel pomodoro (il quale come già è stato detto è anche ricco di A e di B). Manca completamente nella carne comune, nelle farine, nei semi in riposo. Può essere prodotta sinteticamente, come già abbiamo detto, negli organismi del ratto, del gatto e di altri animali. Nell'uomo si deposita e si ritrova nelle surrenali, nei genitali e meno nell'ipofisi. Dal punto di vista terapeutico si è provata già la sua a volte notevole efficacia nelle sindromi emorragiche a tipo capillare, nelle miastenien, nell'Addison, nelle polmoniti, nelle nefriti, nelle malattie infettive e febbrili in genere.

La vitamina D (C₂₈H₄O) è liposolubile ed è stata ottenuta artificialmente per la irradiazione ultravioletta dell'ergosterolo (D₂) e della deidrocolesterina (D₃). Il prodotto che si è riuscito ad isolare è designato talvolta col nome di calciferolo, perchè in relazione strettissima col ricambio del calcio e in seconda linea del fosforo nell'organismo.

La sua assenza porta alle conosciutissime alterazioni rachitiche, che d'altra parte non compaiono se gli organismi animali in dieta rachitogena vengono esposti alla luce solare o all'azione dei

raggi ultravioletti di una lampada a vapori di mercurio e ciò per il meccanismo suddetto della trasformazione dell'ergosterina della cute irradiata, in frazioni di vitamina antirachitica. Anche alimenti sforniti di potere antirachitico (oli, latte, ecc.) acquistano questo potere quando siano sottoposti ad irradiazione con raggi ultravioletti. Se la vitamina D è necessarissima al nostro organismo, specie in via di sviluppo, d'altra parte è stato visto che l'eccesso di somministrazione di questo fattore negli animali d'esperimento arreca notevoli danni come: cachessia, paresi, contratture muscolari delle estremità, calcificazioni premature delle cartilagini di coniugazione, calcificazione delle arterie e dei tessuti.

Molto ricchi di vitamina D sono il già tanto conosciuto olio di fegato di merluzzo e il tuorlo d'uovo. La diffusione dell'ergosterina in natura, però, può considerarsi estesissima sia nel regno animale come nel regno vegetale.

La vitamina E o vitamina della riproduzione o antisterile è chimicamente poco conosciuta. Sembra anch'essa solubile nei grassi, resiste discretamente al calore e alla saponificazione, poco all'essiccamento, viene subito distrutta dai raggi ultravioletti. Attualmente si considera in stretto rapporto coll'ormone sessuale dell'ipofisi anteriore.

Con dieta priva di vitamina E nei ratti maschi si producono gradualmente: sterilità incurabile, impotenza e arresto completo della vita sessuale; nei ratti femmina l'evoluzione e l'estro sessuale permangono normali e perciò si ha la possibilità del concepimento, il feto però si sviluppa scarsamente e dal tredicesimo giorno in poi viene riassorbito con frequente formazione di deciduomi conseguenziali.

La vitamina E si ritrova soprattutto nell'embrione del frumento e poi

anche nella crusca del riso e nella lattuga.

Concludendo, come brevemente si è visto, l'importanza delle vitamine in biologia è veramente grande, perchè queste sostanze con azione catalizzatrice suscitano e facilitano i fenomeni vitali, con processi a volte di riduzione a volte di ossigenazione, e sovrintendono perciò allo sviluppo, all'accrescimento e alla regolazione dell'organismo e di tutte le sue cellule. Perciò bisogna cercare che il nostro corpo venga sempre rifornito di questi elementi essenziali. Cosa facile a farsi se noi mangiamo cibi, specialmente verdura e frutta, freschi e crudi. E questo, perchè, come noi abbiamo già più volte ricordato, le vitamine sono sostanze facilmente reperibili nei vegetali integri e freschi e d'altra parte molto soggette e deteriorabili con agenti fisici e chimici in genere. L'abbiamo già detto ed è risaputo che la cottura e la conservazione degli alimenti specie in scatole metalliche (allo stato presente è ben conosciuta, specie per merito di Scheimert e collaboratori, l'azione deleteria di quantità minime di metalli sulle vitamine) altera e distrugge le vitamine.

Può darsi che qualcuno dei lettori non conoscendo l'orto o il giardino d'origine delle verdure e frutta e perciò il loro modo d'irrigazione e di raccolta, benchè già convinto di quanto sopra è stato detto, eviti però in genere di nutrirsi di vegetali crudi, per il timore di prendere infezioni intestinali. Per togliersi questo timore, questo qualcuno invece di cuocere le verdure prima di condirle, basterà nella grande maggioranza dei casi che le lavi o le faccia lavare abbondantemente con acqua potabile, magari dopo averle fatte stare per un certo tempo in bagno in acqua, in cui si sia aggiunto succo di limone o qualche goccia di acido cloridrico.

Avete timore che il vostro stomaco

o il vostro intestino non riescano a digerirle? Mangiate piano, masticate bene e v'accorgete ben presto che la verdura cruda si digerisce, a meno che non vi siano inconvenienti funzionali o lesioni organiche che ostino, colla stessa facilità con cui si digerisce la verdura cotta.

Oltre ad arrecare i vantaggi suddetti il mangiare verdure fresche e crude in estate è molto utile e salutare agli individui sani, che abbiano interesse a conservare la propria salute, per il fatto che l'organismo in tal modo si può riposare dalla frequente eccessiva ipervittitazione carnea e dall'eccessiva ingestione nel corso dell'anno di farinacei, zuccherini e grassi. Per questa stessa ragione ed in misura maggiore tale dieta sarà più che indicata agli adiposi, agli uricemici e ai diabetici, perchè così sarà favorita la eliminazione dell'acido urico e saranno messi in parziale riposo gli apparati uricolitici, glico e lipo-regolatori.

Cibatevi dunque di verdure fresche e crude e in abbondanza. Quest'esortazione la faccio tanto nei riguardi della quantità quanto e più della varietà. Non è poi un gran sacrificio che vi addito. Tutt'altro! Specie quando le verdure siano ben condite, giudiziosamente variate e gustosamente riunite a formare una gradevolissima insalata. Già la semplice insalata di lattuga fresca, conosciuta come blando sedativo del sistema nervoso per antico sapere di popolo e perciò più indicata al pasto della sera, è piatto più che soddisfacente. Ma se alcuno amasse il più complesso e il più saporito, mescoli o faccia mescolare con la lattuga o con altra verdura preferita del pomodoro piuttosto verde e crudo. Ne verrà fuori un cibo oltre che più appetitoso e più gustoso anche più nutriente e salutare per le ragioni suddette. Le signorine o signore nel leggerci,

non arriccino il nasino quando diciamo loro che nell'insalata starebbe bene anche la cipolla cruda. E' verissimo che la cipolla lascia un alito poco adatto a suscitare idee di poesia e a favorire i testa a testa. Non lo discutiamo minimamente. Ma è anche un fatto vero ed assodato che la cipolla cruda fa molto bene al nostro organismo. I bulgari che detengono il primato della longevità (non è eccezione rara trovare fra loro persone di 120 anni e più) si nutrono oltre che di Yogurt (latte acido) anche e con abbondanza di cipolle crude spolverate di sale e pepe, oppure di cipolle in insalata di patate o in latte cagliato. La cipolla cruda oltre a facilitare la longevità, ha la possibilità di ostacolare l'insorgere del cancro, per un meccanismo non ancora conosciuto, ma evidente nei suoi effetti. Nella Bulgaria dove, come già abbiamo detto, si mangiano in abbondanza cipolle, la mortalità da cancro è 12 volte inferiore a quella degli altri paesi. Anche certe popolazioni ebraiche della Polonia, molto povere, che si nutrono principalmente di pane e di cipolla cruda con sale, ignorano il cancro e hanno vita lunghissima. Dunque evidenti sono i vantaggi del mangiare cipolla cruda, perciò fatevi coraggio e fatele entrare fra i vostri alimenti. Per attenuare l'antipatica conseguenza dell'alito non bene odorante, mangiate l'insalata con cipolla o comunque la cipolla, al principio dei pasti, alla fine dei quali farete bene ad assaporare a lungo uno o due dei frutti fragranti e succosi. Ciò che è ottima cosa anche per le altre ragioni medico-igieniche che sopra ho ricordato. Se il cattivo odore non fosse scomparso completamente dal vostro alito usate dopo il pasto un po' più a lungo del solito un dentifricio colluttorio profumato con cui vi farete gargarismi e vi laverete bene la bocca. A questo punto, ne sono

sicuro, qualcuna delle giovani lettrici dirà: « va bene dottore sarà fatto, ma perchè non mettere nell'insalata anche un po' d'aglio? ». Al che rispondiamo: « per l'aglio è questione di gusti. Se vi piace, mettetelo pure nell'insalata e se v'aggrada, mangiatelo pure da solo. Noi non vi forziamo davvero perchè l'aglio non è necessario a voi, a meno che non abbiate gli intestini in disordine. E' necessario piuttosto ai vostri genitori se questi sono d'una certa età e specie se il medico ha trovato loro una pressione arteriosa elevata ».

Perchè dovete sapere che l'aglio, il bulbo sgradevole tanto da essere odiato da Alfonso di Castiglia e dal suo ordine, oltre che essere un antidiarroico, un antiseptico e un regolatore intestinale, abbassa la pressione arteriosa quando questa sia alta, combatte e attenua tutti i disturbi soggettivi dell'ipertensione e

dell'arteriosclerosi (vampate di calore, vertigini, cefalea, ecc.). Perciò le persone di una certa età se ne avranno bisogno e se sono saggi, vinceranno il disgusto se ne hanno e ne mangeranno nell'insalata o meglio in altri piatti dove più loro piacerà.

In estate dunque oltre che tingersi al sole e respirare l'aria pura nella riposante quiete della campagna e del mare beneficiamo anche di tutto ciò che questa stagione ci offre sotto forma di verdure e frutta fresche e crude. Così immagazzineremo per le stagioni piovose e povere di sole tutte quelle sostanze che Febo coi suoi raggi e irradiazioni ci elargisce con tanta munificenza sia direttamente che indirettamente, quelle sostanze cioè più che necessarie per il buon funzionamento del nostro organismo.

Dott. FAUSTO MARCHESI

OSSERVATE LE VOSTRE URINE

Nel titolo non è tutto, e occorre subito aggiungere: fate osservare le vostre urine.

Non passate oltre, miei lettori, abbozzando un gesto di disgusto, e non vi meravigliate se la parola del Medico oggi vi intrattiene su di un argomento poco pulito. Vedrete come in un liquido immondo si possa trovare spesso il segno della sofferenza della carne e la via per la ricostruzione di una bellezza sfiorita o di una forza perduta che pur dovranno umiliarsi davanti alle forme della materia. La gioia della vita, il profumo di tutte le beltà, le armonie più affascinanti e sublimi non nascono sulle corolle dei fiori, o negli occhi magnetici, pieni di mistero, di una donna che av-

vince, o nei contrasti di luci e di ombre creati dal pennello, o sulle corde vibranti della musica che inebria, o nello splendore di gemme che brillano senza riscaldare; ma hanno le loro radici profonde nella materia che con le sue leggi impone i tributi più umili alle superbie umane più smaglianti ed accese. Dove nasce, se non nella terra concimata, il profumo delizioso delle violette, e dove nascono tutte le bellezze dell'Universo se non nella eterna vicenda degli atomi che ora vanno per gli spazi azzurri a creare le iridescenze più belle, ora si trovano nell'argilla a formare il misero tetto di una misera capanna?

Tutti gli slanci della più alta spiritualità, tutte le melodie che cullano l'a-

nima e la carezzano, tutti i palpiti di un cuore che soffre, che ama, che odia, che vibra di vita e di speranza non sono che atti di una materia che nei misteri cellulari si forma e si disgrega, si assume e si elimina, in un ricambio perenne delle forme che appaiono e scompaiono come sogni di un attimo che pur s'eternano.

Materia è il cervello umano che un soffio divino conformò perchè l'uomo da quella sorgesse ad attingere le vette supreme dello spirito.

Ricambio è il pensiero, ricambio è la salute, e ambedue si offuscano e si piegano se gli atomi non corrono, se il sangue non si purga e si rinnova.

Come una fabbrica meravigliosa è il nostro organismo e, come quella, ha i suoi canali di espurgo attraverso i quali si libererà dei rifiuti. E in questi il medico che scruta troverà i segni di molte deviazioni che sono o diventeranno malattie, per ridare l'equilibrio a chi l'ha perduto o per difendere chi sta per perderlo. E l'equilibrio è salute, e la salute è gioia, ricchezza, profumo, forza indispensabile per respirare e godere le bellezze sublimi di cui la natura ci circonda.

« Facere non obscenum, dicere obscenum est », scriveva Cicerone, il principe del foro romano, volendosi riferire alle funzioni più elementari della vita vegetativa. Fare non è osceno, parlarne è osceno. Ma non è così per il medico che, pur sentendo come gli altri e forse più degli altri tutto il fascino delle più alte espressioni della natura, fruga nella immonda materia o nella putrida carne per conservare o per rendere la salute al suo simile minacciato o sofferente. La scuola salernitana considerava come uno degli inconvenienti della professione del medico quello di « dover odorare e se necessario anche assaggiare, le urine ». Già, « assaggiare! ». Perchè quando an-

cora i reattivi non c'erano toccava alla lingua del medico giudicare se il suo malato avesse zucchero nell'urina.

Certo fin dai tempi più remoti fu data la massima importanza all'esame delle urine per la diagnosi delle malattie.

Ippocrate, il padre della Medicina, vissuto circa quattro secoli a. C., scrisse intorno al colore, alla quantità e ai vari caratteri dell'urina, e nel nostro Rinascimento il medico è raffigurato nell'atto di guardare il « segno » cioè il vaso, che era considerato come sintomo principale delle malattie.

Leonardo Fioravanti, medico bolognese del 1500, in un suo libro, dopo aver definito la salute come « il grado bono in tutte le qualità, il condimento di tutte le altre parti e la cosa che più si desidera su questo mondo » racconta che avendo una signora mostrato la sua urina a vari medici questi ne fecero oggetto di così vivace discussione da venire alle mani e rompersi il vaso di terracotta sulla testa.

Non meno importante resta oggi l'analisi dell'urina per la diagnosi di varie malattie e per la prevenzione di gravi condizioni morbose che se curate in tempo possono essere dominate, guarite o ridotte ad una relativa innocuità, mentre se trascurate possono condurre più o meno rapidamente a morte.

Che l'urina chiara basti a tener lontano il medico — come afferma il proverbio popolare — non è affatto accettabile e, per citare un solo esempio eclatante, la nefrite cronica dà un'urina chiara ed abbondante pur essendo una malattia non lieve, per non dire del diabete cosiddetto insipido nel quale l'urina è come l'acqua senza appartenere perciò ad un organismo normale. Capita spesso al medico che richiede l'esame dell'urina sentirsi rispondere dal paziente: « Ma l'urina è chiara! », come

a voler negare l'utilità e la necessità della ricerca.

Molte vite potrebbero essere di molto prolungate se ogni individuo, senza attendere la vertigine, la cefalea, la succulenza delle palpebre, ecc., ecc., pur non avvertendo alcun disturbo, sottoponesse periodicamente le proprie urine ad una analisi o, per lo meno, se ogni individuo, osservando una qualche variazione nei caratteri più comuni della propria urina, che ora descriverò, ne presentasse un campione all'analista.

Non disgusto o disprezzo dunque, perchè le grandezze più eccelse e le luci più abbaglianti delle forme umane schiave furon create di un chimismo organico che è la base di tutte le armonie del corpo e della mente e di cui l'urina è l'espressione indispensabile che non può essere trascurata.

L'urina spia lo stato dell'organismo, e con i progressi delle ricerche chimiche e biologiche molto essa ci può dire sulle condizioni dei vari organi.

Non posso dire a voi miei lettori dei caratteri chimici dell'urina perchè essi, pur essendo molto più importanti, non possono essere da voi osservati, essendo di spettanza strettamente medica, e il Medico vi dirà se siano normali o patologici. Vi dirò invece di alcuni caratteri esteriori che voi facilmente potrete notare.

Quando l'urina viene emessa si osserva alla superficie una schiuma bianca che in brevissimo tempo scompare; ma se albumina, zucchero, acidi biliari sono presenti essa è persistente e resta visibile per un tempo più o meno lungo.

La quantità emessa nelle 24 ore varia da un litro e mezzo a due litri e subisce oscillazioni normali dipendenti dalla introduzione di liquidi o dalla emissione del sudore. Nella sudorazione abbondante l'urina diminuisce e perciò la quantità di essa è minore nell'estate e

maggiore nell'inverno; aumenta invece con l'introduzione abbondante di liquidi e diminuisce nel digiuno. Nelle malattie febbrili si ha una diminuzione per ritenzione di acqua nell'organismo, e un aumento all'inizio della convalescenza quando la febbre è scomparsa. La diarrea e il vomito fanno diminuire le urine, come pure il bagno caldo per la sudorazione che provoca, mentre il bagno freddo le fa aumentare. Ma ciò non vuol dire che si curerà una diminuzione di urina col bagno freddo perchè se il fatto fosse dovuto a malattia renale il freddo sarebbe oltremodo nocivo. Il tè, il caffè, il latte aumentano pure l'urinazione; ma mentre nelle malattie renali con oliguria (scarsa quantità di urina) il latte sarà concesso in misura limitata, bisognerà andar cauti col tè e col caffè perchè sono sostanze irritanti per il rene se molto concentrate.

La donna emette urina in quantità di poco inferiore rispetto all'uomo, il vecchio ne emette circa 1200 gr. e il bambino da poche decine di grammi nei primi giorni a circa 600 gr. a due anni.

Un volume di urina che costantemente si allontani in modo sensibile dalle cifre medie surriferite deve mettere senz'altro sull'avviso. A parte i casi rari di oliguria fisiologica, una quantità al disotto di 500 gr. in un adulto o intorno a questa cifra deve far sempre pensare a malattia, come pure una quantità superiore a 2000-3000 grammi. In condizioni patologiche l'urina può aumentare (poliuria) per nefrite cronica, diabete zuccherino, diabete insipido, stati ansiosi, squilibri neurovegetativi, ecc., o diminuire per malattie cardiache oltre che per malattie renali dove si può giungere fino alla soppressione completa (anuria). Anche nell'isterismo si possono avere variazioni nella quantità fino all'anuria.

Col variare della quantità varia anche

il colore, e l'urina emessa al mattino ha un colore più carico perchè più concentrata.

Il colore dell'urina normale va dal giallo pallido al giallo ambra più o meno intenso e in certe condizioni, come dopo esercizi fisici prolungati, può giungere al giallo rossastro o bruno. Tuttavia le variazioni costanti e pronunziate del colore debbono indurre sempre ad una analisi dell'urina.

Il colore può variare pure per ingestione di medicamenti.

Nella nefrite cronica, nell'anemia, nel diabete, l'urina è pallida fino ad essere quasi incolore; per la presenza di sangue, emoglobina assume un colore rosso, rossiccio o bruno scuro; per la presenza di pigmenti biliari assume un colore giallo verdognolo, nero verdognolo, bruno verdastro. Nelle malattie febbrili l'urina, oltre ad essere diminuita, come ho detto, è anche carica (urina della febbre).

Certi funghi mangerecci conferiscono normalmente alle urine un colore che va dal giallo carico al rosso bruno.

Una urina costantemente scarsa e molto carica può essere espressione di alterazione epatica latente e deve sempre mettere in sospetto. Coloriti speciali sono: quello biancastro (acqua di maccheroni) dovuto — se ciò avvenga già nell'atto dell'emissione dell'urina — a fosfati in eccesso; quello azzurro (decomposizione di indacano) riscontrato in malattie croniche vescicali. Se l'intorbidamento biancastro avviene dopo la emissione dell'urina ciò non ha nulla a che fare con la fosfaturia.

Se le urine emesse chiare vengono esposte alla luce esse si ossidano e acquistano il colore giallo dell'urina normale. Perciò quando si voglia dare importanza al colore dell'urina per un orientamento sulla funzione renale occorre osservare quella appena emessa.

Anche l'urina emessa normalmente colorata presenta una trasformazione in un colore più carico se esposta per vario tempo alla luce senza che ciò sia patologico. Essa però non deve tingere il « pitale » smaltato e poco o nulla la biancheria: se ciò avviene occorre sospettare una deviazione dalla norma.

Nell'urina della donna gravida, lasciata a sè, si forma facilmente una pellicola superficiale iridescente di kiestina, riscontrabile anche in altre condizioni, che oggi ha perduto tutto il valore diagnostico che un tempo le si attribuiva.

La scienza moderna è in grado di istituire delle ricerche sull'urina per stabilire precocemente lo stato di gravidanza.

In un papiro egiziano del 1350 a. C. si trova scritto che la donna può accertare se è gravida o meno irrorando con la sua urina semi di orzo e di farro. Se la donna è gravida i semi germoglieranno, e se germoglierà l'orzo la donna avrà un maschio, se germoglierà il farro ciò indicherà la nascita di una femmina.

E' meraviglioso che in queste credenze incontrollate e generalizzate degli Antichi si possa trovare il germe delle moderne scoperte. In questi ultimi anni è stato dimostrato che l'ormone ovarico follicolare, di cui l'urina della gravida è ricchissimo, aggiunto all'acqua contenente bulbi di cipolla o di giacinto ne accelera lo sviluppo e che i semi di orzo sotto l'azione dell'urina di gravida si sviluppano più rigogliosamente. E oggi per stabilire fin dall'inizio se una donna sia gravida s'inietta la sua urina ad una topina nella quale si osservano delle modificazioni speciali che non si verificano se la donna non è gravida.

Il disgusto che il titolo vi ha svegliato, miei lettori, mi sarà ancor più perdonato se vi dirò ancora che dall'urina di cavalle gravide si estrae l'ormone fol-

licolare che viene usato anche in terapia a sedare molti disturbi della donna o a svegliare attività sopite e i fermenti di una femminilità assente.

L'urinoterapia è oggi molto diffusa per certe malattie e consiste nell'iniezione al paziente di piccole quantità di urina; ed Oriel recentemente isolava dalle urine di malati affetti da malattie allergiche una sostanza che chiamò « sostanza P » e che può servire a scopo diagnostico e terapeutico.

Dopo questa breve divagazione torniamo dunque al titolo e prendiamo in esame alcuni altri caratteri dell'urina.

Normalmente l'urina è limpida appena emessa e spesso rimane tale anche dopo diverso tempo. Altre volte essa si intorbida, dopo un certo tempo, e si forma una nubecola che gradatamente si deposita al fondo del recipiente. L'intorbidamento tardivo, che spesso non è patologico, è dovuto ad epiteli di sfaldamento delle basse vie urinarie, a muco e a cristalli di sali contenuti normalmente nell'urina (urati, fosfati e sali diversi poco solubili).

Se l'urina è torbida appena emessa ciò può esser dovuto, oltre che a fosfaturia, a muco-pus (piuria), ad acido urico e urati acidi (renella) e ad altri sali in eccesso, a batteriuria (dovuta ad enorme quantità di batteri). L'intorbidamento batterico può essere anche tardivo.

Se l'intorbidamento è dovuto a fosfati esso sparisce con l'aggiunta di acido acetico, se dovuto ad urati scompare col riscaldamento. Anche l'intorbidamento tardivo da urati è patologico quando è costante ed esiste indipendentemente da un regime alimentare ricco di cibi carnei (diatesi urica). E' frequente nelle febbri. Specie d'inverno tale intorbidamento si verifica e gli urati uniti ad un pigmento speciale danno alle urine un aspetto rosso mattone (sedimento late-

rizio). La renella rossa può essere dovuta anche ad acido urico libero.

La consistenza dell'urina è sempre fluida, e quando vi è contenuta notevole quantità di muco-pus diventa filamentosa. In casi rarissimi la consistenza filamentosa, senza esser dovuta a muco-pus, può esser prodotta da una sostanza secreta da un batterio (gliscobatterio) e al fenomeno si dà il nome di gliscuria.

L'urina normale appena emessa ha un odore aromatico *sui generis*, e quando è putrefatta acquista un odore ammoniacale o urinoso. Quando l'odore ammoniacale si ha nell'urina appena emessa si tratta di fatto anormale. L'odore di mosto acido si può avere nel diabete per fermentazione alcoolica del glucosio, e l'odore di menta, mele appiole, etere è indice di acetonuria (diabete, vomiti ciclici dell'infanzia). Per l'ingestione di asparagi l'urina può acquistare odore nauseante.

Nella osservazione della propria urina un fenomeno di importanza grandissima è dato dalla cosiddetta nicturia, cioè abbondanza delle urine emesse nella notte che può arrivare a superare quella delle urine emesse durante la giornata. L'individuo normale, fatta eccezione nelle copiose libazioni, non urina di notte o solo scarsamente e non costantemente. La nicturia è spesso un segno importante di debolezza cardiaca o di alterazione renale e deve sempre mettere sull'avviso.

Come ho detto in principio molte gravi conseguenze potrebbero essere evitate da un esame periodico delle proprie urine, e l'I.N.A. da vario tempo mette a disposizione dei propri Assicurati i suoi laboratori, modernamente attrezzati, a titolo assolutamente gratuito. Chi non può recarsi ai Centri di assistenza sanitaria istituiti dall'I.N.A. può spedire al Centro più vicino circa 150 gr. dell'urina raccolta nelle 24 ore, possibilmente,

oppure di quella emessa al mattino, o, per osservare l'influenza dei pasti, per esempio nel diabete leggero, quella del pomeriggio dopo aver consumato un pasto normale. Inviando un campione di urina delle 24 ore le variazioni orarie (dipendenti da varie cause) si evitano e la ricerca è più attendibile, eccetto i casi speciali nei quali è necessario esaminare le varie frazioni orarie dell'urina e che spetta al medico di stabilire.

Colui il quale ama vivere nell'ignoranza del male che lo minaccia per non sapere, per non guardare a quel che non è gradito scrollerà le spalle con gesto di scetticismo, quasi di scherno come per dire: « A che servono tutti questi avvertimenti? ». « Quando il male deve venire, viene lo stesso e quando sarà venuto allora ci penseremo. Val meglio vivere tranquilli e non preoccuparsi troppo di quello che può accadere per poter godere le gioie dell'oggi in piena serenità di spirito e senza l'ombra di

pedanterie inutili o di precauzioni ingrate ». Egli non chiederà neppure di essere svegliato se nei piani sottostanti l'incendio si sarà acceso, per dormire tranquillo senza sapere. A che pro turbare il suo sonno tranquillo e ignaro? Cercherà scampo quando il fuoco gli avrà preso le coperte e le fiamme avranno invaso le porte e forse le finestre.

— La salute è uno stato di malattia che si ignora — afferma l'umorista, lanciato ad una corsa folle ebbra di vita, avida di ebbrezze, fino allo schianto che non ha pensiero. Forse che sì, forse che no: non sapere, vivere, godere.

— No — vi dico, miei lettori. La salute è mirabile armonia di funzioni, capacità di resistenza solida, fonte di vita e di felicità, base di tutte le voluttà umane.

Perchè dunque le cure debbono mancare proprio alle basi delle aspirazioni nostre?

Dott. M. CLAUSI-SCHETTINI

RASSEGNA DI ARTICOLI D' IGIENE

Le vie Saine, Marzo 1939, anno VII, n. 1.

Dott. PROBST, *I fanciulli capricciosi.*

Una giudiziosa e severa educazione fin dai primi mesi della vita si impone allo scopo di evitare che i bambini coltivino dei capricci i quali possono avere dolorose conseguenze nella loro vita futura.

Dott. SCHOHAUS, *Denaro in mano ai bambini.*

Quando i ragazzi cominciano ad andare a scuola ed imparano a far di conto è bene dar loro piccole somme di danaro spicciolo perchè si abituino ad assegnargli un giusto valore e ad utilizzarlo per i loro piccoli bisogni. Tanto i figlioli degli abbienti che quelli degli operai dovrebbero ricevere la stessa modesta somma e ciò per evitare che i primi sperperino il denaro e che i secondi trovandosi in condizioni d'inferiorità economica lo valutino eccessivamente e si sentano menomati o siano spinti a piccoli furti.

Viva Cien Años, 15 febbraio 1939-XVII - Idem, Buenos Aires.

Dott. E. MALBEC, *Operazioni per la bellezza.*

Vengono riferiti i risultati brillanti della chirurgia plastica; soprattutto nella regione della faccia con la correzione delle rughe della linea nasale, delle orecchie a ventole, dell'ingrossamento dell'obulo dell'orecchio dello strabismo ecc.

Dott. I. DE LIO, *Crampi professionali.*

Si verificano generalmente tra gli esecutori manuali con speciale abilità; molto noto è il crampo degli scrivani. Per tale fenomeno il soggetto non può continuare la propria occupazione; il crampo può presentarsi, sia sotto forma di contrattura spasmodica sia più raramente come brevi contratture seguite da uno stato paralitico dell'arto. Successivamente vengono messi in evidenza i fattori predisponenti nervosi in tali malati e metodi per la rieducazione.

V
Dott. C. ARBONA, *La temperatura esterna e il sangue umano.*

L'uomo ha una temperatura del corpo costante con minimi scarti; pertanto la vita nelle regioni molto fredde e molto calde ha bisogno del sussidio di mezzi per mantenere una temperatura idonea al corpo. Questo di per sè reagisce entro certi limiti con mezzi propri altrimenti esso va incontro alla congelazione od alla insolazione. Quest'ultima, secondo recenti indagini, sarebbe dovuta ad una paralisi momentanea dei nervi che regolano il calibro dei vasi sanguigni del capo.

Dott. B. KEHL, *Pillole di sole?*

Sebbene l'azione del sole sull'organismo umano sia stata diversamente apprezzata, gli antichi con Ippocrate la esaltarono moltissimo, nel medioevo invece fu molto denigrata; oggi la scienza ha restituito al sole la sua alta funzione biologica. Se non vogliamo parlare di pillole di sole dobbiamo riconoscere il valore dei suoi raggi sulla tonicità dell'apparato digerente, sull'accelerazione del ricambio e negli stati anemici; usato con cautela può essere utile in molte altre malattie perchè, come disse Villis, estendendo un motto orientale « tutte le razze umane sono figlie del sole ».

Dott. F. MONTAGUE, *Mi sento stanco.*

Molti credono che la causa di questo fenomeno sia la stitichezza e si sottopongono a purghe assolutamente dannose; invece le cause sono molteplici: dall'anemia all'affaticamento nella vita di società, dal prolungamento del lavoro nelle ore piccole all'esistenza di malattie croniche latenti.

Dott. B. PALANTI, *Il diradamento forestale.*

Non è solo la bellezza estetica che consiglia la divulgazione dell'alberatura ma ragioni igieniche, soprattutto nella città ove la anidride carbonica emessa dalla popolazione addensata e dagli stabilimenti industriali viene riassorbita solo in piccola parte dalla vegetazione esistente. La più gran parte, che residua, può avere un'azione dannosa sul nostro organismo e sulla nostra capacità di lavoro, è pertanto consigliabile un incremento degli alberi nei parchi cittadini.

Viva Cien Años, 1 marzo 1939 vol. VI, n. 11, Buenos Aires.

Dott. R. ALBORNOZ, *Il fungo giapponese.*

Si tratta di una colonia simbiotica del fermento del lievito con il batterio xylinum, co-

lonia che si sviluppa in un vaso in cui sia stato versato del thè zuccherato. Tale colonia, innestata sopra un sughero galleggiante, si sviluppa in profondità ed assume l'aspetto di una focaccia; il liquido di questa cultura avrebbe un'azione curativa specie nelle affezioni intestinali croniche. Poichè essa è anche una bevanda di sapore gradevole, economica e facile a rinnovarsi con la stessa colonia, il suo uso si va diffondendo in molti paesi del mondo.

Dott. F. MONTAGUE, *La insonnia può essere provocata dal vostro intestino.*

Le sensazioni generali di malessere possono avere origine dall'intestino ed in tal modo dare insonnia. Curare quest'ultima con sostanze ipnotiche costituisce un criterio sbagliato, occorre invece accertare il funzionamento di ciascun organo interno per trovare e curare la vera causa.

Dott. R. KEHL, *L'azione curativa delle frutta.*

Le frutta sono necessarie come il pane, il giorno che il pubblico comprenderà l'utilità di consumarne in maggior copia diminuiranno le più comuni malattie; molte persone abituate a prendere medicine per qualsiasi pretesto ignorano gli effetti curativi veramente straordinari che sono racchiusi nella così detta « farmacia pomonia » cioè nei frutti.

Dott. M. ALZUA, *Un gas meraviglioso, l'ozono.*

Questo ossigene condensato, che l'elettricità atmosferica produce con il fulmine, si accumula nelle alture fuori della città ed ha un'azione benefica, disinfettante, deodorante e purificante. Per tali proprietà è utilizzato nei frigoriferi per il mantenimento della carne, come metodo di purificazione degli ambienti, nella potabilizzazione dell'acqua ed anche ad uso di cura nella tosse convulsa e nelle bronchiti con ottimi effetti; ha dato anche miglioramenti nella gotta e nel diabete.

Dott. A. PITA, *Qual'è il vostro tipo ormonico?*

Le variazioni costituzionali di ogni individuo in una stessa famiglia sono in contrasto con le rassomiglianze costituzionali di soggetti estranei tra loro, appunto per l'appartenenza allo stesso tipo ormonico. La predominanza di alcune secrezioni ghiandolari endocrine è quasi costante in ogni individuo. Una breve rassegna dei tipi fondamentali e dei sintomi somatico-psichici corrispondenti completa l'articolo.

Notiziario

Nuovi medici di Direzione dell'I.N.A.

Si è concluso il concorso bandito in data 1. febbraio c. a. dall'I. N. A.; di esso sono riusciti vincitori per i sei posti di medico i seguenti dottori:

1. Piergrossi dott. Aldo
2. Cafaro dott. Aurelio
3. Cercone De Lucia dott. Guglielmo
4. Polidori dott. Valerio
5. Lucrezi dott. Giuseppe
6. Barchi dott. Giulio

Ci congratuliamo vivamente con i vincitori.

Seconda riunione dell'Anno XVII del Comitato Medico Consultivo.

Nelle giornate del 26, 27 e 28 giugno u. s. si è riunita la sessione ordinaria del Comitato Medico Consultivo, a cui hanno partecipato, oltre tutti i Membri che lo compongono, altri Medici di direzione precedentemente invitati a trattare, in tale sede, particolari argomenti di medicina assicurativa.

L'attività in queste riunioni è stata indirizzata, come di consueto ormai, alla trattazione di temi scientifici ed alla discussione di argomenti di portata pratica. Fra i primi dobbiamo segnalare il lavoro del dott. Beden sul « Rischio professionale », la relazione del dott. Gladuli sulle « Colecistopatie », l'indagine del dott. Gallia sui portatori di ernie, la ricerca del dott. Clausi-Schettini sulla sopravvivenza degli operati di tumore della mammella.

Il dott. Comirato ha intrattenuto il Comitato, prima attorno alla valutazione degli assicurandi aventi l'anamnesi gentilizia tarata per tbc. polmonare, quindi ha fatto una chiara ed esauriente esposizione degli argomenti trattati e delle discussioni svolte nel Secondo Congresso Internazionale di Medicina dell'Assicurazione Vita.

Fra le questioni di portata pratica interessanti la vita quotidiana delle Imprese di Assicurazione, il Comitato Consultivo si è occupato del modulo speciale in uso presso i

CIRT per gli assicurandi affetti da malattie dell'orecchio, del naso e della gola, e fu incaricato il dott. Starna ad introdurre la discussione ciò che fece con una apprezzata ed elaborata nota sulla valutazione dei portatori delle malattie in questione.

Il prof. De Gregorio ed il dott. Comirato hanno poi riferito su alcune modifiche da introdurre nei moduli usati dalle compagnie nei casi di assicurazioni di piccoli capitali.

Il Comitato Medico Consultivo si è poi occupato dell'operato di alcuni medici fiduciari segnalati dalle Imprese, nonchè dell'aggiornamento degli elenchi di Consulenti e Specialisti.

Infine il prof. Romanelli, che ha presieduto tutte le riunioni, ha informato il Comitato della decisione adottata dal Secondo Congresso Internazionale di Medicina dell'Assicurazione Vita di Parigi, di designare Roma quale sede del Terzo Congresso che si svolgerà nel 1942; della pubblicazione degli « Atti » del Comitato Medico Consultivo per l'anno 1938, nonchè della richiesta da parte di un'organizzazione tecnica tedesca (Fachgruppe Lebensversicherungs Pensionkassen, Sterberkasse, Berlino) della traduzione in lingua tedesca e conseguente pubblicazione degli « Atti » del Comitato stesso.

Il prof. Romanelli ha poi informato che il C. M. C. è stato iscritto come socio perpetuo della Società Italiana per il Progresso delle Scienze, ciò che appaga un vecchio desiderio dei medici di assicurazione perchè apre una nuova strada ad una più larga e fattiva collaborazione con gli altri specialisti della materia: gli attuari.

La prossima sessione del Comitato Medico Consultivo è previsto per il prossimo novembre.

Dott. LAMBERTI-BOCCONI

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

Durante il periodo ottobre 1938, giugno 1939-XVII, sono state tenute presso la Direzione Generale dell'Istituto le abituali riunioni settimanali durante le quali sono stati presentati e discussi argomenti di notevole interesse nel campo della medicina delle Assicurazioni Vita.

Riportiamo i titoli e il riassunto dei singoli temi trattati, per brevità omettiamo la discussione delle singole relazioni.

21-10-38. — DOTT. BIASIOTTI: *Il laboratorio nella determinazione dell'età biologica.*

Il relatore passa in rassegna le alterazioni che i vari ricercatori hanno finora incontrato nel sangue dei vecchi sia dal punto di vista emocitometrico che chimico-fisico. La grande importanza dell'argomento spinge a studiare se sia possibile costituire una formula umorale dell'età biologica ed in caso affermativo se a questa forma si possa attribuire un valore diagnostico e prognostico.

18-11-38. — DOTT. STARNA: *L'invalidità totale e permanente nelle malattie mentali.*

Nel campo dell'assicurazione vita tutte le malattie mentali sopravvenute possono giuridicamente essere ammesse al riconoscimento dell'invalidità totale e permanente anche se esisteva all'atto dell'assicurazione qualche elemento predisponente concausale.

Viene esaminata la prognosi delle singole affezioni mentali e viene determinato il criterio discriminativo per il riconoscimento dell'invalidità.

23-11-38. — DOTT. SULTANO: *Le sieroreazioni lipaffini e la lue.*

Viene considerato il valore clinico delle sieroreazioni e viene discussa la questione se debbano o no essere praticate a tutti gli assicurandi.

2-12-38. — DOTT. CUSCUNÀ: *Cause di lavoro malsano e faticoso.*

Viene esaminato il significato fisiopatologico dello sforzo e della fatica, vengono studiati gli effetti dannosi della fatica e le cause di essa e vengono esposti i ripari da opporre.

9-12-38. — DOTT. CIATTI: *L'uomo medio nella pratica medica.*

Vengono esposte le idee dei vari autori sull'importanza dell'uomo medio. Il Relatore ritiene che questa concezione non debba essere abbandonata nella attuazione pratica potendo servire tale creazione ideale come iampione cui riferirsi nella valutazione delle singole individualità.

16-12-38. — DOTT. RICCIOTTI: *Moderne realizzazioni dell'indagine radiologica: la roentgen-chimografia.*

Vengono esposti i principi di tecnica e passate in rassegna le diverse applicazioni pra-

tiche della roentgen-chimografia con speciale riguardo alle malattie di cuore.

23-12-38. — PROF.SA VELE: *Il glaucoma, rischio assicurativo e invalidità.*

Vengono descritte le varie forme di glaucoma e vengono esposti i criteri per la valutazione del rischio e il riconoscimento dell'invalidità.

30-12-38. — DOTT. CLAUSI-SCHETTINI: *Iper-trofia idiopatica del cuore in A. V.*

Ricordata l'importanza dell'argomento il R. fa presente come l'ipertrofia cardiaca costituisca un segno di deficienza cardiaca impotenza od in atto e pertanto deve essere considerata come *fattore patologico*. Dopo aver discusso del termine di I. idiopatiche passa in rassegna le varie forme cliniche soffermandosi su quella da sforzo.

5-1-39. — DOTT. CURIONE: *Glutationemia e metabolismo basale.*

Descritti i due stadi nei quali si presenta il glutatione, cioè il ridotto e l'ossidato, viene illustrato il meccanismo funzionale di questa sostanza che è diffusa in numerosi parenchimi. Il R. espone i risultati dell'analisi quantitativa nella patologia ed in vari metodi per la determinazione della glutationemia.

13-1-39. — DOTT. BIASIOTTI: *Una nuova reazione per la sifilide: la reazione di Ide.*

Tale reazione proposta solo dal 1936 è basata sopra il principio della flocculazione ma si differenzia dalle altre dello stesso genere per l'aggiunta di una sostanza colorante e perciò è detta reazione cromatica. Il vantaggio che essa offre è dovuto, oltre alla rapidità di tecnica, alla modesta quantità di materiale di sangue o siero che si richiede, cioè soltanto una goccia. Il R. espone i risultati dei controlli eseguiti personalmente e che si dimostrano nettamente favorevoli.

20-1-39. — DOTT. STARNA: *L'invalidità permanente nelle Assicurazioni private.*

L'A. definisce il concetto d'invalidità generica e specifica come pure le formule adottate negli allegati di invalidità delle varie compagnie di assicurazioni private sulla vita.

27-1-39. — DOTT. ANDREUCCI: *La pressione arteriosa nei tubercolotici.*

Riassunte le attuali conoscenze sulla pressione arteriosa negli individui tbc, e la discor-

danza delle indagini eseguite da vari autori, riferisce le conclusioni delle indagini da lui eseguite presso bambini tubercolotici. Questi per la maggior parte presentavano pressioni normali, scarso era il numero degli ipertesi e soltanto il 9,50 % presentavano una ipotensione dovuta probabilmente alle cattive condizioni generali.

3-2-39. — DOTT. SULTANO: *La pressione arteriosa.*

Accennati i fattori che regolano la pressione descrive i tre metodi fondamentali per la sua determinazione: il palpatorio, l'oscillatorio e l'ascoltatorio, concludendo in favore di questo ultimo. Successivamente il R. descrive le alterazioni che l'ipertensione provoca sul cuore, sul cervello e sul rene.

24-2-39. — PROF. VELE: *Simulazione di cecità e diminuzione visiva.*

Data la possibilità di tale simulazione nella richiesta di invalidità la R. espone il metodo di esame specialistico per l'accertamento della diminuzione visiva. Passa in rivista il metodo delle lenti cilindriche, convesse, prismatiche degli ototipi rossi e verdi, dello specchio, ecc.

3-3-39. — DOTT. CIATTI: *Considerazioni sulla razza, sulla costituzione e sugli incroci razziali.*

Tenuta presente l'importanza di questi problemi per il medico di assicurazione il R. esamina i rapporti che legano la razza e la costituzione all'eredità sempre attraverso l'equilibrio ormonico, come pure i principali studi eseguiti sulle predisposizioni morbose delle diverse razze e le conseguenze nocive del meticcio.

10-3-39. — DOTT. RICCIOTTI: *Sopra alcuni aspetti radiologici dell'ombra diaframmatica di significato non patologico.*

Con il sussidio di numerosi radiogrammi ricavati dall'archivio dell'I.N.A. il R. mette in evidenza alcuni aspetti che si scostano dal classico tipo a curva unica e cioè specialmente sopra il diagramma a segmenti multipli curvilinei ed il diaframma a scalini. Di questi tipi ricorda la interpretazione fisio-genetica e l'importanza che essi hanno perchè non siano interpretati come quadri morbosi.

17-3-39. — DOTT. CLAUSI-SCHETTINI: *Considerazioni sull'ulcera gastro-duodenale nell'A.V.*

Riferiti dati statistici sulla frequenza dell'ulcera gastrica rispetto alla duodenale in rapporto anche al sesso, viene studiato l'andamento

della mortalità per tale causa tra gli assicurati dell'I.N.A. negli ultimi 12 anni durante i quali l'aumento si è verificato parallelamente a quello della mortalità generale del Regno. Successivamente vengono esposti i risultati statistici della distribuzione regionale e professionale della malattia in parola.

24-3-39. — DOTT. CURIONE: *La capillaroscopia in condizioni normali e patologiche.*

Esposti i problemi di fisio-patologia dei capillari il R. descrive lo strumentario e la tecnica della capillaroscopia descrivendo i quadri normali e patologici da essa presentati in rapporto alle malattie vasali, renali ed esantematiche, come pure in rapporto all'età senile.

31-3-39. — DOTT. BIASIOTTI: *Metodi di dosaggio della glicemia nell'A. V.*

Tra i vari metodi adottati ritiene preferibile il Bang malgrado le critiche di cui è stato oggetto. Occorre però sia eseguito correttamente e si tenga presente le possibili riduzioni aspecifiche. Tratta infine del confezionamento dei campioni da inviare a distanza per la ricerca della glicemia proponendo l'uso del cloruro di sodio.

7-4-39. — DOTT. STARNA: *Considerazioni medico-legali sulla relazione medica circa la causa di morte nell'A. V.*

Poichè tale documento è indispensabile per la liquidazione delle polizze e può costituire elemento di giudizio per l'ente di assicurazione, il R. consiglia una maggior riservatezza nella trasmissione del modulo relativo. Ciò soprattutto nell'interesse della famiglia dell'assicurato che desidera mantenere il segreto circa eventuali malattie o tare familiari.

14-4-39. — DOTT. SULTANO: *Ipertensione arteriosa.*

Seguitando la trattazione iniziata in precedenza, espone questa sindrome sia come facente parte di altra malattia sia come entità clinica essenziale. Riferisce la classificazione di Laubry e passa in rassegna le affezioni che possono provocare l'ipertensione.

28-4-39. — PROF.SA VELE: *L'occhio nelle malattie renali e nell'ipertensione.*

Sono dapprima riferiti i rapporti tra la pressione retinica con l'uso del retino-tonoscopio e la pressione omerale riferendo il quadro oftalmoscopico nelle ipertensioni e nelle affezioni renali. Secondo recenti studi la retinite

albuminurica sarebbe un quadro di angiospasmismo ipertensivo. Con la moderna tecnica la misurazione della pressione retinica può costituire un utile contributo alla medicina generale.

5-5-39. — DOTT. CIATTI: *Le tavole di mortalità.*

Dopo aver esposto le differenze che si riscontrano in queste tavole a seconda del sesso, del clima, della razza il R. fa rilevare la diminuzione della mortalità ed espone l'utilità di tali tavole nel campo assicurativo di cui esse costituiscono il fondamento.

12-5-39. — DOTT. RICCIOTTI: *Importanza delle ricerche radiologiche nell'ipertensione.*

Per tali indagini è preferibile la scopia alla grafia o per lo meno quest'ultima deve essere completata dalla prima. Quindi il R. illustra le norme per una tecnica radiologica corretta e pone il problema se esistano segni radiologici caratteristici della ipertensione. Conclude negativamente anche in base a vari radiogrammi eseguiti in soggetti portatori della malattia.

19-5-39. — DOTT. CLAUSI-SCHETTINI: *I risultati lontani della cura chirurgica e della radioterapia dei tumori della mammella.*

In base a dati statistici largamente riportati dimostra come la sopravvivenza sia maggiore nei casi di associazione delle due cure. Potranno essere eventualmente ridotti i limiti di accettazione in A. V. di questi rischi tarati purchè appartengano al primo gruppo di Steintal.

26-5-39. — DOTT. BIASIOTTI: *Valore prognostico della iperazotemia nella pratica assicurativa.*

Viene discusso il valore clinico dell'iperazotemia specialmente le cosiddette iperazotemie extra-renali e le azotemie camuffate. Ciononostante il R. afferma che la ricerca dell'azotemia conserva il suo grande valore in A. V. ed espone pure alcuni dettagli di tecnica per la prova dell'azotemia.

2-6-39. — DOTT. CURIONE: *Le porfirine nelle malattie del fegato.*

Sono descritte le caratteristiche delle porfirine, la costituzione e le varie forme di esse. La porfirinuria ha valore patologico quando supera un certo limite il che si ha nel diabete, nelle malattie di fegato e nella intensa distruzione globulare. Il R. prospetta l'utilità della ricerca.

9-6-39. — DOTT. STARNA: *Definizione e limiti della invalidità nelle assicurazioni sociali e nelle assicurazioni private sulla vita.*

Completando una precedente relazione il R. ha voluto chiarire la definizione di invalidità

in queste forme assicurative anche in base ad alcune recenti enunciazioni dottrinali ed alla recentissima legge dell'aprile u. s.

Successivamente viene illustrato il criterio per la valutazione della capacità di guadagno e di lavoro tra gli assicurati sulla vita concludendo come ci si debba attenere alla formula di invalidità adottata dall'I. N. A.

16-6-39. — DOTT. SULTANO: *La funzione renale e i suoi disturbi.*

Il R. inquadra tale funzione in 4 gruppi di ricerche e cioè ematochimiche, sulla urina, su le due ricerche contemporanee ed infine sulle prove di eliminazione. Viene accennato succedendo come ci si debba attenere alla formula nelle varie nefropatie.

23-6-39. — PROF.SA VELE: *La emeralopia.*

Viene illustrato l'argomento dal punto di vista fisiopatologico in base alle recenti indagini le quali hanno dimostrato l'importanza della vitamina A per la visione crepuscolare e come da quella si ottenga la rodopsina elemento indispensabile alla retina per la visione.

L'obbligo della denuncia del reumatismo articolare acuto.

E' stata annunciata ufficialmente la prossima istituzione dell'obbligatorietà della denuncia del reumatismo articolare acuto.

Il movente di questa nuova decisione in via di attuazione è data dalla dilagante diffusione della malattia che assume un grave significato sociale in vista delle conseguenze morbose che ne derivano a carico del cuore.

Obbligatorietà della vaccinazione antidi- fterica.

E' stata pubblicata nella « Gazzetta Ufficiale » del 1° luglio c. a. la legge 6 giugno u. s. n. 891 con la quale si rende obbligatoria tale vaccinazione col metodo di Ramon. Nel primo articolo l'obbligatorietà viene estesa a tutti i bambini dal 2° al 10° anno di età. Di regola essa deve associarsi alla vaccinazione antivaioiosa e saranno eseguite insieme nel 2° anno di età. Viene pertanto modificato l'art. 266 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie che obbligava la vaccinazione antivaioiosa entro i primi sei mesi di vita, protraendo il limite stesso al 2° anno di età.

Si ricorda che d'ora in avanti, in forza dell'art. 3 di questa legge tra i documenti prescritti per la prima ammissione alle scuole primarie è compreso il certificato dell'avvenuta vaccinazione antidifterica.

Il 1° Viaggio Nazionale Medico alle Terme d'Italia.

Organizzato dal Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, ha avuto luogo dal 25 al 29 giugno il I Viaggio Nazionale medico alle Terme d'Italia.

L'I.N.A. è stata rappresentata ufficialmente dal Medico Capo dott. Mario Costabile Barnabei.

Lo scopo di questa bella e pratica iniziativa è quello di porre i medici a contatto diretto con le realizzazioni organizzative e con la realtà curativa delle nostre acque termominerali, e a questa prima escursione ne seguiranno pertanto delle altre. L'itinerario del primo viaggio è stato il seguente: Bologna-Porretta Terme-Montecatini-Bagni di Casciana-Chianciano-La Fratta-Castrocaro-Riolo Bagni.

Il 1° Congresso Nazionale per la valorizzazione del patrimonio idromineral italiano.

Nei locali della Mostra autarchica del minerale italiano in Roma nei giorni 22 e 23 aprile u.s. si è svolto questo Congresso con l'intervento numeroso ed il fervido consenso della classe sanitaria.

In questo congresso sono stati messi in rilievo, dagli illustri oratori e relatori, i molteplici aspetti dell'idromineralogia italiana: da quelli scientifici, sanitari, sociali, derivanti dalla larga possibilità di impiego delle acque minerali nella terapia e nella profilassi, ai problemi economici e organizzativi connessi allo sfruttamento delle sorgenti.

Sono state presentate alla prima seduta interessanti relazioni dei proff. C. Frugoni, G. Sabatini, S. Silvestri, O. Casagrandi ed E. Mingazzini. Nelle sedute seguenti parlarono numerose altre personalità; ci limitiamo a ricordare i proff. A. Gasparrini, P. Piccinini, T. Lucherini, E. Alfieri, A. Bertagnoli, F. Bocchetti.

Il Congresso si è chiuso con alcuni voti fatti

dall'assemblea per la valorizzazione del patrimonio idromineral ai fini della tutela della razza.

VIII Congresso Nazionale di Medicina Legale e delle Assicurazioni.

Sotto gli auspici dell'Associazione Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni si terrà a Padova nei giorni 29-30 settembre e 1-2 ottobre in Padova.

Saranno svolte le seguenti relazioni:

Prof. A. Cazzaniga, Direttore dell'Istituto di M. L. e delle A. della R. Università di Milano: « I problemi cronologici della Medicina legale ».

Prof. F. Leoncini, Direttore dell'Istituto di M. L. e delle A. della R. Università di Firenze: « Sul concetto di aggravamento in medicina legale ».

Prof. C. Gerin: « Il criterio qualitativo e quantitativo nel giudizio medico-legale ».

Prof. A. Loro: « Il criterio anatomo-patologico nella medicina legale ».

Saranno inoltre presentate numerose comunicazioni sia di medicina legale che di medicina delle assicurazioni.

XI Conferenza Internazionale contro la tubercolosi.

Si terrà a Berlino dal 16 al 20 settembre prossimo sotto la presidenza del dott. Otto Walter. I temi in discussione sono limitati a tre ma di grande importanza; ci limitiamo a riportarli insieme al nome dei relatori generali.

Tema clinico: « Il problema della virulenza del bacillo di Koch »; relatori dott. Boquet (Francia) e Saenz (Uruguay).

Tema biologico: « L'interesse degli esami sistematici per la ricerca della tubercolosi nei soggetti oltre i 15 anni »; relatore generale Dottor Braeuning (Germania).

Tema sociale: « La riabilitazione dei tubercolosi al lavoro »; relatori generali: Pendrill Varrier (Inghilterra) e dr. Bachmann (Svizzera).

Tra i relatori aggiunti, per l'Italia sono iscritti: per il 1° tema, prof. Besta e dr. Cattaneo; per il 2° tema, dr. Costantino; per il 3° tema, prof. Bocchetti e prof. Parodi.

Coloro che desiderano iscriversi possono rivolgersi per informazioni alla Fed. Naz. it. per la Lotta contro la Tubercolosi, via Nazionale n. 200, Roma.

Il III Congresso Internazionale del cancro.

Si terrà dall' 11 al 16 settembre prossimo in Atlantic City nel New Jersey, negli Stati Uniti, sotto gli auspici dell'Unione Internazionale contro il cancro. Per lo sviluppo dei lavori, che si prevedono numerosi, sono state stabilite le seguenti sezioni: ricerche generali, biofisica, genetica, patologia generale del cancro, chirurgia, diagnosi radiologica, radioterapia, statistica e propaganda.

Prossimi Congressi medici.

A Bucarest dal 25 al 30 settembre prossimo si svolgerà il I Congresso Internazionale della Federazione Latina della Società Eugenic. Il Comitato organizzatore sarà presieduto dal prof. I. Parhon.

Dall'Italia sono annunziate le seguenti relazioni: Prof. M. Barbato: « L'eredità tubercolare »; Prof. T. Bonadonna: « Fecondazione artificiale »; Prof. C. Gini: « Valore comparato dei vari fattori di sviluppo delle popolazioni ».

La Società Cook è agente ufficiale dei viaggi e del soggiorno in Romania; sede del Comitato: rua Dr. W. Staicovici, 63, Bucarest, Romania.

Dal 15 al 18 ottobre avrà luogo a Torino il XXXVI Congresso Nazionale di Ostetrica e Ginecologia, nei locali della R. Clinica Ostetrica e Ginecologica sotto la presidenza del Prof. Ercole Cova, Direttore della Clinica.

Dal 30 settembre al 4 ottobre si terrà in Napoli il Congresso stomato-odontologico nazionale.

Nel 1940, a Roma, avrà luogo un Congresso di Cosmobiologia, sotto la Presidenza del Prof. Sabatini, Direttore della Clinica Medica di Genova.

Gli studi sono ripartiti nelle seguenti quattro sezioni:

1) Le radiazioni dello spettro solare e i loro effetti fisiologici e patologici;

2) Le radiazioni solari al di fuori dello spettro e delle radiazioni cosmiche e loro effetti fisiologici e patologici;

3) Le modificazioni dell'atmosfera terrestre e i loro effetti fisiologici e patologici;

4) Le radiazioni del suolo e delle acque e i loro effetti fisiologici.

Per iscrizioni e chiarimenti rivolgersi al Segretario Generale Dott. M. Faure, Via Verdi, 24, Nizza.

Malattie esantematiche ed infettive in Grecia.

Nel 1938 nella Grecia si sono verificati soltanto 505 decessi per malattie infettive sebbene sian stati denunciati 3500 casi di tali malati.

Dall'esame delle statistiche si rileva che la maggiore mortalità è stata data dal tifo con 136 casi, segue la meningite con 120, la difterite con 78.

Inferiore a queste cifre è il quoziente dato dalla scarlattina, dalla dissenteria e dal tetano.

La lotta antimalarica ha prodotto effetti lusinghieri nel dipartimento di Zante durante lo stesso anno e ciò in grazia della distribuzione gratuita del chinino, della lotta contro l'anofele e dei lavori di risanamento agrario. Invece nella stessa regione si è avuta una piccola epidemia di poliomielite con 5 decessi, la difterite ha provocato due casi mortali ed uno il tifo esantematico.

Prof. BASILIADES.

La radio Igea.

Per iniziativa dell'EIAR è stata iniziata la trasmissione periodica settimanale nelle prime ore del pomeriggio della domenica di speciali audizioni per i malati. Essa ha lo scopo di far giungere cioè una parola di conforto e di svago a tutti coloro che sono piegati dal male e vuole accoppiare obiettivi pratici di propaganda igienica di generale interesse e perciò va intesa nel suo più largo significato di igiene e di proflassi per il corpo e per lo spirito.

Gli accenni sobri e in forma piacevole dei problemi che impegnano la difesa della sanità pubblica dell'individuo e della società nazionale, la illustrazione delle previdenze attuate dal Fascismo per la integrale difesa della razza saranno in queste trasmissioni largamente intramezzate da audizioni di carattere ricreativo e di gusto: poesie, letteratura amena, radio-teatro.

(Da « Riforma Medica », giugno 1939).

L'insegnamento dell'Antropologia.

In una circolare del Ministro dell'Educazione Nazionale ai Rettori delle R. Università viene richiamata l'attenzione sull'importanza che ha

assunto lo studio dell'antropologia dopo la conquista dell'impero. Ai fini della difesa della razza e della risoluzione di importanti questioni coloniali e in vista della connessione esistente tra gli studiosi di antropologia e vari vitali problemi di carattere politico e sociale il Ministro si è rivolto ai Rettori delle R. Università perchè richiamino i giovani studenti alla frequenza dei corsi di questa disciplina.

Nuptialia.

Con piacere anche in questo numero partecipiamo i matrimoni avvenuti in Roma di due nostri collaboratori. Il 21 giugno u. s. il dott. Emilio Monte Verde ha condotto all'altare la signorina Luigia Luna.

Il giorno 26 dello stesso mese il dott. Pietro Ciatti ha impalmato la signorina Marcella Pietrangeli.

Ai colleghi ed alle loro gentili Signore, congratulazioni ed auguri vivissimi.

Nella mistica chiesetta della Porziuncola in Assisi il 27 luglio u. s., la gentile figliola del nostro Medico Capo dr. Pietro Trottarelli, signa Carla, ha stretto il nodo d'amore con il Dott. Renato Franchi.

Le nozze sono state benedette da S. E. il Vescovo di Terni.

Alla giovanissima coppia, partita per un lungo viaggio, gli auguri più sinceri della « Assistenza Sanitaria ».

Periodici di propaganda assicurativa

BOLLETTINO DEL CENTRO STUDI DELL'I.N.A., Anno I, n. 10, Luglio 1939 - Roma.

La produzione vita disciplinata dalla Corporazione. Schema di provvedimento per il divieto degli abbuoni di provvigione. Il decalogo dell'Assicuratore. Briciole di tecnica professionale. Gli Enti agrari e l'Assicurazione vita degli Agricoltori. Avvincere per convincere: l'arte del produttore.

LA BUONA SEMENTE, n. 6 giugno 1939 - Milano - Rivista per gli assicurati in forma popolare.

« Fuscine Agricole per i ghiottoni delle serre della riviera agricola » di C. Dall'Ongaro.

LA PRIMA IDEA. — E' il giornalino illustrato per i piccoli.

Somario del numero di maggio 1939:

« Il piccolo suonatore di oboe » di G. Loreta.

« Le confidenze della vecchia locomotiva » di I. Bernabò.

« Volo senza scalo » di A. Meiuschi.

« Leggende africane » di L. Mattioli.

« Battaglie ».

« Le lettere di Gianni ».

Avvenimenti principali del mese di maggio.

« Pionieri; il viaggio di Ugolino e Vadino Valdi » di A. Fabietti.

« Come un miracolo » (novella) di M. Puccini.

« La mostra Leonardesca » di L. Vigilia.

« Nel regno della donna » di Isabella.

Consigli d'igiene: Un nemico di stagione, la mosca (Starna); Occhi sani e occhi malati (Clausj Schettini).

« Gente eroica » (novella) di G. Gostini.

« Schermo bianco » di Espi.

Note ed appunti

ALBUMINURIA SOLARIS.

Galambos e Mitelmann usano questo termine per designare un'albuminuria transitoria non febbrile che sarebbe causata o associata con le irritazioni della pelle dovute all'azione solare (dermatiti solari). Quando poi queste bruciatore da raggi solari sono più forti accompagnate da brividi, febbre, malessere l'albuminuria sarebbe molto più accentuata.

Tale albuminuria persisterebbe fino a che le aree della pelle bruciata dal sole, siano sostituite da pelle nuova, e cioè per alcuni giorni. Gli AA. riportano alcuni casi che essi scopersero accidentalmente; un uomo di 50 anni che usava di farsi fare dal medico una visita di controllo un paio di volte all'anno, si recò da lui un giorno di luglio, dopo un bagno di sole; lo esame generale era negativo eccetto la presenza di un certo grado di albuminuria; il giorno dopo, anche la moglie, bruciata dal sole venne per una visita ed anche questa presentava albuminuria; così pure due figli nelle stesse condizioni di pelle, presentavano albuminuria. In ogni caso questa si manifestava 36 ore dopo la esposizione al sole e regrediva fino a scomparire nei 5-6 giorni successivi. Il tasso dell'albumina variava da un quarto al mezzo per mille. (Dal *Journ. Lab. and. Clin. Med.* riassunto nella « Rassegna Sociale dell'Africa Italiana » n. 4, aprile 1939).

LA TOSSICITÀ DEL TABACCO E LA DIFESA DELLA RAZZA.

Recentemente, in una gara di fumatori in Germania, due partecipanti, che avevano consumato in poche ore 60 sigarette, sono morti per l'intossicazione da nicotina.

Riferendo il commento di una rivista tedesca « Le Forze Sanitarie » del 15 maggio c. a. fanno rilevare come effettivamente basterebbero 25 sigarette o 7-8 sigari per determinare la morte se il contenuto potesse esser somministrato in una sola volta.

Con 60 sigarette fumate ininterrottamente si può quindi benissimo raggiungere la dose mortale. Per l'assorbimento della nicotina ha particolare importanza la rapidità del fumare, dato che il contenuto nicotinico sale dal 4 % nel fumare lento al 50 % nel fumare rapido e nervoso.

Preoccupato dei danni che può portare agli adolescenti l'abuso del tabacco e dell'alcool e, il governo tedesco ha vietato il consumo di tali sostanze voluttarie agli appartamenti alle Organizzazioni Giovanili tedesche, in tutti i locali di esercitazione, di riunione e di svago. Anche nel corpo militare dell'aeronautica tedesca è stato limitato l'uso della nicotina e dell'alcool. Nella motivazione di tale decreto il maresciallo Goering, comandante supremo dell'Aeronautica, ha dichiarato che non si vuol sopprimere l'uso dell'alcool e del tabacco, ma si deve considerare come un obbligo d'onore per il popolo tedesco la lotta contro gli abusi di tali eccitanti.

GLI ALBANESI COME RAZZA.

Gli antropologi classificano questa popolazione come tipo « dinarico » e più evoluta che non le altre della penisola balcanica il che è in rapporto con la discendenza diretta dagli antichi Illiri. Oggi si possono distinguere presso il popolo Albanese due gruppi etnici divisi dal fiume Shkumbi al nord del quale vivono i Gheghi e a sud i Toschi.

I legami dell'Italia con gli Albanesi risultano evidenti specie in alcune popolazioni del Veneto o delle provincie Adriatiche. D'altra parte con la sconfitta di Scanderberg si verificò una discreta emigrazione degli Albanesi in Calabria i cui discendenti raggiungono attualmente in vari paesi di questa regione, complessivamente il numero di 80.000.

MALATI SEDENTARI.

Nei malati sedentari che non si espongono ad alcun lavoro muscolare od esercizio fisico a lungo andare il miocardio s'indebolisce. L'aste-

nia cardiaca secondo le idee di Boigey si associa alla astenia muscolare generale.

L'esercizio fisico regolare rinforza il miocardio e allevia il lavoro del cuore migliorando la circolazione del sangue soprattutto quella addominale sollecitata dai vari movimenti del corpo.

LE MALATTIE MENTALI NEGLI STATI UNITI.

L'intensificazione dell'urbanesimo è ritenuta, dalle Autorità Mediche Americane, una delle cause principali dell'accresciuto numero delle malattie mentali.

Molte persone abituate a vivere in campagna, non possono adattarsi al turbine della vita cittadina e rapidamente si trasformano in ammalati da internare.

E' tra le persone anziane che viene riscontrato il maggior numero di malati mentali. Nello stato di Nuova York, i casi di tale malattia sono in aumento tra i 45 e i 50 anni, mentre si nota una grande regressione presso i giovani.

Negli ospedali per malattie mentali il numero dei ricoverati, che era nel 1926 di 248.000 è salito a 347.640 a tutto il 1935.

Ciò si spiegherebbe appunto con la constatazione che a Nuova York l'urbanesimo si è molto intensificato in quest'ultimo decennio.

(da « Riforma Medica », 24 giugno 1939).

PER LA PREVENZIONE DELLA CHERATITE DEI MIETITORI.

Per accordi intervenuti con la Federazione Casse Mutue Infortuni Agricoli saranno distribuiti 366.000 cappelli di paglia, 140.000 in più rispetto allo scorso anno. Saranno anche distribuiti a titolo di esperimento 20.000 paraocchi per la prevenzione degli infortuni oculari. Funzioneranno inoltre posti di transito, controllo, ricovero e ristoro.

Il recente grido d'allarme sulla urgente necessità di prevenire la cheratite dei mietitori lanciato dal Prof. D'Amico attraverso la stampa medica è stato raccolto.

IL PROBLEMA DELLA RAZZA.

Il 6 luglio u. s. in Bari a cura della « Dante Alighieri » nel Teatro della scuola Cesare Battisti alla presenza di numeroso pubblico e di Autorità il prof. Giulio Cozzoli della R. Università di Roma e presentato dal Presidente prof. D'Alessandro, ha parlato su « Antichi e nuovi aspetti del problema della razza ».

La conferenza, seguita con interesse dal pubblico, fu alla fine calorosamente applaudita.

La pressione arteriosa e le sue alterazioni

Dott. SULTANO ANDREA

La misurazione della pressione arteriosa, eseguita con metodi di precisione, è stata introdotta in clinica da circa 40 anni, mentre solo da pochi anni è praticata nella medicina assicurativa. Ed invero la giustificazione si può trovare nel fatto che fino a poco tempo addietro le compagnie assicurative, accettando solo rischi normali, non sentivano il bisogno di richiedere la misurazione della pressione arteriosa, perchè l'ipertensione era ritenuta solo un sintomo di affezioni, quali l'arteriosclerosi e il rene grinzoso, facilmente diagnosticabili con altri esami, e per le quali il rischio era senz'altro rifiutato.

Le compagnie assicuratrici americane sono state le prime a praticare la misurazione della pressione, appunto perchè sono state esse ad iniziare l'assunzione di rischi tarati: ora la pratica si è diffusa universalmente, tanto che la misurazione della pressione è quasi sistematicamente richiesta dalle varie compagnie, alla stessa guisa dell'esame delle urine; e certamente questa metodica nuova indagine su tutti gli assicurandi, spesso apparentemente sani, avrà contribuito non poco nel differenziare un nuovo quadro patologico, che in una prima fase non presenta altri segni clinici obbiettivi se non la sola ipertensione, e cioè la *malattia ipertensiva*, il cui studio ha modificato e forse completamente capovolto il nesso etio-patogenetico tra il sintomo ipertensione e le malattie su nominate, arteriosclerosi generalizzata e rene grinzoso genuino. Oggidì infatti i più ritengono che prima a stabilirsi sia l'ipertensione e in secondo

tempo l'*arteriosclerosi generalizzata* e il rene grinzoso.

La *pressione arteriosa* è la pressione con la quale il sangue circola e progredisce nel sistema vasale, o meglio, secondo la definizione di Gallavardin, è quella forza creata dalla contrazione ventricolare, mantenuta dalla reazione della parete vasale alla distensione e regolata dalla resistenza dei vasi periferici al circolo sanguigno, cioè essa rappresenta l'energia che si accumula nella parete arteriosa elastica, quando questa per effetto dello scarico ventricolare viene portata ad uno stato di tensione.

La pressione arteriosa ha la sua ragione d'essere dal fatto che il sangue per giungere ad apportare ai vari tessuti il *pabulum* necessario alla loro vita, deve essere spinto con una pressione adeguata per superare le resistenze oppostegli dai vasi molto ristretti quali sono le arteriole precapillari, provviste di valide tuniche muscolari.

La pressione dipende da vari fattori: massa sanguigna, viscosità del sangue, ormoni (adrenalina, pituitrina, ecc.), e soprattutto dalla elasticità e dal tono delle arterie, e dalla energia contrattile del miocardio. Ad evitare poi forti sbalzi della pressione normale entra continuamente in giuoco il sistema neuro-vegetativo, di cui massima importanza ha il nervo splancnico, il quale riesce a compensare gli squilibri della pressione mediante il suo vasto territorio d'irradiazione addominale, che costringe o dilata a seconda dei casi.

Lo studio quindi della pressione arte-

riosa ci permette di indagare lo stato del cuore, lo stato delle pareti dei grossi vasi e lo stato vascolare periferico; in altri termini la determinazione della pressione arteriosa permette di indagare il funzionamento della circolazione sanguigna.

Un colpo d'occhio allo *sfigmogramma* (figura 1), cioè al tracciato grafico del polso, che esteriorizza le variazioni di

2) la pressione *minima o diastolica* Mn . Questa indica la pressione che domina costantemente nelle arterie e perciò anche detta pressione costante. Essa non dipende dal cuore, poichè il suo valore corrisponde al periodo di riposo cardiaco; viene regolata dalle variazioni del calibro arterioso, soprattutto arteriolare. Rappresenta d'altra parte la carica base, costante del sistema arterioso e di conse-

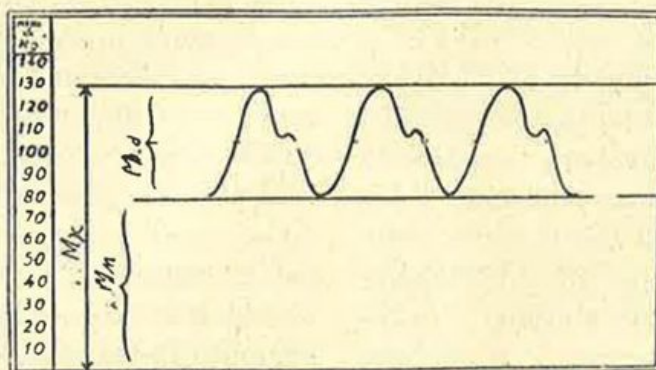


Fig. 1

(Da ANTOGNETTI)

pressione verificantisi nell'interno della arteria, fa facilmente rilevare delle *onde*, nelle quali distinguiamo:

l'*apice* corrispondente alla sistole ventricolare, la quale eleva al massimo la pressione; perciò tale pressione è denominata massima ed è designata col simbolo Mx ; e

la *base* o avvallamento corrispondente invece alla pausa diastolica, durante la quale la parete arteriosa ritorna su sè stessa: la pressione si trova al minimo livello, è detta diastolica o minima, e si designa col simbolo Mn .

Nella pressione arteriosa possiamo quindi distinguere:

1) la pressione *massima o sistolica* Mx . Questa risulta dalla somma di due fattori e cioè dalla pressione esistente costantemente nelle arterie, corrispondente alla pressione minima, più la pressione aggiuntavi dalla sistole del ventricolo sinistro. Essa perciò è prevalentemente in rapporto con l'energia di contrazione del ventricolo sinistro;

guenza misura le resistenze periferiche che il cuore dovrà vincere.

Da queste due pressioni estreme, fondamentali si deduce:

3) la *pressione differenziale* Md (*Pulsamplitude, Pulsdruck*), la quale risulta dalla differenza aritmetica tra la pressione massima e la pressione minima. Essa indica l'*ampiezza del polso*, corrispondente nello sfigmogramma al dislivello esistente tra l'apice e la base dell'onda. Essa risulta da una parte dal volume di sangue lanciato dal ventricolo sinistro, e d'altra parte dal deflusso del sangue attraverso i piccoli vasi, perciò misura approssimativamente l'energia del miocardio e la resistenza periferica e sta normalmente nel rapporto di 1 a 2 alla pressione minima, e di 1 a 3 alla pressione massima ($Mx = 3 Mn = 2 Md = 1$);

4) la *pressione media dinamica* Mm non è la media fra le due pressioni estreme, massima e minima, ovverosia media aritmetica, che non ha alcun signi-

ficato fisiologico, ma è la media di tutti i valori successivi della pressione, vale a dire essa misura la pressione costante che assicura nei vasi la stessa portata, mantenuta dalla pressione variabile normale: indica perciò l'intensità di energia impiegata dal cuore a mantenere nel vaso la stessa portata, che fluisce a ritmo costante. Essa ci informa sulle condizioni di tono e di elasticità delle pareti vasali.

L'esplorazione della pressione arteriosa è stata eseguita dagli antichi clinici con i mezzi che avevano allora a propria disposizione e cioè con l'ispezione delle pulsazioni delle arterie temporali, e con la palpazione della radiale, applicando su questa tre dita, e, secondo il grado di contropressione esercitata dal dito posto nel mezzo per evitare all'onda pulsatile di proseguire verso la periferia, deducevano l'intensità della pressione.

Ma questi metodi molto subbiettivi ed ingannevoli non potevano soddisfare: perciò vari medici si adoperarono nella ricerca di strumenti che potessero fornire valori più sicuri, e così circa 40 anni fa cominciarono ad essere adoperati strumenti di precisione, detti *sfigmomanometri*, il cui principio consiste « nella misura indiretta della pressione sanguigna per mezzo della contropressione necessaria per far sparire le pulsazioni di una arteria ». Oggi mercè il loro impiego è possibile conoscere i valori della pressione arteriosa, ricorrendo a metodi diversi, di cui i più diffusi sono: il metodo palpatorio, il metodo ascoltatorio ed il metodo oscillatorio.

Sebbene i valori ottenuti con tali metodi non corrispondano esattamente a quelli realmente esistenti nell'interno dell'arteria, tuttavia si dimostrano più che utili e soddisfacenti per gli scopi clinici.

Poichè la pressione arteriosa, specie nei riguardi della massima, si trova in uno stato di continua inquietudine, potendo essa variare nello stesso individuo per molteplici ragioni, specie nervose, così gli autori, per ottenere cifre paragonabili, consigliano di seguire delle *norme* nella misurazione e precisamente:

1) Il soggetto deve stare in una posizione comoda, perciò sdraiato a letto, o seduto, sempre col braccio completamente rilasciato, che perciò sarà adagiato supino sul piano del letto o di un tavolo, e mai sospeso.

2) La misurazione è bene sia eseguita nella mattinata, allo scopo di ottenere, specie nei soggetti eretistici, un maggior rilassamento dei muscoli lisci dei vasi, dopo il riposo della notte.

Nei soggetti sensibili in cui si sospetta una vasocostrizione generale riflessa, provocata dall'applicazione del manicotto, sarà consigliabile eseguire rapidamente 2-3 misurazioni allo scopo di eliminare lo spasmo, e quindi leggere il valore dell'ultima misurazione.

3) Evitare la misurazione se il soggetto è stato sottoposto ad uno sforzo faticoso; poichè è noto che in tali condizioni i valori sono superiori alla norma. Solo gli atleti, allenati alle fatiche sportive, non risentono dello sforzo recente, anzi spesso presentano una ipotensione.

4) Anche la digestione influisce sulla pressione, per cui bisognerà misurarla possibilmente a digiuno.

5) La temperatura dell'ambiente vi giuoca la sua parte, poichè temperature basse o alte influiscono ad aumentare o diminuire i valori della pressione.

6) Il manicotto, della larghezza di 12 cm., deve essere applicato molto aderente alla parte, completamente nuda, onde evitare un suo incurvamento quando è gonfio, per cui l'arteria si lascerà più difficilmente comprimere da una mi-

nore superficie del manicotto, e quindi saranno ottenuti valori superiori alla norma.

7) Il manicotto sarà applicato al braccio, cioè ad una parte del corpo, che stia alla stessa altezza del cuore onde evitare l'influenza della pressione idrostatica della colonna sanguigna; infatti diversi saranno i valori della pressione

A) Metodo palpatorio.

Questo metodo è stato introdotto da Riva-Rocci il quale così descriveva nel congresso medico di Roma del 1896 il suo apparecchio: « Lo sfigmomanometro si compone essenzialmente di un bracciale, costituito da un largo tubo di gomma, rivestito da una camicia di tes-

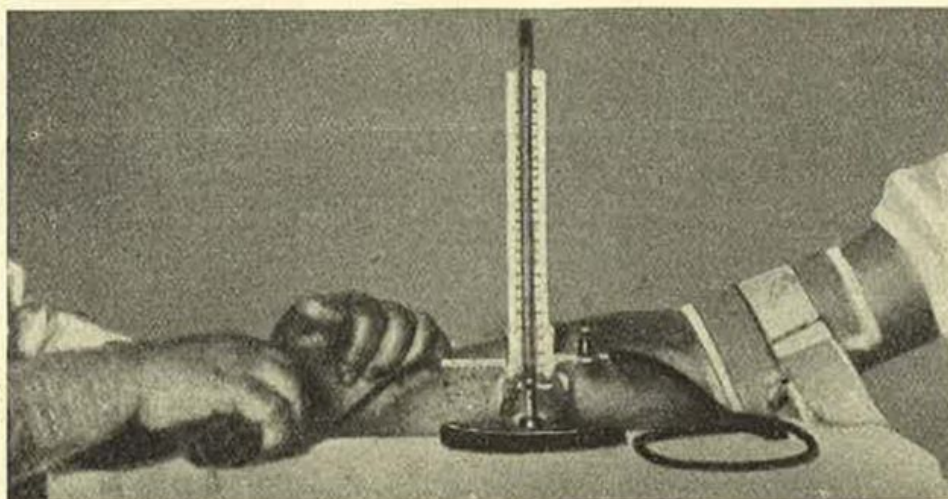


Fig. 2 — Applicazione dello sfigmomanometro di Riva-Rocci (Dal VIOLA)

se la si misura a braccio penzoloni o a braccio sollevato.

Dei vari metodi di misurazione della pressione, secondo il parere della grande maggioranza degli autori, è da preferire il metodo ascoltatorio con apparecchio Riva-Rocci, poichè esso presenta i vantaggi di essere sbrigativo, di recar minor fastidio al soggetto e di permettere facilmente la determinazione delle due pressioni, massima e minima, indispensabili per la conoscenza dello stato della circolazione sanguigna. Va inoltre notato che il manometro a mercurio (tipo Riva-Rocci) è preferibile al manometro metallico, perchè quest'ultimo può andare facilmente soggetto a deformazioni, causa poi di errori nella misurazione, e perciò abbisogna, dopo un certo tempo, di essere controllato.

suto inestensibile; esso per mezzo di una morsetta è congegnato in modo da poter essere applicato a qualunque circonferenza del braccio.

« L'interno del tubo di gomma comunica con un apparato insufflatore sul modello dei Richardson, per mezzo di una condotta di gomma: su questo è intercalato un manometro a mercurio ad un solo ramo ».

Per misurare la pressione sanguigna con tale metodo, si applica il manicotto al braccio, al disopra della piega del gomito, e si palpa la radiale al polso, o meglio l'omero subito al disotto del manicotto (figura 2).

Si insuffla allora dell'aria rapidamente nel manicotto fino a scomparsa del polso radiale.

Quindi si diminuisce lentamente e gradatamente la compressione esercitata

sull'arteria omerale dal manicotto. La pressione massima Mx , sarà indicata dalla cifra letta sulla scala del manometro a mercurio, al momento che si palpa la prima pulsazione.

Questo metodo semplice, comodo e rapido ha lo svantaggio di non permettere la determinazione della pressione minima, sebbene alcuni clinici affermino di poterla dedurre da una speciale vibrazione scoccante dell'arteria compressa; esso richiede inoltre una certa finezza palpatoria e che il soggetto non sia obeso o edematoso.

B) Metodo ascoltatorio.

Questo metodo, introdotto nel 1905 dal russo Korotkow, presenta oltre ai vantaggi del metodo palpatorio, anche quello di poter determinare la pressione minima Mn . Esso utilizza lo stesso apparecchio Riva-Rocci (o un altro manometro anche metallico, tipo sfigmomanometro Vaquez-Laubry), al quale aggiunge uno stetoscopio biauricolare, da adattare, subito al disotto del manicotto, mediante braccialettino, alla piega del gomito in corrispondenza dell'arteria omerale o della sua biforcazione.

Si porta quindi rapidamente, nel manicotto, una pressione superiore alla pressione massima e quindi si decomprime gradatamente il manicotto. Ad un dato momento, per il passaggio del sangue nel vaso compresso, si ascolteranno dei toni o rumori sistolici che man mano varieranno di tonalità e che si possono dividere in 4 gruppi o zone successive e rappresentare con la seguente curva (figura 3):

I^a Zona: dei toni arteriosi leggeri e brevi;

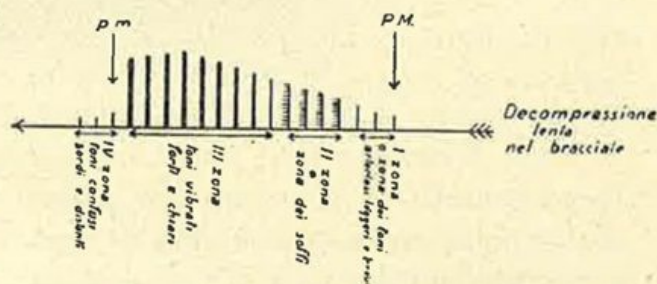
II^a Zona: dei soffi;

III^a Zona: dei toni vibrati e forti;

IV^a Zona: dei toni confusi, sordi e distanti.

Nella genesi dei toni entrano in giuoco in proporzioni variabili gli elementi parietali e sanguigno.

Il metodo non presenta inconveniente alcuno; bisogna solo notare che qualche volta, specie in soggetti con pressione relativamente alta, si hanno delle lacune *ascoltatorie* (*trous auscultatoires* degli autori francesi), cioè degli intervalli di scomparsa completa di ogni fenomeno acustico, intercalati nella serie dei toni



Curva ascoltatoria

Fig. 3

P M = massima
p m = minima

(Da ANTOGNETTI)

arteriosi e che si verificano nella diminuzione della pressione nel manicotto. Tali lacune si riscontrano sulle arterie con forte muscolatura, la quale non permette una rapida distensione della parete. Si riscontrano perciò nella 2^a fase dell'ipertensione.

Con questo metodo il valore della pressione massima è indicato dal primo tono, che si ascolta nella decompressione dell'arteria, mentre quello della pressione minima è indicato dalla cifra letta sul manometro al passaggio dalla 3^a alla 4^a zona, quando cioè i toni vibrati diventano d'un tratto sordi e distanti.

C) Metodo oscillatorio.

Questo metodo, introdotto da Pachon, richiede oltre ad un manometro metallico, l'impiego di un oscillometro il quale presenterà oscillazioni di varia ampiezza, corrispondenti a minori o maggiori distensioni della parete arteriosa, che

viene man mano decompressa dal manicotto.

L'oscillometro di Pachon (figure 4 e 5), si compone di un manicotto a doppio

diali. Quindi si decomprime gradatamente il manicotto. Ogni vibrazione della parete arteriosa, attraverso al manicotto viene trasmessa all'interno della

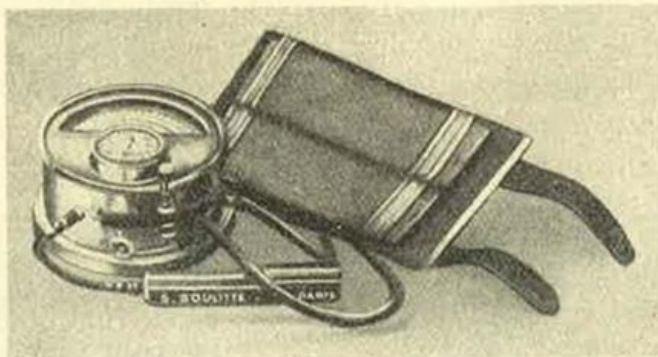


Fig. 4 — Oscillometro di Pachon (Dal VIOLA)

compartimento (il superiore per eliminare le pulsazioni sopramassimali), connesso mediante tubi di gomma all'interno di una scatola metallica (camera oscillometrica), contenente nel suo interno una capsula metallica elastica munita di un indicatore, ed un manometro metallico, tutti tra loro comunicanti.

Si introduce, mediante una pompa pneumatica da bicicletta, dell'aria che attraversando la scatola metallica, va nel manicotto, che sarà gonfiato fino a completa scomparsa delle pulsazioni ra-

scatola metallica; ma in tali condizioni l'indice della capsula elastica non oscilla perchè le sue superfici, esterna ed interna, risentono egualmente la pressione contenuta nella scatola; ma se, mediante un separatore, si fa in modo che il manicotto comunichi soltanto con la capsula elastica escludendola dalla comunicazione con la camera oscillometrica, allora le vibrazioni dell'arteria, facendosi risentire sulla parete interna della capsula elastica, ne faranno oscillare l'indice più o meno estesamente, secondo la distensione dell'arteria, mentre il manometro annesso segnerà volta per volta la pressione esistente nel manicotto.

Le oscillazioni di varia ampiezza che si ottengono nelle varie decompressioni del manicotto, sono proporzionali alla dilatazione delle pareti vasali, e possono essere tradotte su una grafica detta *curva oscillometrica*; questa poi si può ottenere direttamente mediante apparecchi scriventi, detti *sfigmo-oscillografi*. Normalmente l'aspetto di questa grafica è cupoliforme, il quale, patologicamente può trasformarsi nella forma di una gugia o nella forma appiattita.

Nella curva oscillometrica rileviamo

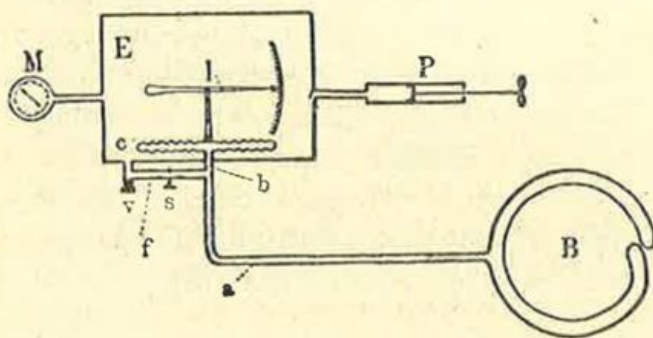


Fig. 5 — Schema dell'oscillometro sfigmometrico di Pachon. Il monometro *M*, indica la pressione dell'aria compressa nel manicotto *B*. La capsula manometrica *c* si trova in un serbatoio di aria *E*. In questo l'aria sta nella medesima pressione costante come nel manicotto *B* e nella capsula del polso *c*. Una chiavetta *s* permette di occludere il serbatoio d'aria dallo spazio del manicotto, in seguito a che, la capsula registra l'oscillazione di pressione nel manicotto e quindi l'oscillazione della parete arteriosa per mezzo dell'indice *l*. (Dal SAHLI)

tre zone di oscillazioni, e precisamente (figura 6 e 7):

I^a Zona delle oscillazioni piccole ed eguali;

II^a Zona delle oscillazioni grandi e crescenti;

III^a Zona delle oscillazioni piccole e decrescenti.

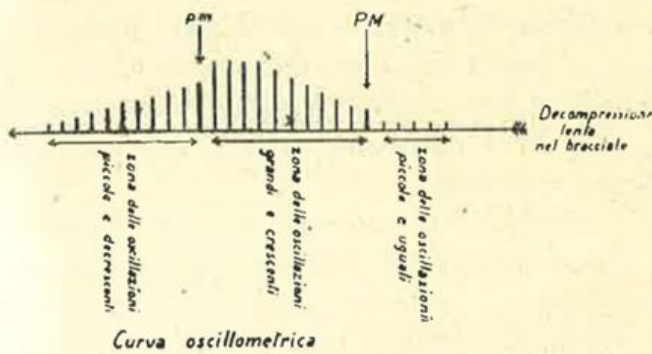


Fig. 6
P M = massima
p m = minima
(DR ANTOGNETTI)

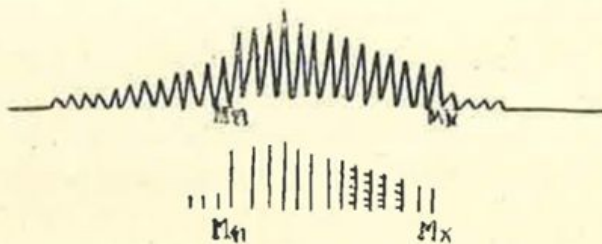


Fig. 7 — Sovrapposizione di una curva oscillatoria ad una curva ascoltoria (GALLAVARDIN)

La prima oscillazione, che inizia la zona delle oscillazioni crescenti, corrisponde al valore della pressione massima; la prima oscillazione più piccola, che segna la fine delle oscillazioni crescenti, corrisponde al valore della pressione minima.

Il metodo oscillatorio, pur avendo il pregio di essere un metodo obbiettivo, richiede una certa pratica per la lettura; e siccome poi per ottenere le varie oscillazioni dell'indice, occorre procedere a tappe e perciò impiegare un certo tempo, così la determinazione della pressione arteriosa può riuscire fastidiosa al soggetto per la lunga compressione del braccio e per la conseguente stasi venosa.

Essa possiede però il vantaggio di permettere la valutazione della *pressione media dinamica*, alla quale alcuni clinici attribuiscono grande importanza, maggiore di quella della Mx e Mn , poichè essa indicherebbe, meglio di queste, il valore della attività cardiaca e un suo aumento isolato avrebbe permesso in molti casi di svelare una ipertensione quando i valori della Mx e Mn si presentavano normali.

La pressione media dinamica Mm cor-

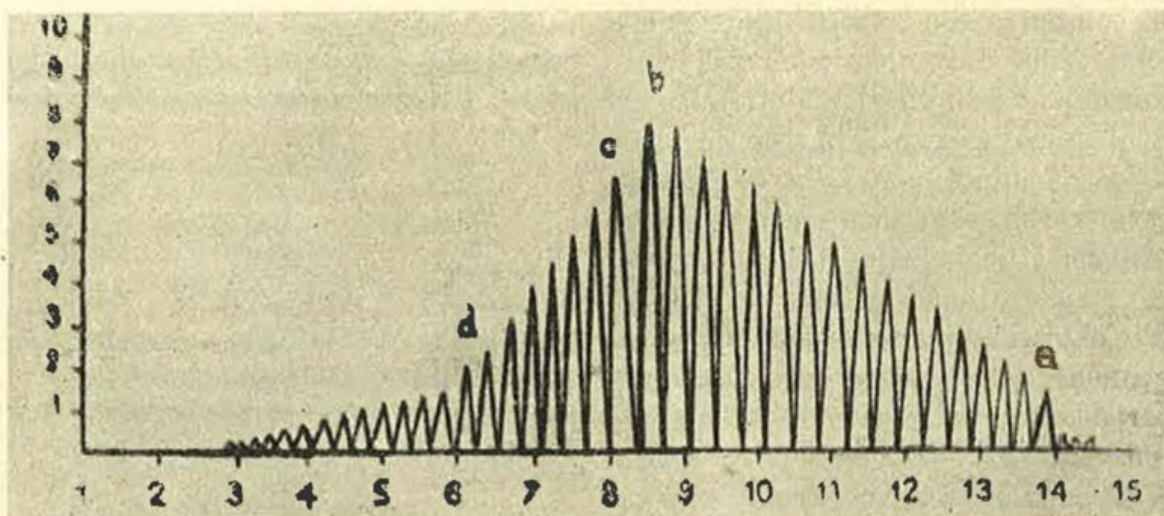


Fig. 8 — Schema della curva oscillometrica secondo P. GLEY e GOMEZ.

a = Mx 140;
c b = Mm 80-90; d = Mn 70

risponde alla più grande oscillazione sul quadrante dell'oscillometro di Pachon, ossia all'*indice oscillometrico* (I. O.). Essa nelle condizioni normali con una *Mx* 120 ed una *Mn* 80 risulta di 85-90 mm Hg.

Lo schema di Gomez e Gley, allievi di Vaquez, indica chiaramente le oscillazioni corrispondenti alla *Mx*, *Mn*, e *Mm* (figura 8).

L'indice oscillometrico, oltre a tradurre il valore dell'impulso cardiaco, traduce anche il valore del calibro vasale, dipendente dallo stato di contrazione o di rilasciamento della parete, per cui esso diventa un elemento semeiologico specifico nelle alterazioni funzionali od organiche dei vasi, e, se il suo valore è molto diminuito, può farci prevedere una trombosi arteriosa. Esso perciò viene spesso determinato nei diabetici, negli arteriosclerotici, negli affetti da morbo di Leo Burger, i quali presentano disturbi vasali a carico degli arti inferiori.

Il metodo oscillatorio permette infine di tracciare la *curva oscillometrica*, la quale è in grado di fornire un buon elemento diagnostico e prognostico nel decorso delle ipertensioni e specialmente della ipertensione essenziale, nella quale si comporta con aspetto differente a seconda delle fasi della malattia.

Paragonando i risultati ottenuti coi metodi palpatorio, ascoltatorio ed oscillatorio, gli autori hanno potuto rilevare solo lievi differenze di circa 5 mm Hg; poichè con il metodo oscillatorio la pressione massima sarebbe letta un po' più in alto che col metodo ascoltatorio, e questo a sua volta darebbe valori alquanto superiori di quelli registrati col metodo palpatorio.

Allo scopo di poter uniformemente valutare i dati ottenuti ed emettere un giudizio esatto, molti clinici hanno avanzato la proposta di determinare la pres-

sione con unico metodo, preferendo il metodo ascoltatorio con l'apparecchio Riva-Rocci, alquanto modificato; tale è il tipo Erkameter che permette di essere facilmente trasportato senza far versare il mercurio dalla vaschetta.

Anche il soggetto, al quale viene praticato l'esame, se intelligente ed attento, può fornirci dati utili per la determinazione pressoria, poichè egli percepisce l'inizio (corrispondente alla *Mx*) e la fine (*Mn*) delle pulsazioni arteriose, quando il manicotto viene gradatamente decompresso.

Quali sono i valori normali della pressione arteriosa? I valori normali della pressione massima negli individui sani ed adulti possono oscillare entro limiti molto estesi e precisamente tra 110 e 150 mm Hg.

In rapporto ai tipi costituzionali i valori maggiori si riscontrano nei *brachitipi*, i minori fra i *longitipi*.

In rapporto all'età le differenze sono lievi.

I valori normali della pressione minima oscillano invece entro limiti molto ristretti e precisamente tra 75 e 90 mm Hg.

Vari autori hanno indicato in tabelle le medie delle pressioni massima e minima, da loro ottenute secondo le varie età, desunte dall'esame di numerosi soggetti. Il Frost ci dà il seguente quadro:

Età	<i>Mx</i>	<i>Mn</i>
10	103	70
15	113	75
20	120	80
25	122	81
30	123	82
35	124	83
40	126	84
45	128	85
50	130	86
55	132	87
60	135	89

Come limiti normali *minimi* della pressione gli autori considerano i seguenti valori:

per la pressione massima:

$$Mx \begin{cases} 100 \text{ mm Hg da 20 a 40 anni;} \\ 110 \text{ mm Hg dopo 40 anni;} \end{cases}$$

per la pressione minima:

$$Mn \begin{cases} 60 \text{ mm Hg da 20 a 40 anni;} \\ 70 \text{ mm Hg dopo 40 anni.} \end{cases}$$

Se si hanno valori inferiori a tali cifre si è in presenza di ipotensioni.

* * *

Come valori *massimi* della pressione, sono accettati i seguenti valori:

per la pressione massima:

$$Mx \begin{cases} 130 \text{ mm Hg da 20 a 40 anni;} \\ 150 \text{ mm Hg dopo i 40 anni;} \end{cases}$$

per la pressione minima:

$$Mn \begin{cases} 85 \text{ mm Hg da 20 a 40 anni;} \\ 90 \text{ mm Hg dopo i 40 anni.} \end{cases}$$

Superati i limiti massimi dei valori pressorî si parla di ipertensione e precisamente di:

1) *ipertensione isolata*, se è interessata solo una delle due pressioni massima oppure minima;

2) *ipertensione globale* se sono interessate entrambe le pressioni: e di questa si può distinguere:

a) un tipo *equilibrato* quando si ha un aumento proporzionale, concordante dei due valori; secondo Lian si ha un buon equilibrio vascolare quando la pressione diastolica corrisponde a metà della pressione sistolica, più 10 o 20 mm Hg.

Il tipo equilibrato denota una buona capacità funzionale del cuore, indica cioè

che questo interviene efficacemente con le sue forze latenti di riserva per vincere adeguatamente gli ostacoli.

Il quadro seguente indica i valori equilibrati della *Mx* rispetto ai diversi valori di *Mn*:

<i>Mn</i>	<i>Mx</i>
90	135 a 150
95	145 a 160
100	160 a 180
105	170 a 185
110	180 a 195
115	190 a 205
120	200 a 215

b) e un tipo *convergente* della ipertensione. Questo si ha quando le due pressioni, sebbene entrambe elevate, non si trovano più nel rapporto equilibrato precedente, ma il valore della pressione massima è meno elevato di quanto lo comporterebbe l'elevazione della pressione minima; manca cioè il parallelismo fra le due pressioni; cosicchè viene a diminuire la loro distanza, rappresentata dalla pressione differenziale. Questo tipo è dovuto ad una diminuzione dell'energia di contrazione ventricolare ed indica l'inizio della insufficienza miocardica con conseguente tendenza al ristagno sanguigno.

Il rilievo di una ipertensione impone un esame attento e minuzioso, corredato di tutti i mezzi di indagine, degli organi ed apparati intimamente connessi al sistema circolatorio e che più frequentemente risultano lesi, cioè il cuore, il rene e il cervello colla sua propagine la retina, per insufficienza dei quali il soggetto può morire. Come l'esperienza clinica insegna e le ricerche sperimentali hanno confermato, i disturbi a carico di questi organi possono essere di doppia natura e precisamente in un primo tempo di natura funzionale, in tempo ulteriore di natura organica, e ciò in rap-

porto diretto al decorso dell'ipertensione, la quale in primo tempo induce nelle arteriole un ipertono e in prosieguo di tempo vi provoca alterazioni anatomiche costituite da una proliferazione plastica, iperplastica dell'intima, quindi degenerazione e necrosi delle fibre proliferate e conseguente occlusione dei vasi, causa di focolai d'infarto nei tessuti.

CUORE.

Questo rappresenta l'organo essenziale della resistenza all'ipertensione, quindi sarà quello che più frequentemente e più direttamente ne risentirà gli effetti. Il maggior lavoro impostogli dalle resistenze periferiche generalizzate (ipertono e lesioni arteriolari), ne provoca in primo tempo dilatazione attiva (= tonogena), ed ipertrofia, in secondo tempo dilatazione passiva. Subbiottivamente il soggetto lamenterà cardiopalmo, sensazioni penose di arresto del cuore (= extrasistoli), dolori precordiali a tipo anginoide.

Obbiottivamente l'ingrandimento del cuore sarà messo in evidenza, non tanto dalla percussione, quanto dall'ingrandimento dell'ombra ortodiografica, o teloradiografica, nella quale sarà facile rilevare arrotondamento della punta, che si affonda nel diaframma, convessità del margine ventricolare sinistro, con aumento del semidiametro orizzontale sinistro.

All'ispezione sarà evidente l'itto sollevante e scuotente. All'ascoltazione è frequente il secondo tono aortico rinforzato; e in prosieguo di tempo si potrà ascoltare il *ritmo di galoppo* che indica una iniziale dilatazione atonica del ventricolo sinistro, cui spesso fa seguito la insufficienza funzionale della valvola mitrale, che si rivelerà ascoltoriamente mediante un soffio sistolico sul focolaio della punta. L'aorta sottoposta ai frequenti colpi di ariete, dovuti alla cor-

rente sanguigna spinta con maggior violenza dal ventricolo sinistro, si allunga e dilata, come sarà facile constatare radiologicamente, ed inoltre va perdendo della sua elasticità, dimostrabile meglio con il chimogramma.

Se indaghiamo le varie funzioni cardiache (cronotropa, batmotropa, dromotropa, inotropa, tono, forza di riserva) sarà possibile mettere in rilievo tachicardia, extrasistoli, le quali possono essere funzionali, dovute a turbe di innervazione vago-simpatica, ma possono anche essere dovute ad alterazioni miocardiche ed in quest'ultimo caso rappresentano « grida di allarme » di un miocardio che cede. I disturbi di conducibilità del fascio atrio-ventricolare saranno rivelati dall'esame elettrocardiografico sotto forma di aumento dello spazio P-R o sotto forma di blocco atrio-ventricolare o solo di branca.

Se si saggia poi la forza di riserva del cuore, facendo compiere al soggetto alcune flessioni del tronco sulle ginocchia, il cuore risponderà, non con una maggiore energia ed ampiezza delle sistoli e con un moderato e breve aumento della frequenza del polso, ma invece con una notevole frequenza di polso (legge di Murri) e se si determina la pressione arteriosa dopo lo sforzo si noterà un abbassamento della stessa, il che denota che il compenso da parte del cuore non è più perfetto.

RENE.

Finchè l'ipertensione si mantiene solitaria e pura, cioè senza indebolimento del miocardio e specialmente senza alcuna lesione anatomica a carico dei vasi e senza complicità di infiammazione renale, la funzionalità renale, indagata con prove dirette (diluizione e concentrazione) e indirette (dosaggio dell'azoto nel sangue) rimarrà perfettamente nor-

male: solo si potrà notare una modificazione della diuresi con poliuria e nicturia, in dipendenza dell'ipertono e costrizione vasale. L'esame delle urine non mette in evidenza alcun elemento patologico, eccezion fatta di una lieve albuminuria, la quale non deve affatto far pensare ad una lesione renale, poichè è ben noto come basti un minimo disturbo dell'irrorazione renale per provocarla, come avviene ad esempio per l'albuminuria: ortostatica, da sforzo, da bagno, ecc.

Se invece all'ipertensione si associa uno sclerosi vasale diffusa oppure una infiammazione renale (sclerosi renale maligna di Volhard) allora si avranno pure i segni della insufficienza e della flogosi dell'organo: urine abbondanti con basso peso specifico (ipostenuria con poliuria compensatoria), albuminuria, ematuria, cilindruria, aumento della azotemia. Prove funzionali profondamente alterate.

SISTEMA NERVOSO.

E' questo il sistema più delicato e più esigente di irrorazione sanguigna, perciò è quello che più facilmente risente dai disturbi circolatori anche momentanei, causati dagli spasmi arteriolari (crisi vascolari). Sono infatti frequenti durante le ipertensioni, le così dette *eclissi cerebrali* manifestantisi in modo proteiforme, a seconda della zona in cui avviene lo spasmo vasale, sotto forma di perdita della coscienza momentanea, piccole assenze, monoplegie, emiplegie, improvvisa cecità, sordità, ecc. che scompaiono quasi completamente dopo breve tempo.

Ma gli spasmi arteriolari a lungo andare producono alterazioni profonde nelle pareti vasali, per cui facili possono essere le emorragie e le trombosi cerebrali. Per le emorragie cerebrali non è più ammesso che la rottura del vaso

possa avvenire per il solo aumento della pressione, poichè le pareti vasali normali possono resistere a fortissime pressioni senza rompersi, ma è necessario per la rottura che la parete sia stata in precedenza, profondamente alterata.

In vivo è possibile farci un'idea delle varie alterazioni arteriolari che si presentano nei vari organi, esaminando il fondo dell'occhio a mezzo dell'oftalmoscopia, la quale non deve mai essere tralasciata nei casi di ipertensione. Essa infatti ci permette di vedere le alterazioni che subiscono nei vari stadi di ipertensione, i vasi retinici, i quali possono essere considerati come la proiezione esterna dei vasi cerebrali, e ci permette di emettere il giudizio diagnostico e prognostico dell'ipertensione.

L'oftalmoscopia metterà in evidenza, a seconda dei casi, delle semplici tortuosità o ristrettezza dei vasi, emorragie a fiamma, chiazze bianche di degenerazione grassa, sotto forma di figura stellata o a ventaglio.

Quest'ultimo reperto che costituisce la *retinite angiospastica*, impropriamente detta albuminurica, è di significato prognostico molto grave e fornisce un elemento semeiologico importantissimo per la diagnosi dell'ipertensione nel suo periodo terminale, secondo alcuni dominato dall'alterazione renale, la nefrosclerosi maligna.

Accennate le ripercussioni generali connesse all'ipertensione, passiamo ad una descrizione particolareggiata ma breve delle affezioni, nelle quali si riscontra ipertensione.

* * *

Le ipertensioni arteriose.

Se si tien presente che la pressione arteriosa è regolata da un complesso armonico di molteplici fattori (sistema

neuro-vegetativo, ghiandole endocrine, crasi sanguigna, situazione elettrolitica, apparato cardiovascolare, tipo costituzionale, ecc.), è facile comprendere come le variazioni pressorie e quindi l'ipertensione possano verificarsi in numerose affezioni, nelle quali siano interessati uno o più fattori regolatori.

In alcuni casi l'ipertensione rappresenta solo un sintomo secondario, non evolutivo, della malattia, il quale assieme ad altri sintomi facilita la diagnosi dell'affezione principale (così nelle affezioni cardiovascolari primitive); in altri casi l'ipertensione assume un maggior valore, quello di sindrome, per cui l'ipertensione è un sintomo di primaria importanza nel quadro nosologico, capace di provocare per suo conto altri disturbi specie a carico del cuore e del cervello (ad esempio nelle nefriti ipertensive, in alcune intossicazioni), ed infine l'ipertensione rappresenta per se stessa una malattia, la malattia dell'ipertensione, nella quale l'ipertensione è il sintomo predominante e principale che caratterizza tutto il decorso dell'affezione, provocando lesioni in vari organi e specialmente nel cuore, cervello e reni.

Tenendo conto dell'*etiologia* le ipertensioni possono essere distinte in:

1) Ipertensione da disquilibrio del sistema endocrino-vegetativo. L'ipertensione che interessa solo la massima, si presenta in soggetti con sindrome di ipersimpaticotonia (ipertiroidismo, malattie ipofisarie, iperadrenalinemia, menopausa).

2) Ipertensione conseguente a lesioni del sistema cardiovascolare:

a) ipertensione da *cardiopatìa*. Tutte le volte che si verifica una ipertro-

fia del ventricolo sinistro, ne consegue una ipertensione la quale è modica nell'insufficienza mitralica, più spiccata è invece nella insufficienza aortica;

b) ipertensione da *alterazioni delle pareti aortiche (aortiti)*; per soppressione della funzione depressoria del nervo depressore di Cyon e perchè viene pure a diminuire l'azione smorzatrice sull'onda circolatoria, da parte della parete aortica, non più elastica;

c) ipertensione da *arteriosclerosi comune, senile*. A causa della degenerazione ateromatosa le arterie perdono l'elasticità e spesso anche il tono, senza però presentare vasocostrizione spasmodica e perciò senza creare ostacoli attivi alla circolazione; ne consegue che il cuore, non più coadiuvato dal circolo periferico nella propulsione del sangue verso i capillari, è costretto ad un maggior lavoro e quindi ad ipertrofizzarsi. La ipertensione che ne risulta interessa la sola massima, la quale raggiunge solo cifre moderate 160-170, poichè l'arteriosclerosi dei vecchi è ordinariamente circoscritta ad alcuni territori vascolari, mentre altri territori estesi ne sono risparmiati e quindi possono agire da compensatori.

3) Ipertensione da *intossicazione*:

a) da presenza nel sangue di ormoni patologici (fibroma dell'utero);

b) da eccesso nel sangue di sostanze tossiche. Ritenzione di sostanze azotate nella nefrite. Intossicazione da piombo, intossicazione gravidica.

4) Ipertensione *costituzionale ereditaria*; è rappresentata dall'ipertensione *essenziale*, la quale si riscontra in soggetti pletorici, forti mangiatori e bevitori, dal viso congesto; corrisponde in

primo tempo all'*ipertensione rossa*, e nella fase terminale all'*ipertensione palida* di Volhard.

Tenendo invece conto del tipo *sfigmomanometrico* le ipertensioni possono essere distinte in:

IPERTENSIONI

I. - *Ipertensione isolata*

- A) Massimale (sistolica) {
 secondaria a {
 insufficienza aortica { da endocardite
 } da aortite
 sclerosi dell'aorta, sclerosi delle arterie
 primitiva - per eccitamento del sistema neurovegetativo = es. morbo di Basedow
- B) Minimale (diastolica) {
 secondaria ad insufficienza miocardica.

II. - *Ipertensione globale*

A) Aumento della massa sanguigna = policitemia rubra.

- B) Restringimento funzionale o anatomico delle arteriole {
 da intossicazione {
 eccesso di ormone fisiologico { adenoma ipofisario
 } » surrenale
 } menopansa
 } climaterio mascolino
 ormone patologico - fibroma uterino
 infezioni acute - nefriti acute
 ritenzione di sostanze tossiche { nefriti sub-acute
 } » croniche (?)
 infezioni croniche = lues
 autointossicazioni { malattie del ricambio { diabete
 } eclampsia { gotta
 } { obesità
 intossicazioni esogene: piombo, mercurio, ecc.
 costituzionale = ipertensione essenziale.

Una breve rassegna delle varie ipertensioni, classificate secondo il tipo sfigmomanometrico, permette di considerare:

significato relativo, senza alcuna tendenza evolutiva, e con scarso risentimento nei vari organi. Essa può essere:

1) *secondaria*:

I) *Ipertensioni isolate*.

a) *Ipertensione da insufficienza aortica*.

A) *Puramente massimale*.

L'insufficienza della valvola aortica fa sì che una buona parte di sangue, rifluisce durante la diastole dall'albero

In questi casi l'ipertensione ha solo un

arterioso nel ventricolo sinistro; ne consegue una diminuzione della pressione minima, mentre invece aumenta la massima per un maggior lavoro del ventricolo sinistro che si ipertrofizza.

E' da osservare che :

α) nell'*insufficienza aortica di origine endocarditica* o malattia di Corrigan, la pressione minima è alquanto diminuita e la massima è solo moderatamente elevata.

Si possono avere i seguenti valori :

$$\frac{Mx}{Mn} \quad \frac{150}{60} \quad \frac{160}{50}$$

La notevole pressione differenziale che ne risulta, si rivela clinicamente con la celerità del polso. Poichè il muscolo cardiaco in questa malattia è rispettato e si conserva valido, così la prognosi si può considerare favorevole; solo è da temere un nuovo attacco endocarditico, od una endocardite lenta;

β) invece nell'*insufficienza aortica da ateromasia dell'aorta* (malattia di Hodgson), la pressione minima resta normale, mentre la massima raggiunge cifre abbastanza elevate. Si possono avere ad esempio le seguenti formule

$$\text{sfigmomanometriche} \quad \frac{220}{80} \quad \frac{250}{110}$$

In questo caso il muscolo cardiaco può facilmente cedere al lavoro eccessivo perchè spesso il processo ateromatoso dell'aorta ascendente colpisce anche le coronarie e quindi il muscolo si indebolisce perchè insufficientemente irrorato. Sono infatti da temere attacchi di angina pectoris, di edema polmonare e di asma cardiaco :

b) Ipertensioni da sclerosi limitate :

α) *Ipertensione da aortite* (arterio-sclerotica, e luetica). Il processo degenerativo lede le terminazioni del nervo

depressore di Cyon e quindi ne sopprime la funzione ipotensiva. E' importante in questo caso l'*esame radiologico* che, meglio della percussione metterà in evidenza :

in posizione sagittale postero-anteriore: l'aorta ascendente, più o meno sporgente a destra della sternale destra; la porzione orizzontale dell'arco aortico, attraverso l'ombra sternale, sporgente in alto fino al giugulo, e l'aorta discendente divenuta, per la sua aumentata densità, distinguibile dietro l'ombra cardiaca;

in posizione obliqua anteriore sinistra l'aorta discendente toracica, che normalmente decorre lungo il bordo sinistro della colonna vertebrale e radiologicamente in detta posizione è solo visibile sovrapposta all'ombra della colonna vertebrale, quando invece si allunga si vedrà debordare, talora notevolmente, dall'ombra vertebrale.

La diminuita elasticità della parete aortica è facilmente dimostrabile col *chimosografo*, il quale rivelerà le oscillazioni della parete tutte eguali, invece che gradatamente decrescenti dall'origine del vaso verso la periferia.

Clinicamente si potranno mettere in rilievo i segni di una ipertrofia del ventricolo sinistro, costretto ad un maggior lavoro per la mancata cooperazione della elasticità aortica per spingere il sangue perifericamente. Inoltre poichè l'aortite spesso è associata ad una sclerosi delle valvole aortiche, l'ascoltazione farà percepire oltre al rinforzo del secondo tono, dovuto all'ipertensione, anche una risonanza metallica dello stesso tono. Talvolta infine il primo tono aortico è seguito da un dolce soffio sistolico, dovuto ad irregolari vibrazioni della parete aortica sclerosata.

A carico dell'aorta la percussione può rivelare un debordamento a destra del

manubrio sternale mentre la palpazione può permettere di sentire delle pulsazioni al giugulo.

Subbiettivamente il soggetto può lamentare crisi dolorose a carattere anginoso, dispnea da sforzo, accessi di oppressione.

Osserviamo che anatomicamente l'aortite luetica è una lesione, che colpisce le differenti tuniche; macroscopicamente si nota un aspetto zigrinato della parte affetta, nettamente limitata dalla rimanente superficie. Invece l'ateroma aortico si accompagna a zone ateromatose, diffuse in altre parti del sistema arterioso.

La prognosi dell'aortite luetica è di una certa gravità, poichè può complicarsi ad aneurismi, se non si interviene con la cura specifica, quella dell'aortite ateromatosa si confonde con quella dell'arteriosclerosi ma alquanto più grave per eventuale interessamento delle arterie coronarie.

β) *Ipertensione da sclerosi delle arterie (arteriosclerosi senile semplice)*. Si tratta ordinariamente di una ipertensione sistolica modica, con una pressione massima cioè di 140-160 mentre la minima resta normale. Poichè viene a diminuire nella circolazione il consenso periferico al motore centrale, così il miocardio è costretto a contrarsi con una maggiore energia, con conseguente aumento della sola pressione massima.

Questa specie di ipertensione si riscontra in persone che hanno oltrepassato il 60° anno di età. L'arteriosclerosi generalmente colpisce non tutti, ma solo determinati e preferiti distretti vascolari cosicchè facile è l'equilibrio pressorio. Tra gli altri, risparmiati sono quasi sempre i vasi dei muscoli e della pelle, i quali perciò costituiscono un vasto territorio di compenso.

L'arteriosclerosi senile semplice, per questa sua caratteristica di essere limi-

tata a solo alcuni territori vascolari si differenzia dall'arteriosclerosi generalizzata, la quale invece è provocata da una altra affezione speciale, l'ipertensione essenziale, che colpisce tutto il sistema arteriolare e si fa quindi risentire in quasi tutti gli organi.

Nell'arteriosclerosi senile le arterie colpite si presentano allungate e serpiginoze, come è facile constatare alla ispezione delle arterie: radiale, cubitale, omerale, temporale; al tatto sono dure, (arterie a gozzo d'oca), per incrostazioni con sali di calcio, ben visibili perciò radiograficamente. Piuttosto rara è l'ipertrofia del ventricolo sinistro, e questi pazienti infatti difficilmente muoiono per insufficienza miocardica; ma per lo più vanno soggetti a ripetute trombosi ed infarti negli organi più frequentemente colpiti dalla sclerosi: rammolliimenti cerebrali multipli, gangrena degli arti, attacchi di angina pectoris per sclerosi delle coronarie.

2) *L'ipertensione massimale* può essere anche *primitiva*, così abbiamo:

Ipertensione dei neuro-tonici. La si riscontra in soggetti emotivi, descritti col nome di vago-simpatico-tonici, i quali accusano palpitazioni, dolori precordiali, talora angosciosi, vampate di calore, dimagramento, ecc. L'ipertensione solo sistolica, indica in questi soggetti un profondo disquilibrio del sistema endocrinovegetativo senza però misurarla. Essa è la conseguenza di una esaltata attività metabolica tissurale e di una partecipazione attiva della periferia al circolo; ne deriva un eretismo cardiovascolare non connesso ad alcuna resistenza periferica.

La pressione massima, variabile e ben sopportata, raggiunge cifre alquanto elevate, mentre la minima resta normale; onde la pressione differenziale è alquanto estesa ed imprime al polso una

certa celerità. E' frequente la seguente formula sfigmomanometrica

$$\frac{Mx \ 200 \ 180}{Mn \ 90 \ 90}$$

A questo tipo appartengono:

a) l'ipertensione della *pubertà*, attribuita in passato ad ipertrofia cardiaca da crescita. Essa è dovuta al formarsi della secrezione interna delle ghiandole sessuali, associata spesso ad aumento di secrezione da parte di altre ghiandole endocrine, quali la tiroide, la ipofisi e la surrenale.

L'esame obiettivo mette in evidenza tachicardia, itto della punta sollevante, spesso aritmia sinusale e talora anche soffio sistolico anorganico.

La prognosi è buona poichè l'ipertensione facilmente regredisce fino a livello normale collo stabilirsi dell'equilibrio ormonale;

b) l'ipertensione giovanile da *sport esagerato*; è piuttosto rara e con facilità torna dopo breve tempo al livello normale;

c) l'ipertensione da *ipertiroidismo*; è dovuta ad una iperattività anormale del simpatico, conseguente ad esagerata secrezione tiroidea, la quale provoca pure in modo più o meno marcato dimagramento, tachicardia, tremori e talora anche esoftalmo.

Il tipo più esagerato è rappresentato dal morbo di Flaiani-Basedow.

B) *Ipertensione puramente minimale*. Formula $\frac{130}{100}$ Questa forma di

ipertensione caratterizzata solo da un aumento della pressione diastolica, si riscontra solo nei casi di insufficienza completa del cuore, in cui la forza di contrazione miocardica, notevolmente indebolita, provoca una diminuzione del-

la pressione massima, sistolica, mentre la stasi venosa provoca un aumento della pressione minima o diastolica: ne risulta una pressione differenziale piccola.

I soggetti con siffatta formula sfigmomanometrica a tipo convergente delle due pressioni, presentano tutti i segni di una cardiopatia scompensata: dilatazione cardiaca asistolica con debordamento dalla marginale destra dello sterno, stasi venosa, cianosi, edemi agli arti inferiori, epatomegalia, stasi polmonare con rantoli alle basi, specie destra, stasi renale con albuminuria.

La prognosi è quindi molto grave.

II. — *Ipertensione globale* cioè con aumento delle due pressioni, massima e minima. L'ipertensione poi è considerata *equilibrata* quando si presenta con la seguente formula

$$Mn = \frac{Mx}{2} + 10 \text{ oppure } 20 \text{ mm Hg.}$$

cioè quando la pressione minima è eguale a metà della massima più 10 millimetri se l'ipertensione è moderata, più 20 millimetri se l'ipertensione è notevole. L'ipertensione è detta *equilibrata* perchè denota un equilibrio dinamico tra cuore e vasi.

Riscontriamo l'ipertensione globale in quelle affezioni che causano una *resistenza periferica generalizzata*, la quale perciò fa aumentare la pressione diastolica e che per essere vinta richiede una maggiore contrazione del ventricolo sinistro cioè un aumento della pressione sistolica, o massima.

La si riscontra perciò nei seguenti casi:

a) per aumento della massa sanguigna. Tale è il caso della *policitemia rubra* o malattia di Vaquez, che per il considerevole aumento dei globuli rossi (7.000.000) e conseguente aumento di viscosità della massa sanguigna accresce considerevolmente e in modo gene-

rare la resistenza periferica, specie a carico dei capillari;

b) per restringimento funzionale e anatomico *generalizzato* delle arteriole. Come si verifica per:

1) *Ipertensioni tossiche*. Le sostanze tossiche circolanti nel sangue e di provenienza varia, eccitano le terminazioni arteriolari del simpatico, provocando, a seconda della loro azione discontinua o continua, contrazione temporanea o prolungata delle arteriole, onde risulta un aumento della pressione diastolica; questa a sua volta obbliga il miocardio ad una contrazione più energica onde ne risulta un aumento proporzionale ed equilibrato anche della pressione sistolica.

Quando l'intossicazione è recente e brusca allora si ha una ipertensione funzionale da semplice ipertono delle arterie con conseguente vasocostrizione e spasmo vasale; l'ipertensione allora può dileguarsi con la scomparsa della sostanza tossica, senza lasciare traccia alcuna. Così avviene nelle ipertensioni parossistiche da eclampsia, da saturnismo e nelle ipertensioni da nefrite acuta, nella quale, secondo Kylin, è la sostanza tossica dell'infezione acuta (scarlattina, tonsillite) che provoca nel contempo, anzi forse prima, l'ipertensione e quindi la nefrite.

Quando invece l'intossicazione è permanente e quindi ad azione continua, allora alla ipertensione funzionale del primo tempo si viene a sostituire una ipertensione organica permanente poichè vengono a stabilirsi nelle arterie delle alterazioni anatomiche del tipo sclerotico. La sclerosi dei vasi infatti segue l'ipertensione, come l'ombra il corpo. Si vengono così a costituire veri ostacoli permanenti nel circolo periferico. Il restringimento funzionale o anatomico delle arterie implica un aumento

della pressione minima, la quale provoca a monte, sul cuore, una contrazione miocardica più energica, che si traduce con un aumento della massima; si ha così una ipertensione globale.

A seconda dell'origine dell'intossicazione distinguiamo le seguenti ipertensioni globali:

α) *Ipertensione per eccesso di ormone fisiologico*: E' ormai assodato che gli ormoni ad azione sicuramente ipertensiva sono quelli delle capsule surrenali (adrenalina), e dell'ipofisi (pituitrina). Un aumento di tali ormoni è quindi in grado di provocare ipertensione: Così avviene nei casi di:

1) adenoma surrenale: in questo si ha una iperproduzione di adrenalina e conseguente ipertensione, spesso, parossistica;

2) adenoma basofilo ipofisario: si ha aumento della pituitrina; tipica è la sindrome di Cushing, caratterizzata da una obesità ad impronta pletorica con virilismo;

3) nella *menopausa* fisiologica o conseguente a castrazione chirurgica o radioterapica, la scomparsa della secrezione follicolinica sottrae l'azione neutralizzante di questo ormone all'azione ipertensiva dell'ipofisi e del surrene. L'ipertensione è quindi da attribuirsi ad una disfunzione ipofisocorticorenale.

In questa ipertensione da menopausa sono frequenti i segni della neurotonia: irritabilità nervosa, palpitazioni, insonnia, vampate di calore, facile sudorazione, ecc.

Invero l'ipertensione da menopausa può anche presentare il tipo dell'ipertensione dei neurotonici, cioè della forma prettamente massimale.

La prognosi è buona, poichè con una terapia precoce follicolinica oppure dopo

il periodo critico della durata di alcuni anni, l'ipertensione si attenua e persino raggiunge i valori della pressione normale.

4) L'ipertensione da *climaterio mascolino* riconosce un meccanismo, un decorso ed una prognosi analoghi a quelli dell'ipertensione da menopausa.

Bisogna tener ben presente alla mente che a questa età di 40-50, durante la quale avviene la menopausa o il climaterio mascolino, coincide anche la manifestazione dell'ipertensione essenziale, malattia che ha una prognosi ben diversa e che occorre differenziare.

β) *Ipertensione da ormone patologico*. E' questo il caso dell'ipertensione da fibroma uterino: sembra che le sostanze secrete dal tumore e più probabilmente i disturbi della secrezione ovarica che frequentemente si accompagnano al fibroma, si ripercuotono sul sistema endocrino-simpatico e provocano così la ipertensione.

γ) *Ipertensione da tossine da infezioni acute*. *Nefriti acute*. Nelle nefriti acute che si verificano ordinariamente in seguito a tonsillite, a scarlattina, l'ipertensione sarebbe, secondo alcuni autori, anteriore rispetto alla glomerulo nefrite; per essi l'infezione provoca una capillaropatia generalizzata acuta, la quale a sua volta provocherebbe e l'ipertensione e la glomerulo-nefrite. Secondo altri autori invece si avrebbe da parte del rene infiammato la produzione di speciali sostanze tossiche (renina), che per via anafilattica provocherebbero una vasocostrizione generalizzata onde ipertensione; perciò alla nefrite seguirebbe l'ipertensione.

Spesso l'ipertensione e la nefrite acuta scompaiono completamente in seguito alla scomparsa dell'ipertono vasale, da causa tossica e che non ha ancora dato luogo ad alterazioni arteriose or-

ganiche. L'ipertensione da nefrite acuta si differenzia facilmente e per la sua etiologia (tonsillite, scarlattina) e per l'esame delle urine (albuminuria, ematuria, cilindruria).

ς) *Ipertensione da ritenzione di sostanze tossiche*. *Nefriti sub-acute e sub-chroniche*. Se le lesioni renali della nefrite acuta non volgono a guarigione, ne risulta una insufficienza renale per cui sostanze tossiche ad azione ipertensiva prodotte anche dal ricambio albuminoideo (azotato) vengono in gran parte trattenute in circolo e quindi provocano, per eccitamento riflesso del simpatico vasocostrizione permanente e conseguente ipertensione. Anatomicamente si avrebbe il reperto di un rene infiammatorio, caratterizzato da infiltrazione interstiziale e da notevoli alterazioni glomerulari. Per lo più si tratta di giovani soggetti, colpiti in precedenza da tonsilliti o da scarlattina e che presentano costanti e precoci i segni di insufficienza renale (insufficiente diluizione e concentrazione delle urine, iperazotemia), e di alterazioni anatomiche renali (albuminuria, ematuria, cilindruria).

La prognosi è assai grave poichè il decorso ha una durata di pochi anni.

Ipertensione da *nefrite cronica* (di lunga durata). Secondo alcuni autori, la nefrite cronica, che si manifesta nell'età matura od avanzata, è da ritenersi non come causa bensì come effetto dell'*ipertensione essenziale*, la quale costituisce una malattia arteriosa primitiva, che, nel suo decorso, della durata di parecchi anni, è in grado di provocare alterazioni a carico dei più svariati organi e quindi anche del rene (rene vascolare o rene grinzo primitivo).

ε) *Ipertensione da tossine da infezione cronica*. Con una certa frequenza si riscontra nei luetici ipertensione sia

nel periodo secondario come pure nel terziario, ed attribuibile alla tossina luetica. Si possono anche avere crisi parossistiche, così nella tabe sono ben note le crisi viscerali, che Pal attribuisce a spasmi vasali, i quali a seconda del territorio interessato, costituiscono le crisi gastriche, le crisi anginose ecc. Si tratterebbe di veri accessi di ipertensione parossistica, con spasmi localizzati a determinati distretti vasali.

La prognosi delle ipertensioni su base luetica è in dipendenza della malattia fondamentale. Per la diagnosi giovano i dati anamnestici, l'esame obiettivo con speciale riguardo all'apparato cardio-vascolare e al sistema nervoso, e infine le ricerche sierologiche.

2) *Ipertensione da auto-intossicazione.* a) Le malattie del ricambio costituiscono con i loro prodotti intermedi anormali, delle vere sorgenti di sostanze tossiche, per cui:

1) L'ipertensione degli *obesi* è un reperto comune. Secondo molti autori, partigiani della teoria endogena dell'obesità, questa sarebbe provocata da un disquilibrio endocrino-vegetativo che provocherebbe una profonda alterazione dei ricambi intermedi (glicidico, lipidico, proteico ed idrosalino). L'ipertensione degli *obesi* facilmente si abbassa se i soggetti si sottopongono ad una giudiziosa cura dimagrante.

2) Nei *diabetici* si constata ipertensione in circa il 40 % dei casi; pare sia da attribuire ad un difetto dell'ormone insulina, la quale con la sua azione ipotensiva controbilancia l'azione ipertensiva della adrenalina.

Bisogna ricordare che un diabete leggero può essere anche provocato, per interessamento dei vasi pancreatici, sia dall'arteriosclerosi distrettuale senile, come pure dall'arteriosclerosi generaliz-

zata nella fase terminale dell'ipertensione essenziale. Questi casi di diabete sono però molto leggeri, con glicosuria ed iperglicemia moderate, e facilmente dominabili con la dieta.

3) anche nei *gottosi* l'ipertensione è frequente, e può essere ritenuta la causa di parecchi sintomi e delle complicanze della gotta: arteriosclerosi generalizzata, ipertrofia del ventricolo sinistro, rene grinzoso coi relativi segni di insufficienza e apoplezia cerebrale.

b) *Ipertensione dell'eclampsia gravidica.* Nelle gestanti in conseguenza di tossine da gravidanza può manifestarsi una *ipertensione* con albuminuria, che dà luogo talora ad una forma parossistica, accompagnata a spasmi vasali con sede di predilezione nelle arteriole cerebrali (convulsioni) e renali (diminuzione dell'urina fino all'anuria), e perciò si parla di eclissi cerebrale e renale.

Si può avere la formula sfigmomanometrica

$$\frac{Mx \ 250}{Mn \ 150}$$

Se si riesce a sottrarre la gestante all'intossicazione gravidica, affrettando il parto, la pressione ritorna rapidamente ai valori normali.

7) *Ipertensioni da intossicazioni esogene.* Ipertensione da saturnismo.

Formula $\frac{Mx \ 190}{Mn \ 110}$ Il piombo esercita una

azione elettiva sulla muscolatura liscia, specialmente dei vasi, onde frequente è l'ipertensione nel saturnismo; nel corso della quale possono prodursi delle crisi artero ed arteriolo-spastiche localizzate e con sede di predilezione nelle arterie del cervello, della retina e dell'addome (crisi addominali).

A lungo andare l'intossicazione saturnina provoca ipertensione permanente con lesioni organiche dei vasi, non esclusi quelli renali (nefrosclerosi).

π) **Ipertensione cronica progressiva od essenziale** o malattia ipertensiva. Questa malattia è stata recentemente sceverata da altre sindromi, e forma adesso un capitolo speciale dei trattati di patologia.

Essa è designata dagli autori con nomi diversi a seconda dell'alterazione anatomica o a seconda del concetto etio-patogenetico; arterio-capillary fibrosis da Gull e Sutton, nefrosclerosi da Volhard e Fahr, ipertensione costituzionale da Müller.

Essa rappresenta una vera entità morbosa, una malattia sistematica che colpisce l'intero sistema arterioso, il cui sintoma predominante e primitivo è la ipertensione, che accompagnerà la malattia in tutto il suo decorso, e ne costituirà il segno fondamentale; è perciò una malattia primitivamente arteriosa, panviscerale e periferica.

Essa si differenzia nettamente da tutte le altre affezioni, nelle quali l'ipertensione deve essere considerata come un semplice sintomo secondario, o tutt'al più come sindrome ipertensiva. Come per le altre ipertensioni bisognerà ammettere anche per questa malattia un disquilibrio nella situazione generale del sistema vegetativo, comprendendo in questo non solo il sistema nervoso ma anche l'ambiente umorale: ormoni, elettroliti, colloidali, ecc.

Gli autori francesi considerano l'ipertensione una malattia costituzionale, diatesica, discrasica, alla stessa guisa del diabete, dell'obesità o della gotta, e parlano pertanto di diatesi arteriosa e di eredità vascolare. Essa suole presentarsi verso la quinta decade della vita in soggetti con tara ereditaria omologa, in seguito a cause determinanti varie come forti e frequenti stimoli psichici, specialmente depressivi, emozioni, preoccupazioni, abuso di alimenti, ecc.

Per lo più sono colpite persone dal-

l'habitus pletorico, con corporatura robusta, colorito rosso acceso del volto, e forti mangiatori; Volhard attribuendo importanza al colorito cutaneo della maggioranza dei pazienti, chiama questa *ipertensione rossa*.

Le statistiche hanno messo in rilievo che ammalano più precocemente di ipertensione i figli di genitori che sono morti giovani a causa della malattia, e si è altresì notato che la stessa causa di morte (insufficienza cardiaca, apoplezia cerebrale e insufficienza renale) ricorre spesso nei membri di una stessa famiglia, come a dimostrare l'esistenza di **un componente costituzionale specifico**. Perciò la disposizione morbosa ereditaria secondo alcuni sarebbe da considerare come un coefficiente dominante tipico nel senso mendeleiano.

La malattia si manifesta nella maggioranza dei casi all'età di 40-50 anni, quantunque non siano escluse la gioventù e l'adolescenza.

Il suo decorso cronico della durata di circa 10 anni e più, può essere distinto in *tre fasi*, non nettamente separabili, caratterizzate da alterazioni funzionali o anatomiche vasali e da quadri sintomatologici differenti, i quali da alcuni autori sono stati considerati come malattie diverse; così Volhard distingueva una ipertensione benigna o rossa (che corrisponde alle prime due fasi della malattia), ed una ipertensione maligna o pallida (che corrisponde alla terza fase).

1^a Fase: *funzionale*, con ipertensione labile, denominata anche fase preorganica e fase d'ipertensione solitaria. Questa fase ha una durata piuttosto lunga di parecchi anni, 8 e più anni.

Non esiste alcuna alterazione anatomica, organica delle arterie, ma solo un aumento di tono delle arteriole precapillari, suscettibile di variazione che si ripercuote sulla pressione, che perciò è

varia e labile. Così è possibile in questa fase abbassare la pressione arteriosa, sia la massima, come la minima, facendo immergere al soggetto le mani od i piedi in acqua tiepida.

L'aumento del tono arterioso viene dimostrato dalla curva oscillatoria, più estesa del normale, che conserva l'aspetto cupoliforme, ma con oscillazioni non molto ampie, perchè l'ipertono frena la dilatazione della parete vasale; ne consegue anche una pressione media moderata (figura 10).

La formula sfigmomanometrica concordante ed *equilibrata* delle due pressioni in questa fase trova la sua spiegazione nel fatto che all'ostacolo dell'ipertono arteriolare che innalza la pressione diastolica, risponde con efficacia la contrazione ventricolare, onde anche aumento equilibrato della massima. A seconda del grado d'ipertensione si distingue:

una ipertensione leggera, ad es. $\frac{Mx}{Mn} \frac{160}{95}$

una ipertensione media, ad es. $\frac{Mx}{Mn} \frac{190}{105}$

una ipertensione forte, ad es. $\frac{220}{120} \frac{250}{140}$

Clinicamente si hanno solo sintomi funzionali, la cui imponenza non è in rapporto proporzionale al valore della ipertensione, poichè è frequente osservare piccole ipertensioni fastidiose e forti ipertensioni silenziose. L'eloquenza funzionale è invece in rapporto con l'ampiezza delle variazioni pressorie, che causano bruscamente una deficiente irrorazione sanguigna.

I sintomi quindi che si possono presentare in questa prima fase sono nettamente funzionali dipendenti dall'ipertono o dalla scarsa irrorazione sanguigna.

Essi consistono in:

a carico del *cuore*: tachicardia, cardiopalmo, senso di costrizione toracica,

percezione di intermittenze da extrasistoli;

a carico del *sistema nervoso*: cefalea, specialmente mattutina, disturbi visivi sotto forma di obnubilamento o di mosche volanti; e talora, per fortuna di rado, amaurosi, vertigini, amnesia, afasia, monoplegia ed emiplegia passeggera. Questi ultimi disturbi sono causati da spasmi vasali momentanei delle arteriole cerebrali (eclissi cerebrali) e cessano col ritornare della circolazione. Gli spasmi vasali poi e la conseguente ischemia dei tessuti sono dovuti alla maggiore sensibilità delle pareti vasali ipertoniche verso le tossine circolanti nel sangue;

a carico del *rene*: poliuria notturna che obbliga ad alzarsi parecchie volte nella notte.

Siccome tali disturbi possono mancare o venir considerati di nessuna importanza dai pazienti, così questi difficilmente ricorrono all'opera del medico; il quale invero il più delle volte diagnostica l'ipertensione essenziale in questa fase solo in occasione di visite sistematiche, non motivate: come ad esempio, per assicurazione-vita, per assunzione in servizio presso compagnie ferroviarie o altri enti pubblici.

Allora un *esame obiettivo* accurato può mettere in rilievo:

1) il sintomo fondamentale della malattia, l'ipertensione, talora il solo riscontrabile in questa fase, detta perciò, anche, della *ipertensione solitaria*. Essa presenta i caratteri dianzi nominati;

2) a carico del *cuore*: in questa prima fase il cuore riesce a vincere l'ostacolo periferico ed anche a contenere un certo maggior volume di sangue mediante una lieve dilatazione detta *tonogena*, che sarà man mano rafforzata da un aumento della massa muscolare cioè da ipertrofia ventricolare, difficilmente

rilevabile alla percussione e corrispondente alla ipertrofia concentrica degli antichi medici. Essa si rivela solo radiologicamente mediante una notevole sporgenza dell'arco inferiore sinistro, arrotondamento della punta che si affonda nel diaframma.

Clinicamente si ascolterà il rinforzo del secondo tono aortico e talora anche il primo tono alla punta vibrato a carattere muscolare. Il polso radiale è teso, ma non duro.

L'esame elettrocardiografico darà un tracciato con prevalenza sinistra e con qualche rara extrasistole del tipo ventricolare sinistro, di natura funzionale. Queste extrasistoli sono dovute al risveglio dell'automatismo dei centri secondari scaglionati lungo il fascio di His e della sua branca sinistra, eccitati dalla tensione, alla quale vien sottoposto il ventricolo sinistro dall'ipertensione.

3) A carico degli *organi dei sensi*, i disturbi visivi trovano riscontro nell'esame oftalmoscopico.

Mentre la determinazione della pressione arteriosa all'omerale ci ragguaglia sullo stato dei grossi e dei medi vasi, per conoscere lo stato delle arteriole e dei capillari, nei quali iniziano le alterazioni dell'ipertensione, ci è solo consentito esplorare quelli della retina a mezzo dell'oftalmoscopia.

Questa permette di rilevare precocemente un aumento della pressione dell'arteria retinica, determinabile con l'oftalmodinamometro di Bailliard ed inoltre permette di vedere una papilla pallida, un decorso tortuoso e sinuoso delle arterie retiniche, nonché un inturgidimento delle vene e il loro appiattimento al punto di incrocio colle arterie.

4) A carico del *rene*, l'esame funzionale dà risultati normali.

Eccezionali in questa prima fase sono gli accidenti dell'ipertensione, quali le epistassi imponenti e le emorragie ce-

rebrali e meningei; accidenti questi che indicano un progresso ulteriore della malattia nella seconda fase, quando cioè si sono stabilite alterazioni organiche nelle pareti vasali.

Rilevata un'ipertensione solitaria, occorre *differenziarla* da:

a) *Ipertensione neurotonica* da iperattività anormale del simpatico, nella pubertà, nell'ipertiroidismo, nella menopausa. In questi casi si ha una ipertensione che interessa solo la massima, mentre la minima resta normale.

b) *Ipertensione da nefrite sub-acute*. — Anche questa ipertensione interessa le due pressioni massima e minima: per la diagnosi serviranno il fattore etiologico (precedente tonsillite, scarlattina) e la presenza nelle urine di albumina, emazie, cilindri.

c) *Ipertensione da aortite sifilitica*. — In questa la pressione minima è pressochè normale; l'esame radiologico metterà in evidenza le alterazioni dell'aorta.

2ª Fase: *organica*, con ipertensione stabile, detta anche fase di stato. Ha una durata di 4-5 anni; è in questa fase che ordinariamente la malattia è diagnosticata.

In seguito all'ipertono delle arteriole, le pareti arteriose sottoposte per lungo periodo di tempo ad una pressione elevata e quindi ad una usura funzionale, cominciano a subire alterazioni anatomiche, consistenti in proliferazione delle fibre elastiche dell'intima con formazione di nuove lamelle elastiche e con produzione anche di tessuto connettivo. Il territorio vascolare periferico presenta allora una resistenza marcata e persistente per il diminuito lume vasale e per il diminuito tono ed elasticità delle arterie; richiede pertanto un maggior sforzo da parte del miocardio, il quale diviene ipertrofico.

L'ipertensione raggiunge allora il suo massimo valore e si mantiene stabile, o solo subisce lievi oscillazioni.

La diminuzione del tono delle arterie si traduce nella curva oscillometrica con oscillazioni più estese che non nella fase precedente. La curva oscillatoria invece dell'aspetto cupoliforme assume quello a campanile, cioè con la parte media del tracciato molto elevata, in conseguenza della maggiore escursione della parete per diminuzione di tono (figure 11 e 12).

Le alterazioni anatomiche vasali che interessano tutto l'organismo e gli elevati valori della pressione fanno risentire i loro effetti in numerosi organi, sicchè in questa seconda fase ricca è la sintomatologia clinica, specie a carico del cuore, del cervello e dei reni.

1. Apparato cardio-vascolare:

a) *Cuore.* Il cuore all'inizio della seconda fase è ipertrofico grazie all'aumento delle sue fibre muscolari cosicchè riesce a vincere felicemente le resistenze periferiche, ma a lungo andare la sua forza di contrazione va man mano attenuandosi, per cui non riuscendo più a spingere tutto il sangue in circolo comincia a dilatarsi (dilatazione da stasi) e a pulsare più frequentemente.

All'insufficienza cardiaca oltre allo sforzo continuo contribuisce anche la diminuita irrorazione sanguigna consecutiva a sclerosi delle arterie coronarie.

La graduale insufficienza cardiaca si manifesterà subiettivamente con palpitazioni e dispnea. Obbiettivamente la ipertrofia del ventricolo sinistro è rivelata da un itto puntale abbassato, spesso nel 6° spazio intercostale, e spostato verso l'esterno, all'infuori dell'emiclaveare; quando la forza di contrazione del ventricolo sinistro comincia a venir meno, allora si rileva una leggera diminuzione

dell'ipertensione e si percepisce un ritmo di galoppo presistolico; e quando infine il ventricolo si dilata, allora si percepisce alla punta un soffio sistolico, dolce, prolungato, all'inizio protosistolico, poscia olosistolico, dovuto ad insufficienza funzionale della valvola mitrale, la quale rappresenta l'apertura di una valvola di sicurezza che permette al ventricolo sinistro di scaricare una parte del suo sovraccarico di sangue nell'orecchietta. Questo alleggerimento di lavoro da parte del ventricolo sinistro si tradurrà nella formula sfigmomanometrica con una diminuzione della pressione massima, mentre la minima rimane invariata; si parla allora di *decapitazione della pressione massima*, di convergenza delle due pressioni con diminuzione della pressione differenziale; nella curva oscillatoria si noterà un appiattimento della cupola. Ma ben presto all'insufficienza del cuore sinistro si assocerà quella del cuore destro e allora si avranno i segni della stasi venosa nel rene (albuminuria più dell'1‰) e nel polmone (rantoli congestivi alle basi).

Il ventricolo sinistro inoltre sottoposto ad esagerato lavoro può cedere bruscamente ed allora si hanno i segni dell'insufficienza acuta del ventricolo sinistro: edema polmonare acuto, asma cardiaco, angina di petto.

Segni radiologici. Si trovano i segni precedentemente descritti con un maggiore graduale aumento del diametro trasverso. Il cuore assume la *forma ovoide*.

Segni elettrocardiografici. — L'*ecgr.* mette in evidenza alterazioni più o meno importanti, causate dalla tensione del miocardio: onde allungamento della sistole ventricolare (lo spazio QRS misurerà più di 4-6 centesimi di secondo), frequenti le extrasistoli eterotopiche di tipo ventricolare sinistro, conseguenti

ad extrasistoli ventricolari, caratterizzate da atipia del complesso ventricolare seguita da pausa compensatoria.

Nei casi di angina di petto, conseguenti ad uno spasmo delle arterie coronarie, si nota nella terza derivazione una Q decisamente marcata, per cui la Q_3 sarebbe ritenuta da alcuni autori la vera onda coronarica per eccellenza.

b) *Aorta*. Questa per effetto dell'ipertensione permanente si allunga e dilata fino a sporgere sulla forchetta sternale.

L'aortite ipertensiva provoca vari disturbi come: dispnea da sforzo, accessi parossistici di oppressione, crisi dolorose a carattere anginoso.

Radiologicamente si rivelano le alterazioni precedentemente descritte a proposito della aortite ateromatosa.

c) *Vasi*. I vasi alterati e sottoposti ad accessi ipertensivi possono rompersi causando emorragie imponenti nasali, retiniche, meningei, cerebrali con inondazione dei ventricoli.

Le alterazioni delle arteriole possono essere comparativamente desunte da quanto è possibile facilmente rilevare, mediante l'esame oftalmoscopico, nei vasi retinici. Infatti la sclerosi dell'arteria retinica si manifesta mediante numerosi restringimenti lungo il suo decorso, per cui l'arteria assume un aspetto moniliforme; le vene retiniche invece si presentano dilatate turgescenti e tortuose (a cavaturacciolo). Va inoltre ricordato che le arterie retiniche presentano un riflesso nettamente metallico, giallo oro « arterie a filo di rame ».

Frequente è pure il reperto di emorragie retiniche a fiamma, le quali, causando nel paziente subitanea cecità parziale o totale, lo inducono a presentarsi spesso in primo tempo all'oculista.

2. *Rene*. — Per la sclerosi delle arteriole interlobulari ed afferenti dei glomeruli si costituisce il rene vascolare o nefro-sclerosi benigna, che ci è possibile dedurre mediante esami biochimici: frequente è una lieve iperazotemia (0,50-0,70 ‰), la quale non sta in rapporto proporzionale ai valori pressori, ma è in rapporto all'estensione della lesione renale. Le urine sono abbondanti, di color giallo-pallido, e di basso peso specifico, il che indica la diminuita capacità funzionale del rene a concentrare. Frequente è la nicturia.

Nei casi di insufficienza cardiaca l'albuminuria aumenta notevolmente.

3. *Polmoni*. — Le alterazioni sclerotiche delle arteriole polmonari provocano una bronchite persistente, resistente a qualsiasi cura.

Ma sintomi polmonari possono pure aversi in seguito alla insufficienza graduale del cuore (dispnea, rantoli inspiratori da stasi udibili alle basi polmonari), e ad insufficienza acuta del ventricolo sinistro con ripercussione nel piccolo circolo (asma cardiaco, edema polmonare acuto).

4. *Cervello*. — In questa fase le arteriole colpite da processo sclerotico sono particolarmente sensibili all'azione di veleni endogeni ed esogeni, alla quale rispondono con delle crisi di spasmo; si hanno allora le eclissi cerebrali, dovute a sospensione momentanea dell'irrorazione cerebrale, e che si manifestano con vertigini, cefalea a tipo di emicrania, con emianopsia, afasia, monoplegia ed emiplegia passeggera. Il riprendersi della circolazione fa svanire tutta la sintomatologia.

Talora si hanno anche attacchi di asma per ischemia angiospastica del centro del respiro nel bulbo.

5. Per quanto riguarda la *formula sfigmomanometrica* osserviamo che in questa fase possono aversi variazioni interessanti o la sola massima, o entrambe la massima e la minima.

a) Variazioni della sola massima.

La pressione massima può abbassarsi in seguito ad insufficienza miocardica e allora si parla di decapitazione della massima.

b) Variazioni delle due pressioni.

La pressione sebbene stabilizzatasi in questa fase ad un valore quasi costante, consente però, come nella pressione normale, delle lievi oscillazioni in eccesso o in difetto, entro i cui limiti (*ipertensione di lusso* di Vaquez) il soggetto non lamenta disturbi speciali, essendovisi da lungo tempo adattato, ma se tali limiti vengono superati, in eccesso, ad esempio per forti emozioni, errori dietetici, infezioni renali, ecc., o in difetto ad esempio per esagerata terapia ipotensiva (salassi, purghe) o per affezioni febbrili (polmonite), allora il soggetto nel primo caso lamenterà i disturbi propri da ipertensione (cefalea, crampi, angoscia, palpitazioni), nel secondo caso, disturbi da ipotensione relativa (deliqui, astenia, vertigini).

Per simili evenienze gli autori sono concordi nell'ammettere che l'ipertensione della 2^a fase va rispettata.

Gli *accidenti* più frequenti e più temibili in questa fase, sono in dipendenza dell'esagerata ipertensione, della alterazione vasale e del sopraffaticamento del cuore: essi sono: emorragia cerebrale e insufficienza acuta del ventricolo sinistro (angina pectoris da decubito, asma cardiaco, edema polmonare acuto).

La malattia dalla quale bisogna differenziare l'ipertensione essenziale nella 2^a fase, è la *nefrite ipertensiva*. Questa si suole presentare in soggetti piuttosto giovani, riconosce come agente etiolo-

gico tonsillite o scarlattina, è spesso preceduta da sintomi nettamente renali (ematuria, albuminuria, cilindruria), e presenta profondamente compromessa la funzione renale.

3^a Fase: *Involuzione della pressione arteriosa.*

Fase della cachessia arteriosa con sclerosi multiple viscerali. A questa fase passa il paziente se è riuscito a superare gli accidenti della seconda fase. Essa ha una durata da pochi mesi a 2-3 anni.

Anatomicamente si ha la degenerazione jalina, ateromatosa delle fibre elastiche proliferate dell'intima vasale; ne consegue un restringimento e infine anche l'obliterazione parziale o totale del lume vasale; facili sono quindi le trombosi e consecutivi infarti nei vari organi e principalmente nel cervello, nel rene, nel cuore, nel pancreas, ecc.

Le pareti arteriose così profondamente alterate perdono elasticità e tono, come è facile rilevare dalla *curva oscillogometrica*, la quale presenta molte oscillazioni nella sua parte centrale tutte della stessa ampiezza, sì che riesce difficile precisare l'oscillazione corrispondente alla pressione media, e cosicchè la curva presenta un *aspetto spianato*, non più cupoliforme, nè a guglia.

La pressione minima diminuisce, pur non discendendo al disotto di 100 mm. Hg, e d'altra parte il miocardio, cominciando a cedere, sia per lo sforzo a lungo sostenuto, sia per la diminuita irrorazione sanguigna da sclerosi delle coronarie, rivelerà la sua stanchezza con l'abbassamento della pressione massima.

Di conseguenza da una ipertensione della 2^a fase con formula $\frac{Mx}{Mn} \frac{240}{140}$

e con pressione media di 160 si giunge nella 3^a fase ad una ipertensione con

formula $\frac{Mx}{Mn} \frac{200}{100}$ e con una pres-

sione media, difficilmente precisabile, intorno a 120 (figura 13).

L'abbassamento della pressione arteriosa causa al soggetto i disturbi di una relativa ipotensione: debolezza, depressione.

La sintomatologia clinica è connessa alla formazione di trombosi ed infarti nei vari organi e precisamente:

Cervello. — I sintomi cerebrali costituiscono i segni più caratteristici della fase terminale dell'ipertensione: infatti il sistema nervoso è quello che più facilmente risente dei disturbi di irrorazione.

Mentre sono rare adesso le emorragie, sono invece frequenti e numerosi i piccoli focolai lacunari in zone silenziose, motrici e sensitive; e che si traducono con i numerosi segni della sindrome pseudo-bulbare: andatura a piccoli passi, disturbi della voce e della deglutizione, tremori, facies inespressiva, piccoli ictus, perdita passeggera della coscienza.

E' da ricordare che spesso le trombosi cerebrali sono provocate da inopportuna terapia ipotensiva.

Occhio. — L'esame oftalmoscopico rivelerà lesioni lacunari della retina da degenerazione grassa degli elementi retinici e caratterizzate da macchioline bianche specie sulla macula ed intorno alla papilla, sotto forma di figure stellate o a ventaglio aperto, e di aspetto splendente. Le arteriole si presentano molto ristrette con riflessi biancastri « a filo d'argento ». La papilla è spesso contornata da edema. Tutti questi segni costituiscono il quadro della retinite *angiospastica o ischemica*.

Rene. — In seguito all'occlusione trombotica delle arteriole interlobulari e afferenti del glomerulo si ha necrosi del parenchima e neoformazione connetti-

vale: onde rene grinzoso primitivo e i segni di una insufficienza funzionale renale: urine abbondanti, chiare con basso peso specifico, lieve albuminuria, discreta iperazotemia (0,50-0,80 ‰), accompagnata talora ai sintomi dell'uremia (confusione mentale, disturbi gastro-intestinali, discreta intolleranza alimentare, ecc.), per cui, in questi casi, Volhard parla di nefro-sclerosi maligna, che si differenzerebbe dalla nefrosclerosi benigna della fase precedente più per quantità (estesa obliterazione di glomeruli) che per qualità.

L'alterazione anatomica che si riscontra in questa fase è in verità analoga a quella che segue alla glomerulo-nefrite (nefrosclerosi secondaria). Ma nel nostro caso bisognerà ammettere che la nefrosclerosi rappresenta un esito della progressiva lesione dei vasi renali consecutiva all'ipertensione primitiva e deve perciò essere considerata come un esito locale di una affezione arteriosa generalizzata.

Se intanto alla sintomatologia da insufficienza renale, caratterizzata dal quadro uremico si aggiunge quella da insufficienza cardiaca, si costituisce il quadro dell'*insufficienza cardio-renale*, il quale spesso si riscontra in questa fase e rappresenta uno dei modi più comuni di terminare dell'ipertensione essenziale.

La constatazione di un aumento della azotemia, coincidente con una diminuzione della pressione arteriosa, fornisce un ottimo elemento differenziale fra la ipertensione essenziale e l'ipertensione secondaria a glomerulo-nefrite, nella quale ultima invece l'ipertensione cresce di pari passo con il tasso azotemico.

Cuore. — La sclerosi delle coronarie e delle sue ramificazioni, provoca la formazione nel miocardio di numerosi e piccoli focolai di callosità e pertanto si possono avere accessi di angina di petto,

aritmie di vario tipo (ventricolari, atriali con fibrillazione auricolare); per l'occlusione di ramificazioni delle coronarie si produce l'infarto cardiaco, caratterizzato clinicamente da dolore anginoide terebrante, collasso, dispnea e da brusca caduta della pressione.

Intanto in questa terza fase è scomparso il ritmo di galoppo; sul focolaio aortico si può ascoltare un soffio sistolico, a propagazione sternale, da attribuire alla stenosi aortica provocata da ispessimento ed impregnazione calcarea dell'infundibolo aortico.

L'elettrocardiogramma è quello che più fedelmente ci rivela le profonde alterazioni alle quali va soggetto, in questa fase finale, il miocardio; esso infatti può rivelarci:

1) *extrasistoli* di natura organica, con origine dell'extra-stimolo nelle varie sezioni cardiache: nella orecchietta (se le extrasistoli sono molto numerose si ha la fibrillazione auricolare che provoca l'aritmia completa) o nei ventricoli;

2) *alterazioni di blocco*: nei casi in cui i piccoli focolai di callosità si formano lungo il fascio di conduzione; e a seconda della sede distinguiamo:

a) blocco *atrio-ventricolare*: lo stimolo, incontrando un ostacolo nel nodo di Tawara, si trasmette con ritardo dall'orecchietta al ventricolo, onde risulta un allungamento del tratto P-R;

b) blocco di *branca*: per la disposizione anatomica delle ramificazioni coronariche, si verifica il blocco per lo più nella branca destra: esso si osserva meglio nella terza derivazione se la si paragona alla prima derivazione. Questo blocco è caratterizzato da un allargamento del gruppo Q-R-S, da uncinature sui rami ascendenti e discendenti di R e di S, dal segno T opposto a quello della deflessione ventricolare massima;

c) blocco delle *arborizzazioni*: questo è caratterizzato da un maggiore slargamento del gruppo Q-R-S, da numerose uncinature dei rami R ed S, per cui queste onde assumono la forma di W o di M, e da un basso voltaggio di tutto il tracciato.

Il blocco delle arborizzazioni comporta una prognosi molto severa.

Questi vari blocchi che indicano solo un ritardo nella conduzione dello stimolo, non possono essere rilevati clinicamente.

3) *Deformazioni dell'onda T e del tratto S-T*. — Queste si riscontrano in caso d'infarti del miocardio e sono variabili a seconda del tempo trascorso:

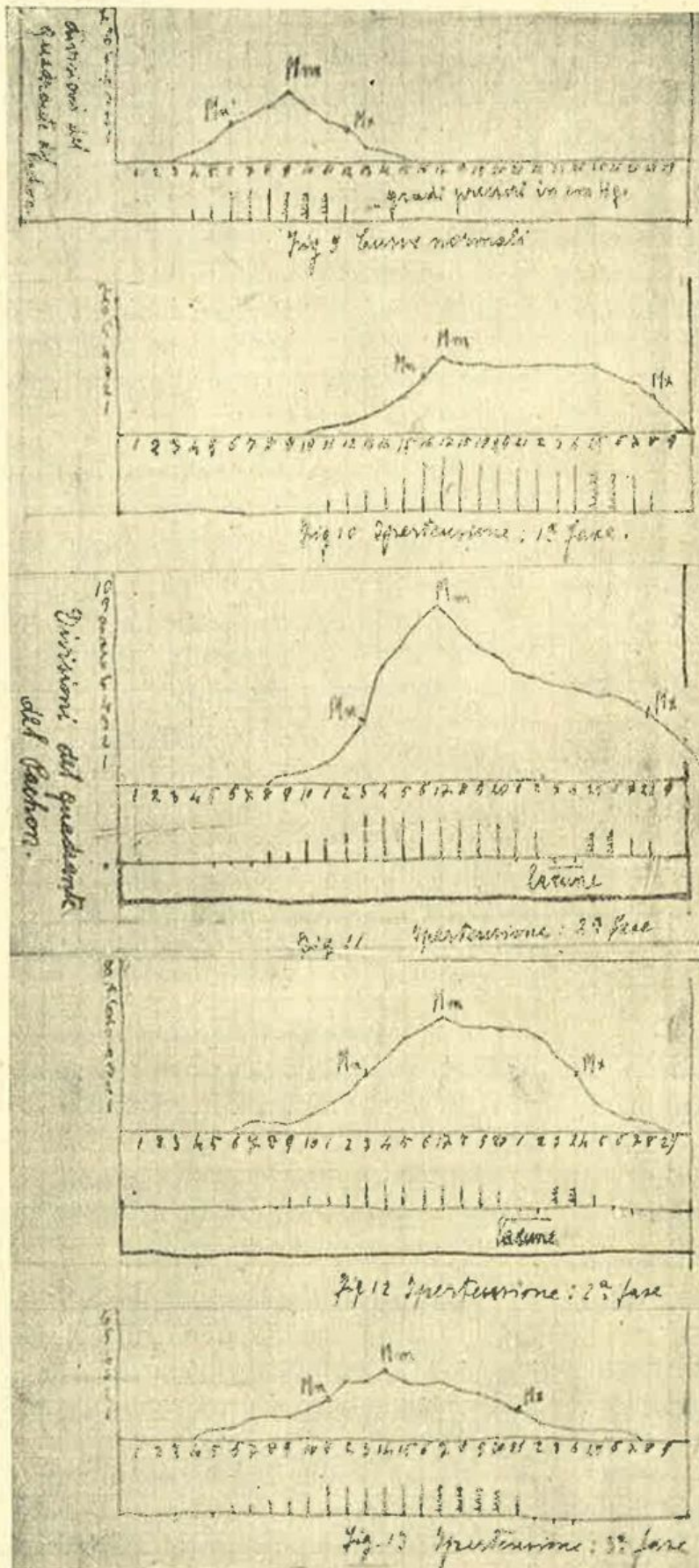
a) nella prima settimana l'onda T è di ampiezza smisurata, sviluppandosi a spese dello spazio S-T;

b) nella seconda settimana e per un periodo di tempo che può protrarsi fino a tre mesi: l'onda T si inverte e diviene negativa; il tratto S-T si fa curvilineo a convessità superiore e precede la T negativa. Queste deformazioni sono note col nome di *onda coronarica di Pardee*;

c) trascorso il secondo periodo, il complesso elettrico riprende l'aspetto ed il profilo normale, pur restando l'onda T₃ negativa.

Nei casi d'infarto radiologicamente si potrà talora mettere in evidenza un aneurisma parziale del cuore.

4) Il polso *alternante*, indice del fallimento delle energie miocardiche, più che nell'elettrocardiogramma si rileva molto meglio nello sfigmogramma e nelle curva oscillatoria, che dimostrano delle onde od oscillazioni basse, alternate ad altre più alte e tutte equidistanti, per cui facilmente si riesce a differenziarlo dal polso bigemino e dal polso dicroto.



Le curve oscillometrica ed auscultatoria nell' ipertensione essenziale.

Fig. 9. - Curva oscillometrica normale ottenuta con l'apparecchio di Pachon a doppio bracciale, (aspetto a cupola) e curva auscultatoria.

Fig. 10. - Curva oscillometrica con aspetto a cupola molto estesa e curva auscultatoria nella 1^a fase dell'ipertensione solitaria.

Si noti il grado dell' ipertensione: Mx 280; Mm 170; Mn 160; assenza di lacune auscultatorie; riduzione della zona dei toni soffianti, intensità dei toni vibrati, espressa dall'altezza delle aste.

Fig. 11. - Curva oscillometrica con aspetto a campanile e curva auscultatoria nello stadio iniziale della 2^a fase organica con ipertrofia del cuore, aterosclerosi dei grossi vasi, nefrosclerosi.

Si noti la maggiore ampiezza delle oscillazioni e la minore intensità nonchè le lacune, dei toni di ascoltazione.

Fig. 12. - Curva oscillometrica e curva auscultatoria nello stadio avanzato della 2^a fase.

Si noti il grado minore delle ipertensioni estreme: Mx 240; Mn 130; la conservazione della Mm a 170; l'ampiezza discreta delle oscillazioni e la minore intensità con alcune lacune dei toni di ascoltazione.

Fig. 13. - Curva oscillometrica con aspetto a cupola spianata e curva auscultatoria nella 3^a fase o fase d' involuzione pressoria.

Si noti la riduzione notevole delle pressioni estreme Mx 210, Mn 110, rispetto ad una diminuzione meno notevole della Mm 140.

(Da DUMAS)

Pancreas. — Per sclerosi dei vasi pancreatici può manifestarsi un diabete lieve, con modesta iperglicemia e glicosuria, facilmente riducibile con la dieta.

In questa terza fase della malattia, l'ipertensione essenziale sarà differenziata dall'ipertensione *dell'arteriosclerosi comune*, senile.

In questa l'ipertensione interessa più la sola pressione massima, è moderata ed è quindi ben sopportata. Le condizioni generali sono buone e non vi sono segni d'insufficienza cardiaca e renale. Si tratta inoltre di persone che hanno spesso superato i 60 anni, mentre invece l'ipertensione essenziale ha già causato l'esito letale prima di tale età.

La *prognosi* della malattia ipertensiva è sempre riservata sia per il carattere stesso progressivo della malattia, sia per i diversi gravi accidenti ch'essa può presentare nelle sue successive fasi.

Tuttavia il giudizio prognostico, che dovrà scaturire dalla raccolta di una diligente anamnesi e da un accurato esame obiettivo, corroborato dai risultati di ricerche eseguite con i vari mezzi di indagine clinica allo scopo di poter conoscere lo stato anatomico e funzionale specialmente del cuore, dei reni e dei vasi, terrà presente i seguenti elementi:

1) *Gentilizio.* Le statistiche concordemente dimostrano che i figli di ipertesi, generalmente muoiono più giovani dei genitori.

2) *Età.* Quanto più giovane è il soggetto tanto più grave sarà il decorso dell'ipertensione.

3) *Formula sfigmomanometrica.*

L'*equilibrio* delle due pressioni, cioè pressione minima eguale a metà della pressione massima, più 10 o 20 mm denota, un buon equilibrio tra il motore

centrale (cuore) e le resistenze periferiche (alterazione vasale); invece una pressione massima relativamente bassa rispetto alla minima indica un indebolimento miocardico, che si avvia all'insufficienza cardiaca totale.

La pressione minima è quella che dà l'immagine più fedele della gravità della malattia.

Una pressione minima con un valore permanente superiore a 120 mm Hg indica un forte ostacolo periferico, che difficilmente il cuore potrà a lungo vincere e non potrà permettere una sopravvivenza superiore a 2-3 anni.

4) *Curva della pressione.* — Questa ci informa dello stato dei vasi. Riuscendo a tracciare una curva della pressione, nella quale vengono segnati per un determinato periodo di tempo i valori pressori ottenuti quotidianamente, se detta curva presenta *ampie oscillazioni* ci farà pensare che la malattia è nella prima fase funzionale e facilmente potrà essere influenzata favorevolmente dalla cura; se invece la curva è quasi *lineare* si penserà allo stadio organico di stabilità della malattia, e allora bisognerà ricercare attentamente i segni di eventuale insufficienza iniziale cardiaca e renale.

5) *Elettrocardiogramma.* — Un tracciato che riveli una fibrillazione auricolare, o i segni di blocco nella via di conduzione, o un'onda coronarica di Pardee, indica che la malattia volge verso l'esito letale.

6) Il *reperto oftalmoscopico.* — La presenza di emorragie retiniche, o di figure da degenerazione grassa indicano uno stadio avanzato della malattia e debbono far quindi temere la morte a breve scadenza. Le emorragie retiniche sono spesso i segni precursori di una emorragia cerebrale a breve scadenza.

7) La *durata della vita* a seconda delle fasi della malattia è calcolata:

a) nella prima fase di 10 e più anni, specie se il soggetto si sottopone ad un adatto trattamento;

b) nella seconda fase di 6-8 anni: in questa fase, essendosi stabilite delle alterazioni organiche nei vasi, la malattia assume carattere evolutivo. Sono da temere degli accidenti quali le emorragie cerebrali e l'insufficienza acuta del ventricolo sinistro;

c) nella terza fase della cachessia arteriosa, di 1-3 anni.

Le ipotensioni.

In queste, i fattori regolatori della pressione arteriosa sono influenzati in modo inverso che nelle ipertensioni, da cause patologiche, per cui risulta una diminuzione del tono vasale e un rilassamento delle pareti.

Volendo classificare le varie ipotensioni in base alla formula sfigmomanometrica, possiamo distinguerle in:

IPOTENSIONI

I. - Ipotensione isolata

- A) Massimale = insufficienza cardiaca
- B) Minimale = insufficienza delle valvole aortiche.

II. - Ipotensione globale

- | | | | | | | |
|----------------|---|-------------|---|---|---|-------------|
| A) sintomatica | } | transitoria | } | acuta: emorragie, traumi, choc anafilattico, intossicazione | } | tifo |
| | | cronica | | sub-acuta: infezione dell'apparato digerente | | colera |
| | | | | morbo di Addison | | dissenteria |
| | | | | » di Simmonds | | |
| | | | | tubercolosi polmonare. | | |

B) Idiopatica: essenziale.

1) Ipotensioni isolate.

Queste sono state già descritte assieme alla varietà di ipertensioni isolate, alle quali si associano.

2) *Ipotensioni globali* interessanti la pressione massima e la pressione minima.

In queste si deve ammettere che una sostanza tossica agisce in senso depressivo sul sistema vasomotore generale o direttamente o pel tramite delle ghiandole endocrine specialmente delle ghiandole surrenali ed ipofisi; le quali coi loro ormoni stimolano i nervi addetti al tono vasale.

A) Ipotensioni sintomatiche.

Queste possono presentarsi:

α) n modo *acuto*, brusco in conseguenza di emorragie profuse, di traumi, di choc anafilattico, di intossicazioni, ad esempio, da cloroformio nella narcosi.

In questi casi la pressione diminuisce rapidamente fino a raggiungere cifre molto basse, talora anche di $\frac{60}{40}$ e si accompagna ordinariamente a lipotimia ed a sincope. Un buon elemento per la prognosi di dette affezioni è dato appunto dal progressivo rialzo della pressione;

β) in modo *sub-acuto* in alcune malattie a decorso sub-acuto e che ordinariamente interessano l'apparato digerente, quali il tifo, la dissenteria, il colera, ecc. In questi casi una pressione massima che scenda al disotto di 70, 60 mm Hg comporta una prognosi molto riservata;

γ) in modo *cronico* in malattie a decorso lungo, delle quali tipiche sono:

1) Affezioni di alcune *ghiandole endocrine* per cui si ha diminuzione di ormoni simpatico-tonici. Tali sono:

a) il morbo di Addison, caratterizzato da una speciale pigmentazione nerastra delle mucose e della cute, e dalla ipotensione, la quale riconosce in tal caso la sua patogenesi nella lesione delle capsule surrenali, e nella conseguente diminuzione di adrenalina, ormone eccitante del simpatico;

b) il morbo di Simmonds, o cachessia ipofisaria. La pituitrina, ormone dell'ipofisi, come l'adrenalina delle surrenali, ha azione di primaria importanza nel mantenere il tono dei vasi;

2) la *tubercolosi polmonare*. In questa affezione invero gli autori hanno ottenuto risultati pressorî contraddittorî; spiegabili con il decorso vario dell'affezione.

Ordinariamente la pressione arteriosa ha un decorso parallelo a quello della malattia; gli stadî acuti e le emottisi frequenti si ripercuotono sulla pressione, abbassandola, e viceversa una pressione normale e meglio ancora alquanto elevata, costituisce un buon elemento prognostico.

Lipotensione nella tubercolosi polmonare pare debba attribuirsi ad una influenza diretta della tossina tubercolare sui centri nervosi vasomotori, e non indirettamente a lesioni delle ghiandole surrenali poichè queste sono state

trovate quasi costantemente integre, anche se esaminate istologicamente.

B) *Ipotensione idiopatica, essenziale*. — Formula $\frac{Mx}{Mn} \frac{100}{70} \frac{90}{60}$

Descritta nel 1903 dal Ferrannini, viene considerata come manifestazione di deficienza motoria non del miocardio, ma delle arterie medie e piccole per diminuzione della rispettiva tono-elasticità.

Essa rappresenta una malattia costituzionale, connessa molto verosimilmente ad un disquilibrio endocrino-vegetativo e conseguente vagotonismo.

I soggetti ordinariamente si presentano alti di statura, per lo più magri, con un colorito pallido-plumbeo, dall'aspetto più anziano dell'età reale, spesso con rughe, con muscolatura flaccida, estremità spesso fredde e cianotiche, e con visceri ptosici.

Siccome l'ipotensione è un disturbo generalizzato di tutto il sistema circolatorio, tutti i vari apparati risentono del disturbo di circolo e quindi si hanno sintomi:

a carico del *sistema nervoso*: cefalea, astenia muscolare con facile stancabilità fisica, psico-astenia, sonnolenza. Per tali disturbi spesso i pazienti vengono considerati come nevrastenici;

a carico del *cuore*: facili palpitazioni, dispnea da sforzo;

a carico dell'*apparato digerente*: pirosi, dolori gastrici.

Obbiettivamente i sintomi più importanti si rilevano a carico dell'apparato cardiovascolare. La formula sfigmomanometrica può presentare valori come $\frac{Mx}{Mn} \frac{100}{70}$ con pressione differenziale diminuita.

L'indice oscillometrico è anch'esso diminuito in conseguenza della diminuzione del tono e della elasticità delle arterie.

All'esame del cuore: mentre nel decubito supino si nota una bradicardia (bradicardia da decubito), nella stazione eretta si riscontra invece una spiccata tachicardia; si rileva poi un volume del cuore normale, o leggermente aumentato, dimostrabile meglio con l'esame radiologico, che spesso fa vedere un aspetto a goccia del cuore.

L'ascoltazione del cuore mette spesso in evidenza un indebolimento del 2° tono aortico, ma talvolta invece un rinforzo dello stesso tono. L'aumento di volume del cuore, secondo Ferrannini sarebbe spiegato dal fatto che lo slargamento diffuso del letto vasale sarebbe causa di diminuzione di velocità nella corrente propulsiva; perciò occorre che parte della energia cinetica, svolta dal ventricolo sinistro, si applichi ad imprimere a quella corrente una velocità per lo meno normale, affinché il sangue non ristagni nei capillari e nelle vene.

La dilatazione poi dei vasi periferici per la deficienza di tono-elasticità è spesso dimostrabile, strisciando con il dorso dell'unghia sulla cute: si avrà il noto dermatografismo rosso (segno di Trousseau).

Per quanto riguarda la *prognosi* della ipotensione essenziale, risulta da importanti statistiche americane ch'essa, riscontrata specialmente in età superiore ai 50 anni, comporta una prognosi favorevole *quoad vitam*, poichè la longevità di tali soggetti risulta superiore a quella di coetanei con pressione normale. Bisogna però notare che, secondo alcuni autori, l'ipotensione, per affaticamento del cuore, può provocare insuffi-

cienza cardiaca la quale invero si verificherebbe dopo molti anni; ma a differenza dell'ipertensione, nell'ipotensione non si verificano gli accidenti che più minacciano la vita dei pazienti quali le emorragie cerebrali e l'insufficienza acuta del ventricolo sinistro.

BIBLIOGRAFIA.

- ANTOGNETTI: *Le ipertensioni arteriose*.
- CLAUSI-SCHETTINI: *L'ipertrofia del cuore*. « Assistenza Sanitaria », anno 1939, n. 1.
- A. DUMAS: *Maladie hypertensive et syndromes d'hypertension*.
- FERRANNINI: *L'angioipotonia costituzionale*. « La riforma medica », anno 1939, n. 6.
- LAUBRY: *Maladies du coeur et des vaisseaux*. « Nouveau traité de Pathologie interne ».
- MARSELLA: *La pressione arteriosa e la sua applicazione alla medicina delle assicurazioni*. « Rassegna della Previdenza Sociale », anno 1931.
- RICCIOTTI: *La Roentgenchimografia*. « Assistenza Sanitaria », anno 1939, n. 1.
- SISTO: *Trattato di medicina interna*, diretto da CECONI.
- *L'ipertensione essenziale*. « Minerva Medica », anno 1935, n. 32.
- STARNA: *Valore clinico della pressione arteriosa nelle alterazioni cardio-vascolari*. « Cuore e circolazione », anno 1933, n. 8.
- *Pressione minima o diastolica*. « Assistenza Sanitaria », anno 1933, n. 5.
- SAHLI: *Manuale di metodi clinici d'esame*.
- VIOLA: *Trattato di semeiotica*.
- MALLARDO: *Semeiotica elettrocardiografica*.
- VAQUEZ: *Malattie del cuore*.
- VELE: *La misurazione della pressione arteriosa retinica*. « Assistenza Sanitaria », anno 1938, n. 5.
- *L'esame dell'occhio in medicina assicurativa*. « Assistenza Sanitaria », anno 1938, n. 6.

L'ECO DELLA STAMPA

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

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

Pneumotorace spontaneo con pleurite essudativa specifica

Considerazioni generiche sull'accettazione del rischio in Assicurazione Vita

Dott. ENRICO BAFFA

Un caso di pneumotorace spontaneo tubercolare capitato recentemente alla mia osservazione, mi offre lo spunto per fare delle considerazioni generiche sul criterio da adottare nelle visite mediche a scopo di assicurazione vita.

Penso che non sia inutile riferire dettagliatamente sul caso, in quanto trattasi di individuo con precedenti familiari e personali sani ed accettato come rischio buono da una Società di Assicurazione.

Appartiene cioè a quella categoria abbastanza numerosa di casi i quali per l'assenza completa di sintomi clinici obiettivi e subiettivi possono trarre in inganno il giudizio del sanitario e venire accettati dall'Istituto Assicuratore incondizionatamente.

Ecco la descrizione del caso:

Individuo di 32 anni. Ragioniere.

Nulla di patologico nell'anamnesi familiare. Padre morto di malattia imprecisabile, non tubercolare, madre vivente e sana, quattro sorelle viventi e sane.

Anamnesi personale negativa eccezion fatta per qualche banale indisposizione guarita nel termine di pochi giorni.

E. O. Tipo longilineo astenico.

Condizioni generali discrete, masse muscolari ipotoniche e ipotrofiche, sistema linfoglandolare normale.

Nel dicembre scorso, in pieno benessere, mentre cantava una canzone, avvertì un improvviso dolore puntorio all'emitorace sinistro che scomparve nel termine di circa mezz'ora senza lasciare alcuna traccia.

Il giorno successivo il dolore ricomparve in forma tanto violenta da costringerlo a letto.

Malgrado l'applicazione di compresse calde non accennava a diminuire, assumendo, anzi, progressivamente, caratteri tali da costringere il paziente a chiamare un sanitario.

Questi, accorso d'urgenza, pensò trattarsi di un comune nevralgia intercostale e prescrisse degli antinevralgici in aggiunta alle applicazioni calde già attuate.

Senonchè il paziente era in preda a sofferenze gravissime: incominciò a divenire cianotico, con respiro dispnoico, superficiale, polso filiforme appena percettibile.

In queste condizioni fu da me trovato qualche ora dopo la visita del primo sanitario il quale, essendosi allontanato momentaneamente dal proprio domicilio, non potè intervenire a una seconda chiamata.

In considerazione delle sofferenze suddescritte che impedivano all'ammalato ogni minimo spostamento, praticai subito un'iniezione anti-spasmodica e dopo qualche minuto, essendosi attenuato il dolore, mi fu possibile praticare un esame obiettivo, sia pure sommario, dell'apparato respiratorio.

Respiro fra 26 a 35; nulla al capo e al collo. Presente il rantolino orale del Galvagni.

All'ispezione il respiro appare obliquo essendo la parte sinistra immobile.

Fremito vocale tattile ridottissimo a sinistra, normale a destra.

Alla percussione suono iperfonetico timpanico a sinistra, chiaro polmonare a destra.

Ascoltazione. — A destra murmure vescicolare normale, a sinistra qualche rantolo lontano, appena percettibile. Applicando l'orecchio nel punto ove il paziente avvertiva il massimo dolore, si potè concepire nettissimo il cosiddetto fenomeno della « gutta cadens ».

Formulai diagnosi di « pneumotorace spontaneo a sinistra in corrispondenza della linea ascellare media, vicino alla base del polmone » e disposi per l'immediato ricovero in Ospedale.

La diagnosi venne confermata anche dai sanitari del nosocomio, i quali, in attesa di istituire una terapia adatta, praticarono una seconda iniezione di pantopon allo scopo di permettere un po' di riposo al paziente che, frattanto, appariva ridotto in condizioni pietose.

A distanza di tre o quattro giorni dall'ingresso in Ospedale, incominciò in corrispondenza della parte interessata, un versamento liquido che andò rapidamente aumentando fino a raggiungere l'altezza della spina della scapola.

E con il liquido ebbe inizio una temperatura che incominciò ad oscillare da 38,5° a 39,5° raggiungendo talvolta la punta massima di 40°.

Il paziente venne tenuto in osservazione e curato con i comuni mezzi senza che si fossero, successivamente, verificati aggravamenti delle sue condizioni.

Dopo una quindicina di giorni di degenza s'incominciò, anzi, a manifestare un lieve miglioramento che andò man mano accentuandosi fino a permettere al paziente di alzarsi dal letto e fare delle passeggiate per la corsia.

Senonchè, in seguito ad una iniezione endovenosa di calcio con fuoriuscita di liquido intorno ai tessuti perivenosi, sopraggiunse un flemmone della piega del gomito sinistro che portò un repentino peggioramento delle condizioni generali a causa della febbre suppurativa che si istituì e che, oltre ad abbattere fisicamente l'ammalato, lo condusse a uno stato di depressione morale veramente preoccupante.

Quest'episodio, tuttavia, ebbe durata limitata e, praticata tempestivamente una larga incisione del flemmone con conseguente fuoriuscita di abbondante quantità di pus, si verificò una netta ripresa delle condizioni generali con caduta della febbre, ritorno dell'appetito, euforia.

L'ammalato trovavasi ancora in istato di convalescenza e sarà dimesso dopo una degenza di circa tre mesi.

Naturalmente le cure dovranno essere continuate associandovi un'alimentazione adatta e un regime di vita adeguato.

Da tutto il complesso dei sintomi descritti si rileva trattarsi di un pneumotorace spontaneo tubercolare con pleurite essudativa specifica.

Sulla natura specifica dell'affezione non vi sono dubbi.

E' vero che nell'anamnesi personale e familiare del paziente non vi sono episodi che facciano pensare a pregresse lesioni tubercolari dell'apparato respiratorio.

Ma l'aspetto caratteristico, il colorito pallido, riandando nell'anamnesi scrupolosa si trova anche astenia da qualche anno con anoressia costante, che verosimilmente è stata accompagnata da rialzi termici serotini inavvertiti, inoltre qualche dolore vago alle spalle, tutto un insieme, insomma, di piccoli sintomi ci fanno pensare esserci stato indubbiamente un processo cronico che deve ritenersi di natura specifica.

La clinica ci apprende, inoltre, che la maggior parte dei pneumotoraci spontanei è di natura tubercolare.

In condizioni di perfetta integrità fisiologica la pleura non può lacerarsi nemmeno sotto sforzi notevoli; essa resiste sperimentalmente a una pressione di 200 mm. di Hg e tale pressione endopolmonare non si verifica mai durante la vita. Se la perforazione avviene essa è certamente possibile solo ammettendo delle lesioni che nella quasi totalità dei casi sono di natura tubercolare.

Secondo Rodsajewski su 100 pnx, 56 sono dovuti alla tbc. polmonare; nella statistica del West tale cifra sale al 90 % e in quella di Fränkel al 93,5 %.

Come avviene la lacerazione? Il pnx spontaneo può verificarsi per lacera-

zione di una vescichetta alveolare, per rottura di una caverna e, infine, per rammollimento di un tubercolo superficiale dei polmoni.

La prima evenienza è la più probabile nel nostro malato, non potendo ammettere che la presenza di caverne potesse essere passata inosservata senza aver dato alcun segno di sè.

E' probabile che vi siano stati dei focolai miliarici ripetuti, andati incontro a processi di sclerosi con produzione di cicatrici retraenti e formazione di zone intermedie di enfisema (*enfisema distrettuale paratuberculare-Frugoni*).

Perchè è insorta la pleurite?

A prescindere da una delle possibili cause invocate in questi casi (traumi delle punture, azione irritativa del gas, ecc.) può darsi che la pleurite sia intervenuta per reazione locale allergica (Luridiana, citato da Frugoni) « come conseguenza di assorbimento di veleni tubercolari passati in circolo a seguito dello schiacciamento e premitura del polmone malato » (Frugoni).

A conferma della diagnosi etiologica della forma, la pleurite è un elemento importantissimo. Infatti il pnx spontaneo non tubercolare per lo più non è seguito da pleurite.

Ho ritenuto riferire brevemente su questo caso facendo considerazioni etologiche ma soprattutto, per stabilire quanto sia utile rivolgere l'attenzione ai cosiddetti dolori toracici che, specialmente in individui apparentemente sani possono orientare il concetto diagnostico del medico verso una falsa interpretazione con enorme danno del paziente.

Non è difficile, infatti, commettere degli errori di diagnosi.

E' anzi abituale, data la non frequente osservazione di pnx spontanei, pensare in un primo momento, a un reumatismo muscolare, a una pleurodinia, un'angina pectoris, una nevralgia intercostale, ecc.

Alcuni casi di pnx spontaneo si sono iniziati con sintomatologia nettamente addominale e come tali ricoverati d'urgenza in Ospedale (osservazioni di Kjaergaard e di Rolleston).

E' molto istruttiva, a tal proposito, l'osservazione di Fisher (*Zeitsch f. Klin Med.*, 1922) il quale ebbe occasione di osservare un giovane di 22 anni con anamnesi negativa, venuto a morte in seguito ad emopneumotorace destro. Il paziente si lagnava di sofferenze gastriche con iperestesia e contrattura dei muscoli dell'addome. Essendosi sospettata un'ulcera duodenale, venne eseguita una laparotomia esplorativa.

Alla necropsia si riscontrò l'emopneumotorace suddetto (circa 4 litri e mezzo di sangue) con cicatrici in entrambi gli apici e una bolla lacerata sull'apice destro. Non furono riscontrati segni di enfisema polmonare e di tbc. all'esame macroscopico e microscopico.

Nel nostro caso fu fatta diagnosi esatta perchè, essendo nato il sospetto di pnx si rivolse particolare attenzione a tutti i sintomi, sorprendendone quelli che maggiormente poterono sembrare probativi, quali il respiro obliquo, il sintomo di Leichtenstern o della « goccia cadente » riduzione del fremito vocale tattile, suono iperfonetico-timpanico all'emitorace sinistro, ecc.

Spostando, ora, le considerazioni dal caso specifico a quello generico, nel campo prognostico ai fini dell'Assicurazione vita quali elementi vi sono per formulare giudizio di rischio che possano far presumere l'evenienza di una malattia di natura tubercolare? In assenza di dati obbiettivi sicuri — non escluso l'eventuale reperto radiografico e batteriologico — non si può, naturalmente, prevedere un evento quale un pnx spontaneo.

E' azzardato e, nel contempo, pericoloso ritenere di dover visitare *a priori*

un individuo tarato allorquando questi si presenta a visita medica per assicurazione. Nell'accingersi a visitare un assicurando, il medico dovrebbe mantenere la più rigorosa obbiettività escludendo ogni preconetto prognostico sia in senso favorevole che sfavorevole.

Le statistiche dimostrano che, nella grande maggioranza dei casi, trattasi di individui sani i quali, vedendo nell'assicurazione vita un mezzo di previdenza e di risparmio atto ad offrire elementi di sicurezza, sia pure relativa, per sè stessi o per la famiglia, si presentano spontaneamente presso un qualsiasi agente assicuratore e richiedono la visita assicurativa. Talvolta però il contratto di assicurazione riveste carattere di una autentica frode ai danni di un Istituto ed è suggerita dalla conoscenza di affezioni sicuramente inguaribili o ritenute tali per cui l'individuo prevede di dover abbandonare la famiglia in condizioni finanziarie disagate.

Lo scopo di un'assicurazione vita deve essere invece quello essenziale della previdenza e deve scaturire nell'animo di chi tale previdenza intende come dovere familiare e sociale, come un elemento positivo in aggiunta agli altri fattori di produzione, primo fra tutti la perfetta efficienza fisica.

Chè se all'atto di stipulare con l'Istituto Assicuratore un contratto di assicurazione vita, l'assicurando è, inconsciamente, portatore di un'affezione la quale, per essere ai primi inizi, non ha ancora dato segni di sè obbiettivi e subbiettivi, o se a breve scadenza dalla stipulazione del contratto, si manifesta una forma morbosa non prevista, ciò è nelle vicende umane le quali si rivelano sempre fragili di fronte agli eventi superiori. E', anzi, in questi possibili eventi che la previdenza trova il suo principio base.

E' qui che l'opera del medico fiduciario dell'Istituto Assicuratore deve espletarsi in tutta la sua intelligente cooperazione.

Ho detto sopra che nell'accingersi ad esaminare un individuo non bisogna vedere in questo un essere malato. Altro è essere consultato a letto di un ammalato e trovarsi di fronte al paziente il quale essendo indubbiamente affetto da una malattia, può offrire difficoltà di carattere diagnostico ma essendo animato dal vivo desiderio di conseguire la guarigione diventa il migliore collaboratore del medico nel facilitare il suo compito fornendo tutti gli elementi anamnestici e subbiettivi atti a chiarire la diagnosi, altro, invece, è essere chiamato a visitare un individuo che, dichiaratosi sano o non vedendo di buon grado sfumare un contratto di assicurazione, ha tutto l'interesse a nascondere eventuali infermità di cui egli sia portatore. E tutti i medici sanno quanto sia prezioso il rilievo di un'anamnesi accurata e sincera e di fatti subbiettivi esposti con chiarezza e nettamente individuati.

Di fronte alla persona che deve essere visitata a scopo di assicurazione vita il compito assume una fisionomia diversa da quella del curante.

E' la figura del medico che tutto riferisce obbiettivamente nel rapporto medico è quella che deve emergere. Compito questo delicato e difficile quando si tenga presente che l'esame scrupoloso deve evitare l'eventuale insidia della malafede da parte dell'assicurando o condurrà inevitabilmente al fallimento di una proposta di assicurazione se specialmente viene ad urtare la suscettibilità di persone, quali le donne che, per il solo fatto di doversi sottoporre a una visita medica minuziosa diventano oltremodo sensibili e insofferenti.

Sarà sufficiente, del resto, raccogliere i dati anamnestici elencati nel modulo sanitario che è unico per tutti gli istituti assicuratori, formulando le domande con ogni circospezione e ripetendole in modo da avere una risposta soddisfacente quando ci si accorge di qualche reticenza o inesattezza.

Dell'anamnesi farà parte la raccolta di tutti i sintomi subbiettivi, anche di quelli apparentemente trascurabili i quali potranno fornire elementi preziosi di giudizio quando essi si associano con fatti obbiettivi di difficile rilievo semeiologico.

Parlare dell'importanza dell'esame obbiiettivo dell'assicurando potrebbe sembrare ovvio. Tuttavia è bene far presente che quest'esame non sempre si esegue con quella cura sistematica che il caso richiede e ciò perchè si ritiene, generalmente, che non trovandosi di fronte ad un individuo infermo, sia superfluo rivolgere, per esempio, una attenzione minuta ai vari organi ed apparati che si suppone siano in perfetta integrità fisiologica.

Non sono molto infrequenti le sorprese venute fuori a breve scadenza dall'accoglimento di una proposta per il solo fatto che il medico fiduciario di una società assicuratrice aveva dato poca o nessuna importanza a disturbi dell'apparato digerente (tener presenti i neoplasmii verso i 45-60 anni) o aveva pensato che la pregressa pleurite, sofferta parecchi anni prima dall'assicurando, fosse solo un ricordo da non elencare. Non si deve con ciò emettere un giudizio di rischio tarato tutte le volte che ci si trovi dinanzi a pleuriti sofferte in precedenza o (per fare un esempio istruttivo) a persone che hanno una tensione arteriosa più elevata di quella normale.

D'altra parte si deve valutare *cum grano salis* ogni sintoma per non com-

mettere l'imprudenza di fare la diagnosi di una malattia inesistente.

Nei riguardi della tubercolosi molto utile per il medico fiduciario riesce l'esame dell'« abito » esteriore che può colpire, a un primo sommario esame esteriore, l'attenzione.

Sono ben noti gli studi del De Giovanni sulla costituzione e quelli del Pende. Quest'ultimo delinea quattro biotipi, ossia i brevilinei (tonici e atonici) e i longilinei (tonici e atonici). E' a uno di questi quattro biotipi, in relazione alle caratteristiche peculiari, che si possono riferire possibilità patologiche le quali, se non rappresentano dei temi obbligati, si manifestano con maggior frequenza che negli altri biotipi.

Sicchè, allorquando ci si trova davanti al tipo longilineo astenico che presenta una debolezza dell'apparato respiratorio e digerente con torace paralitico per atonia, ecc. e specie quando nell'anamnestico di un simile individuo vi sono pregresse affezioni quali pleuriti, bronchiti, ecc. non è prudente nei casi sospetti fermarsi alla sola indagine clinica e si dovrà nel giudizio consigliare, prima dell'assunzione del rischio, un esame radioscopico del torace. Tale mezzo diagnostico rivela qualche volta delle lesioni che per essere di entità lieve sono difficilmente rilevabili a una semplice osservazione clinica anche se fatta da medici provetti. Quale vantaggio in tal modo possa ricavare l'Istituto Assicuratore, si può facilmente intuire.

Molti sinistri verrebbero ad essere evitati attraverso la collaborazione intelligente dei sanitari, e la mortalità rientrerebbe sempre tra gli eventi ordinari delle leggi biologiche.

BIBLIOGRAFIA

- FRUGONI: *Lezioni di Clinica Medica*.
 GALLI: *L'ipertensione: prognosi e cura*, « Rassegna Clinico-Scientifica », 1938, n. 9.
 SELLA: *Fisiologia nella pratica medica*, Edizione Wassermann, 1933.

DALLE RIVISTE CHE RICEVIAMO IN CAMBIO

Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung, Heft 1, XXVIII.

Dott. FRITZ ARNDTS, *Sulla selezione medica nella pratica assicurativa.*

Le compagnie assicurative si sono sforzate di rimediare agli svantaggi dell'anti-selezione. Come è noto l'assicurazione vita si serve come base della mortalità delle tavole ricavate dall'esatta registrazione delle età alla morte. Bisogna però tener presente che la mortalità reale nella comunità degli assicurati per effetto dell'antiselezione non è più sfavorevole della mortalità presunta secondo risultante dalle tavole di morte, poichè questa solo può più fornire la misura per l'allestimento dei mezzi e con questi determinare l'importo dei premi da far pagare agli assicurati. Ed il mezzo che si è dimostrato praticamente appropriato a fronteggiare l'antiselezione è una giudiziosa selezione medica.

I primi ad iniziare l'assicurazione di rischi non perfettamente normali furono gli americani i quali cominciarono ad accettare determinate anomalie ed a seguirne il decorso di mortalità: inoltre essi segnarono il corso di mortalità anche dei rifiutati ed ottennero così dei risultati utili. Così si riuscì a stabilire la mortalità di parecchie categorie di anomalie. Queste ricerche sono il fondamento della medicina assicurativa. Anche in Germania hanno contribuito a sviluppare la medicina assicurativa, eminenti uomini quali Buchheim, Fischer, Florschütz, Gollmer, Gottstein, Hörnig, Kuhr, Oldendorff, Rücker-Embden e Sturm ed altri.

Da ciò lo sforzo incessante della medicina assicurativa di estendere il più possibile i confini della assicurabilità a mezzo dei metodi di lavoro su descritti e certamente riuscirà all'intento grazie al continuo progresso della medicina clinica e alla scoperta di nuovi efficaci metodi terapeutici. Cesserà la forma di assicurazione che non risulta di alcuna utilità agli assicurandi ed agli assicurati.

Nella pratica conosciamo in Germania assicurazioni con la visita medica e senza la visita medica. Quelle senza visita medica riguardano piccoli capitali. La Compagnia poi consente tariffe per alti capitali, anche senza visita medica quando vengono accettate delle garanzie, come ad esempio, tempo di carenza, scaglionamento od altre misura di sicurezza. La

assicurazione senza visita medica è consentita anche nelle assicurazioni collettive.

Per le piccole assicurazioni, come per quelle senza visita medica a tariffa ordinaria, ha luogo una certa selezione dei rischi malgrado l'assenza della visita medica. La selezione viene fatta in base alle notizie sullo stato presente e passato della salute del soggetto e dei parenti.

La forma che può interessare nella pratica il medico di assicurazione è quella con visita medica, di cui la relazione del fiduciario costituisce la base fondamentale.

Giovano inoltre per il giudizio del rischio le attestazioni del medico di famiglia il cui nome è stato indicato nella dichiarazione dell'assicurando e che viene sciolto dal segreto professionale di fronte alla Compagnia Assicuratrice.

Una terza fonte d'informazioni è stata creata dalle stesse compagnie di assicurazioni con istituzioni di un centro cui pervengono tutti i rifiuti, i rischi tarati, ecc. Il centro, talora poi le compagnie, ricorrono ad altre eventuali informazioni.

Forniti delle corrispondenti notizie, gli atti vengono presentati al medico revisore.

Compito del medico revisore è di dividere i rischi normali dai tarati, e di classificarli in base al rapporto medico e ai risultati statistici menzionati in principio, in modo che la compagnia poi possa applicare il contributo o le necessarie modificazioni. Pertanto egli deve studiare attentamente il rapporto medico, farlo completare se mancante di dati anamnestici od obiettivi e quindi concludere se col solo rapporto medico può giudicare il rischio. Solo in circa il 50% dei casi è possibile, a parer nostro, giudicare senz'altro il rischio senza ricorrere a nuove domande.

In altri casi oltre alle suddette nuove domande per incompletezza del rapporto medico, occorre chiedere certificati ai medici curanti denunciati nella parte anamnestica. Il revisore formula inoltre domande speciali in casi di ulcera gastrica, disturbi gastrici, accessi stenocardici ecc.

Le più frequenti ricerche che noi chiediamo sono: prova funzionale del cuore, elettrocardiogramma, esame dei polmoni radiologicamente la velocità di sedimentazione, curva glicemica, determinazione del metabolismo basale, esame nervoso, esame del sangue, esame radiologico

dell'apparato digerente, a prescindere delle piccole indagini come R. W., esame dello sputo, comune controllo delle urine.

Quando tutti i dati sono al completo, allora il revisore dà il suo definitivo giudizio sul rischio, e la compagnia in base ad esso decide se l'assicurando può essere accettato a tariffa normale o deve essere rinviato, o rifiutato, oppure se accettato con applicazione di soprappremio.

Il rischio è giudicato in cifre di sopramortalità che viene dedotta da apposite tabelle e che riguarda gruppi di soggetti con la stessa affezione. Si comprende pertanto che la sovramortalità va intesa non per il singolo individuo sibbene per quella di vari gruppi di soggetti.

(Trad. e rid. di M. VELE).

Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung, Heft 1.

DOTT.SA ELFRIEDE KUHR, *Il medico fiduciario e l'antiselezione nell'assicurazione sulla vita.*

Uno dei problemi più discussi è quello della antiselezione degli assicurati. Ciò che la selezione trasalascia, e fino a un certo punto deve trasalasciare, è appunto la cosiddetta antiselezione. Confronti statistici dimostrano l'importanza dell'antiselezione. Essa decide la durata della assicurazione, l'ammontare del premio, l'epoca di entrata, la partecipazione al premio, il contributo agli infortuni e così via.

Ci sono antiselezioni di diverso genere, per es., riguardanti la differenza dell'assicurazione vita come l'assicurazione privata e volontaria da distinguere da quella sociale-ufficiale sulla quale non ci soffermeremo, poichè questa antiselezione è già distinta nella tariffa dell'assicurazione vita (selezione matematica, tabelle mortalità). Fra le diverse specie di antiselezioni possiamo distinguere: la speculativa, la professionale, la sociale e l'antiselezione durante l'assicurazione. Il resto, cioè la vera e propria antiselezione è in complesso, e dal punto di vista delle scienze assicurative una « antiselezione occulta », soltanto un problema psicologico-deduttivo. L'antiselezione speculativa non ha bisogno di schiarimenti. Parlando dell'antiselezione professionale e sociale l'A. dice che per queste le cifre delle assicurazioni negli infortuni parlano chiaramente. Lo Sturm riferisce in un suo lavoro che il 12% degli infortuni, conclusi poi con le relative contribuzioni delle assicurazioni infortuni, sono causati da speciali **accidenti del mestiere.**

Una cosa resterà sempre misteriosa; la ca-

pacità di certi individui a presentare la loro fine. Possiamo descriverne un tipo e dobbiamo chiedere se è già conosciuto nella scienza.

Già una generazione fa l'americano Johnston ha constatato come questo genere di aspiranti non solo possiede una perfetta cognizione di sè stesso che cerca diligentemente di nascondere all'ente assicurativo, ma essi inoltre posseggono una sensazione istintiva di non esser dei buoni rischi.

Questi soggetti presentano sentimenti in parte o del tutto incoscienti ed il sentimento di reità non solo non è loro estraneo, ma ha profonde radici. Sono dei tipi con un pronunciatissimo istinto e conoscenza delle loro debolezze o della facilità con cui sono vittime di infortuni. Una strana forza li costringe a cercare nell'assicurazione vita un compenso per le loro minoranze e la loro astuzia e volontà sono di una forza straordinaria.

Il medico fiduciario dell'assicurazione vita potrebbe avere una parte importante nella lotta dell'antiselezione. Egli potrebbe cogliere l'occasione, durante le sue visite, per constatare la condotta psico-sintomatica dell'assicurando, facendo le sue deduzioni.

Con una sola visita del sistema nervoso non si ottiene nulla, poichè ci sono dei neurastenici con un sistema nervoso intatto. Però il medico dovrebbe poter rispondere ad eventuali domande dell'ente assicurativo sulla condotta psichica, su stati di depressione, su segni di psicopatia, quindi cercherà di tirar fuori dal soggetto tutto il possibile ed immaginabile. Si eviti di fare delle domande dirette, poichè il soggetto riesce sempre ad essere scaltro.

Il medico così sarà in grado di potersi valere dei rilevamenti durante la visita e dagli indizi precedenti fare le sue deduzioni. Queste comunicazioni saranno poi di somma importanza per l'ente di assicurazione-vita ed anche per la collettività degli assicurati.

(Trad. di M. VELE).

Annali di Medicina Navale e Coloniale, Marzo-Aprile 1939.

CLEMENTE, *Le malattie venereo-sifilitiche nella Marina da guerra italiana dal 1873 al 1938 e ventisei anni di profilassi obbligatoria.*

L'A. traccia un quadro statistico delle malattie venereo-sifilitiche nella Marina da guerra italiana nel periodo 1873-1938. Si occupa dell'andamento della morbosità venerea sia come fenomeno a sè stante, sia in rapporto alla morbosità generale e studia la morbosità a terra e a bordo a seconda dei mesi dell'età e della ca-

tegoria del personale valutando le perdite in giornate lavorative.

Conclude che si deve in buona parte alla profilassi obbligatoria, la fortissima diminuzione di queste malattie negli ultimi anni.

Assistenza Fascista, Gennaio-Febbr. 1939, Roma.

SIGNORELLI, *La razza dal punto di vista biologico.*

L'A. premette che il popolo italiano è una razza o varietà di razza distinta dalle altre e ne precisa le caratteristiche morfologiche e funzionali, cioè biologiche. Prende in esame quindi i fattori che hanno minorato nei secoli la razza italiana, rappresentati dalle invasioni straniere e dalle emigrazioni, dalla malaria, dalle malattie sessuali, dalla tubercolosi, dai tumori. Esalta in ultimo le provvidenze del Regime per la difesa della razza e per il mantenimento della compagine razziale.

Athena, Aprile 1939, Roma.

BUCALOSI, *Il sarcoma primitivo dello stomaco.*

L'A. esamina i piccoli segni in base ai quali è possibile tentare di fare una diagnosi differenziale rispetto alle forme neoplastiche epiteliali. Poichè le probabilità della cura del sarcoma gastrico sono tali da consentire talvolta anche in casi molto avanzati, dei successi definitivi, l'A. afferma la indicazione della laparotomia esplorativa.

Bollettino della Società Medico-Chirurgica, Bresciana, N. 2-1939, Brescia.

RAVERDINO, *Emeralopia per carenza di vitamina A.*

L'A. segnala tre casi capitati alla sua osservazione in pochi mesi e ritiene che l'avitaminosi A è un problema non soltanto biologico e clinico, ma altresì un problema che ha un reale valore sociale.

Biochimica e terapia sperimentale, Aprile 1939, Milano.

BOTTA, *Sul comportamento della emoglicolisi nella avitaminosi B.*

L'abbassamento di capacità glicolitica del sangue di animali in carenza di vitamina B non va riportato ad una diminuzione dell'attività enzimatica bensì in gran parte alla ipoglobulosi che si verifica nel corso dell'avitaminosi B ed in piccola parte all'azione inibente esercitata dall'accumulo di metaboliti intermedi.

Folia Medica, 15 maggio 1939, Napoli.

CAPOMOLLO, *Contributo a favore dell'origine ovarica della sclerodermia.*

Nella dibattuta questione etiologica della sclerodermia l'A. porta come suo contributo lo studio di due casi clinici per avvalorare l'ipotesi dell'origine ovarica nel determinismo della sindrome morbosa.

Fisiologia e medicina, Aprile 1939, Roma.

FORTI, *Sulle cause della scarsa azione ipoglicemizzante del sangue di animali trattati con forti dosi di insulina.*

L'A. conclude che le cause della scarsa azione ipoglicemizzante o dell'azione, a volte perfino iperglicemizzante, che presenta il sangue di animali trattati con insulina per via sottocutanea s debbono ricercare in parte forse nelle alterazioni che questa subisce quando insieme col sangue è inoculata nel ricevitore, ma soprattutto nel suo graduale passaggio e nella sua breve sosta nel torrente circolatorio e nelle secrezioni di ormoni ad azione antagonista.

Lotta contro la tubercolosi, Giugno 1939, n. 6.

F. BOCCHETTI, *Nozioni pratiche di climatologia nella cura della tubercolosi.*

Vengono esposti i criteri pratici per la climatoterapia di media altitudine e marina per le varie forme cliniche della tbc. polmonare; sono elencati accanto alle indicazioni le controindicazioni delle forme cliniche stesse.

S. CANOVA, *Il decorso post-operatorio della toracoplastica anterolaterale elastica.*

E' stato preso in esame il decorso post operatorio di 363 intervenuti di toracoplastica A.L.E. Tale periodo ha avuto una durata media di una settimana e soltanto in 13 casi si ebbero evenienze successive addebitabili all'intervento; ciò permette di affermare che l'attuale chirurgia della tbc. polmonare è praticamente scevra di pericoli.

Giornale di medicina militare, Giugno 1939.

Dott. GERMANO, *Un caso di tumore a mieloplasi della epifişi superiore del perone.*

Riconosciuta l'importanza dell'esame radiologico per la diagnosi precoce dei tumori dello scheletro l'A. descrive un tumore a mieloplassi che non dava clinicamente alcun sintomo; successivamente vengono passati in rassegna le classificazioni di tali neoplasmi ponendo la diagnosi differenziale con l'osteite cistica di Recklinghausen ed espone i risultati della terapia chirurgica e radiologica la quale ultima è più feconda di buoni risultati.

BUA, *Sulle riattivazioni delle reazioni sierologiche nella sifilide con particolare riguardo al metodo di Raika.*

Riferiti gli studi sulla riattivazione e le varie terie in proposito l'A. si sofferma in particolare sul metodo della provocatina di Rajka; il quale dà risultati soddisfacenti ma inferiori ai metod salvarsanici. E' raccomandabile l'uso della provocatina per la sua innoquità e facilità d'impiego ma non si deve per essa rinunciare agli altri metodi.

PIZZILLO, *Recuperabilità militare dei malarici e terapia splenocontrattile.*

L'A. espone i risultati ottenuti in 7 militari non idonei o quasi, sottoposti alla terapia splenocontrattile venosa.

A fine cura tutti per i notevoli vantaggi conseguiti, raggiunsero la idoneità assoluta al servizio militare.

Medicina corporativa, Giugno 1939, n. 6.

CIAMPOLINI e PATTARIN, *L'eventuale fattore esterno nella genesi dei tumori.*

Viene discusso il rapporto generico trauma tumore soffermandosi di AA. sulla teoria irritativa di Virchow, sulla teoria di Durante Cohnhen, sulla disposizione oncogena e sui fattori costituzionali di razza. Successivamente gli AA. ricordano la disposizione locale ed i fattori interni favorevoli allo sviluppo del cancro.

Milizia Sanitaria, Giugno 1939.

BARBERA, *Collaborazione dei medici per il potenziamento dei servizi Sanitari.*

Discute dell'attrezzamento sanitario in una modesta condotta dimostrando che con della buona volontà tale armamentario può essere ridotto entro limiti molto discreti.

Mutualità Rurale Fascista, N. 4 1939, Roma. Prof. I. ROMANELLI, *La collaborazione tra l'I. N.A. e le Mutue di Malattia.*

Dopo aver ricordato come l'I.N.A. quale ente di stato abbia molto sviluppato la medicina preventiva tra i propri assicurati e fra gli iscritti alle associazioni che vantano benemerienze patriottiche; l'A. riconosce la possibilità di collaborazione con le Mutue Malattie il cui scopo assistenziale potrebbe in tal modo essere integrato dalla ottima attrezzatura sanitaria dell'I.N.A. soprattutto per le Assicurazioni collettive molto numerose.

Ospedale C. Ciano (L'), Marzo-Aprile 1939, n. 2. MEUCCI, *L'enfisema sottocutaneo traumatico generalizzato ed un nuovo trattamento di elezione.*

L'A. tratta in maniera particolare dell'origi-

ne della forma generalizzata e analizza le vie di penetrazione dell'aria nel sottocute descrivendone cause di particolari gravità; successivamente propone un nuovo intervento terapeutico che consiste nella diminuzione, mediante drenaggio, della alta pressione del pneumotorace che è stata la causa dell'enfisema.

Ospedale Maggiore (L'), Aprile 1939, Milano.

SAIBENE, *Su due casi di ipertensione pura intracranica acuta secondaria ad otopatia.*

Vengono riportati due casi di idrocefalia acuta insorta in periodo post-operatorio inoltrato operati rispettivamente di mastoidectomia e di radicale.

Rassegna Medica, N. 4, Dicembre 1938.

AIAZZI MANCINI, *Rapporti chimici e biologici fra ormoni sessuali ed idrocarburi cancerogeni. Bagliori di luce nelle tenebre della patogenesi del cancro.*

Son riferiti i recenti studi di disintegrazione e di sintesi delle sterine e degli idrocarburi cancerogeni i cui rapporti hanno sollevato grande interesse nel campo della oncologia.

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

GIUNTA, *Acclimatazione, lavoro ed alimentazione in A.O.I.*

L'A. premette che dalle indagini dei medici risulta pienamente giustificato, se guidato da una gradualità, l'afflusso della popolazione metropolitana nelle terre dell'Impero. Esamina i fattori negativi che agiscono sull'individuo trasportato ai tropici ed espone alcuni concetti sul regime alimentare più idoneo nei riguardi della distribuzione del lavoro e del riposo tra gli operai dell'Impero.

Rassegna di Medicina Industriale, Aprile 1939, Roma.

RIVELLONI-PERPIGNANO, *Sulla patologia professionale degli operai addetti all'estrazione elettrolitica dello zinco.*

Gli AA. riferiscono i risultati di una inchiesta di indole clinica fatta tra gli operai addetti allo stabilimento per l'estrazione elettrolitica dello zinco della Soc.tà Monteponi di Iglesias. Essi hanno trovato che l'ambiente di lavoro provoca interessamento dello stato generale e quindi organopatie varie, particolarmente dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente.

Gli agenti responsabili sono da ritenersi le polveri di solfato di zinco e l'acido solforico portato nell'ambiente dalla corrente d'idrogeno che si eleva dalle celle elettrolitiche.

Semeiotica di medicina delle Assicurazioni Vita

L'indagine radiologica del cuore e dell'aorta nell'ipertensione arteriosa

Dott. T. RICCIOTTI

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

In questo articolo mi occuperò sommarjamente dei contributi che la radiologia può fornire nello studio dell'ipertensione arteriosa, condizione morbosa molto frequente ad osservarsi nelle visite mediche di assunzione, di controllo e di collaudo periodico della salute.

Quantunque non è sul terreno della ipertensione che l'indagine Roentgen — come apparirà meglio in seguito — ha acquistato le sue maggiori benemerite, sta di fatto che ogni qual volta che lo sfigmomanometro rivela una eccedenza dei valori tensivi dalle cifre normali, sia o no clinicamente apprezzabile un aumento dell'aia cardiaca, si richiede da noi il sussidio dell'esame radioscopico e radiografico.

L'indagine radioscopica non può mai mancare e qualora per particolari esigenze di tempo si dovesse rinunciare ad una delle due è preferibile senz'altro fare a meno della radiografia e non tralasciare in nessun caso la radioscopia, poichè lo schermo fluorescente oltre alle eventuali modificazioni di sede forma ed estensione dell'immagine cardio-aortica ci offre la possibilità di studiare un carattere che negli stati ipertensivi assume enorme valore: la pulsatilità.

Con la radioscopia si può osservare qual'è lo stato anatomico della fibra muscolare cardiaca e della parete arte-

riosa, avendo la percezione diretta dell'ampiezza delle pulsazioni che l'oscillazione dell'indice negli apparecchi tipo Pachon (non in uso nell'Istituto) indirettamente ci rivela. Fino a che la Roentgenchimografia del cuore non sarà entrata nell'uso comune, la radioscopia resta il solo mezzo per l'apprezzamento della pulsatilità che ai fini del giudizio sul rischio assicurativo è tanto importante poichè — a parità di valori tensivi — altra è la prognosi in soggetti con aorta elastica ed espansibile, altra in portatori di aorte rigide ed opache, indici, come si sa, di processi ateromatosi della parete.

Per ciò che riguarda il cuore è da osservare che l'ingrandimento dell'aia cardiaca è apprezzabile radiologicamente meglio e prima che clinicamente. Però negli stadi iniziali non è facile dal punto di vista radiologico distinguere un'ipertrofia da una dilatazione: si può pensare — secondo Dietlen — più ad una ipertrofia che ad una dilatazione allorchè si osservi un rinforzo della contrazione cardiaca che si accompagna ad una maggiore convessità dell'arco ventricolare sinistro e ad un aspetto ottuso della punta che tende ad affondarsi nell'ombra diaframmatica. Il valore della eventuale discriminazione appare tutt'altro che trascurabile quando si pensi che

l'ipertrofia costituisce una risposta attiva dell'organo centrale del circolo mentre la dilatazione indica che la resistenza del cuore di fronte alle aumentate esigenze incomincia a indebolirsi. Infine la radioscopia ci permette con note-

inferiore sinistro, un arrotondamento e un abbassamento della punta e specialmente un rinforzo della contrazione ventricolare e della pulsazione aortica.

In un primo tempo il teleradiogramma toracico può essere negativo: normali i

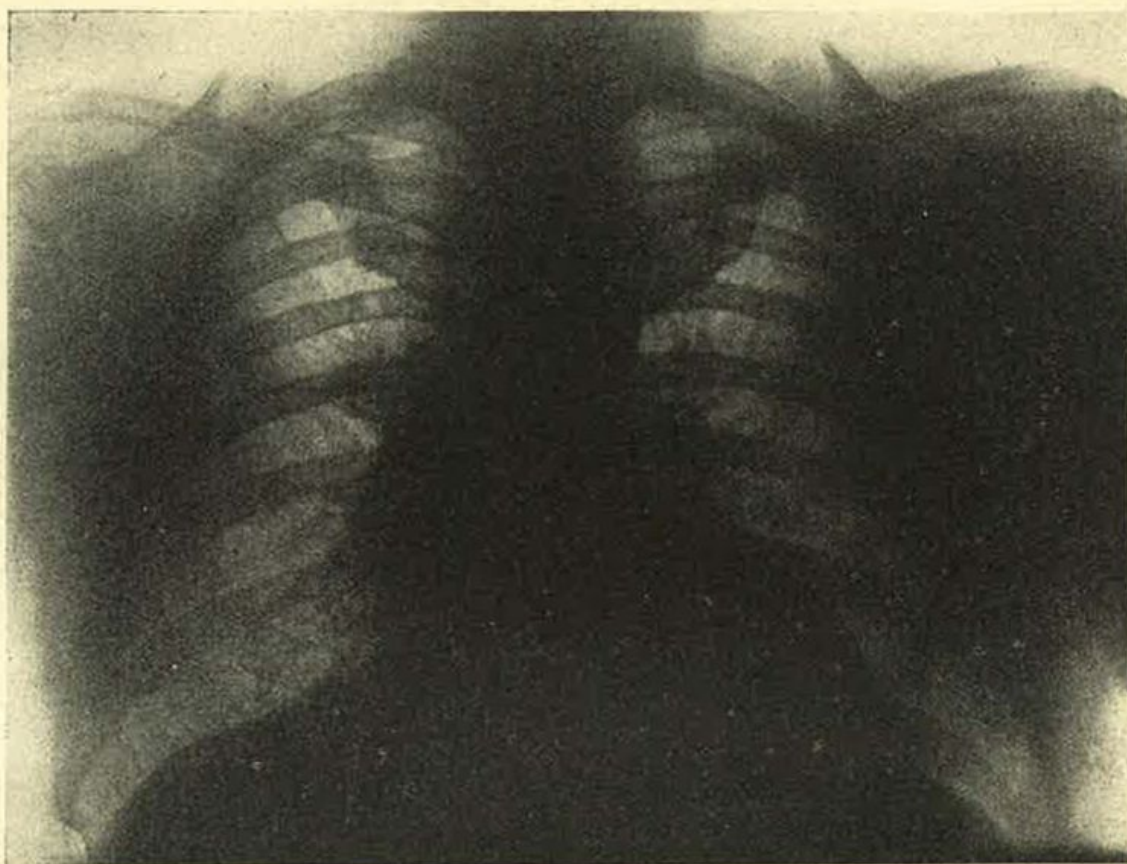


Fig. 1. — T. M. a. 52. Pmx 200. Pmn 130 Erk. *Notevole ingrandimento della sezione sinistra del cuore*

vole risparmio di tempo e di materiale l'osservazione dell'immagine cardioaortica nelle proiezioni più svariate oblique e laterali e quindi di rilevare — ad esempio nell'obliqua anteriore sinistra — la densità e le pulsazioni dell'intero arco aortico e il grado di sviluppo della sezione sinistra del cuore.

Da tutto quello che si è detto è facile comprendere come negli stati ipertensivi lievi o iniziali gli unici dati radiologici veramente utilizzabili siano da attendersi dalla radioscopia che dimostrerà in grado più o meno spiccato nei diversi soggetti un'accentuazione del terzo arco

diametri cardiaci e aortici, normali i caratteri topografici e morfologici del cuore se si eccettua quella maggiore convessità corrispondente al ventricolo sinistro di cui si è già fatto cenno. A questo proposito il Köhler osserva che spesso l'ingrandimento del ventricolo sinistro è giudicato minore di quanto non sia in realtà, perchè di solito al ventricolo destro viene attribuita nella grandezza complessiva dell'immagine cardiaca una parte più grande di quella che effettivamente gli spetta; ossia in tali casi si verifica non soltanto un'accentuazione della curvatura corrispondente

al ventricolo sinistro, ma uno spostamento del setto interventricolare a spese del ventricolo destro.

Nei soggetti in cui l'ipertensione sia di grado notevole e duri da lungo tempo, e abbia quindi determinato quelle ripere-

lunque altro mezzo mette in evidenza. In questi casi di ipertensione cronica avanzata, sia che si associno — come finisce per succedere — alterazioni aortiche di tipo ateromatoso, sia che concomitino fatti di sclerosi renale, i qua-

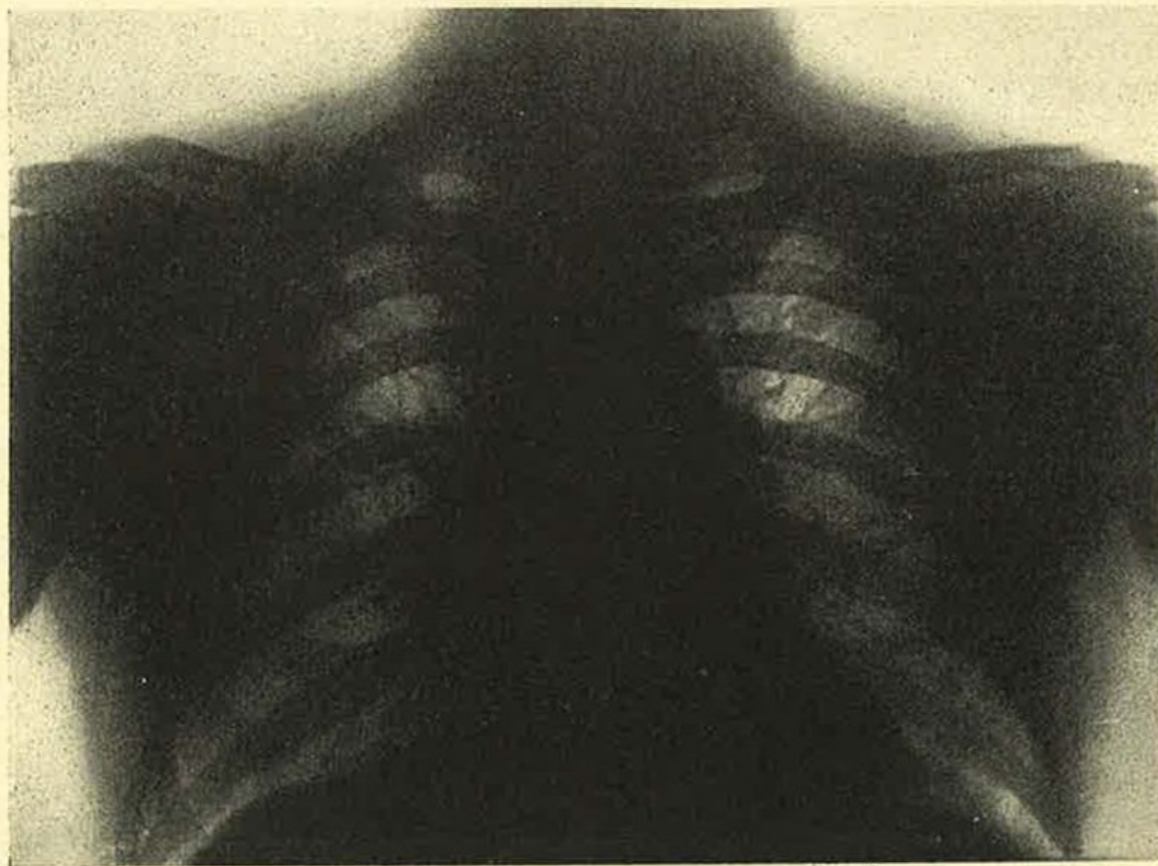


Fig. 2. — W. M. a 50 Pmx 180. Pmn. 100. Erk. *Le alterazioni qualitative e volumetriche dell'ombra aortica sono in netta prevalenza sulle alterazioni cardiache*

cussioni sul cuore e sull'aorta rilevabili all'esame clinico obiettivo, allora anche la sintomatologia radiologica è più dimostrativa sia in radioscopia che in radiografia.

Mentre in un primo tempo le modificazioni funzionali avevano il sopravvento ed erano lievi o dubbie le alterazioni organiche, in seguito sono queste ultime che vengono a trovarsi in netto predominio sulle altre. In altri termini l'ipertensione si rivela nei suoi effetti anatomici che l'indagine radiologica — vera anatomia sul vivente — meglio di qua-

dri saranno diversi per ricchezza e intensità dei vari elementi patologici: si osserveranno allora modificazioni dell'ombra cardiaca e dell'ombra aortica. L'ombra cardiaca si presenterà più o meno ingrandita nella sua sezione sinistra venendo ad assumere quella configurazione « a scarpa » che è agevole riconoscere nell'insufficienza delle valvole aortiche. Questo aspetto — ha notato il Bordet — già visibile nettamente in ipertesi di età inferiore ai 40-45 anni, appare nella sua massima evidenza in ipertesi dai 45 ai 60 anni di età. Dopo i

60 anni, sopraggiungendo nei vecchi una ipertrofia fisiologica, l'alterazione morfologica è meno marcata.

In tutte le età ciò che non manca mai sono le modificazioni che viene a subire l'ombra aortica la quale si presenta allungata, a volte tortuosa, sporgente tanto a sinistra quanto spesso anche a destra dove sostituisce la vena cava superiore che normalmente delimita il contorno destro dell'ombra mediastinica nella sua porzione alta. Alle alterazioni quantitative dell'immagine aortica si aggiungono più importanti e più costanti le alterazioni qualitative che si traducono in un aumento dell'opacità vasale visibile in tutto l'arco per cui una parte dell'aorta toracica traspare attraverso l'opacità cardiaca, ciò che nel soggetto normale non si osserva mai. La pulsatilità del vaso è generalmente ridotta a causa dei processi ateromatosi che hanno sede nella parete.

Le alterazioni aortiche, specialmente l'aumento della opacità, in qualche caso sono tali da meravigliare per la netta preponderanza sulle variazioni volumetriche del cuore, potendo risultare le misurazioni dei diametri cardiaci poco discoste dai limiti normali o ancora entro la norma, considerati beninteso i valori in rapporto al sesso, all'età, all'altezza e al peso del soggetto in esame. Portando allora l'attenzione non tanto sulle modificazioni di estensione dell'ala cardiaca quanto sulle variazioni di forma si troverà molte volte che un aspetto globoso del cuore e un maggiore arrotondamento del contorno sinistro staranno a denunciare la compartecipazione cardiaca al quadro ipertensivo. Qualche volta non è visibile neanche questa alterazione morfologica ed allora riesce difficile spiegare la netta sproporzione esistente tra l'aspetto del cuore e quello dell'aorta. Le riproduzioni radiografiche intercalate nel testo si ri-

feriscono a due casi di questo genere osservati recentemente nel gabinetto radiologico della Direzione Generale.

* * *

Ora che si sono passate in rassegna le alterazioni radiologiche dell'ombra cardiovascolare negli stati ipertensivi iniziali ed avanzati è il caso di domandarsi se esistono dei segni, non dico patognomonici — ammesso che questo termine trovi riscontro pratico in Medicina — ma almeno caratteristici dell'ipertensione arteriosa.

Vaquez e Bordet, con l'autorità che a loro deriva da una vasta esperienza clinica e radiologica, sostengono senz'altro di no. Dal lato del cuore tutti i segni denunciano gradi variabili d'ipertrofia e dilatazione senza che nessuno di essi possa dirsi proprio dell'ipertensione arteriosa poichè aspetti del tutto simili possono riscontrarsi, oltrechè nella già ricordata insufficienza delle valvole aortiche, anche nella stenosi aortica, nelle miocarditi e persino nell'ipotesione susseguente all'infarto cardiaco. Per ciò che riguarda l'aorta tutte le modificazioni osservate negli ipertesi possono essere constatate nell'eretismo cardiovascolare e nelle aortiti di varia origine con o senza aumento della pressione arteriosa. Ne viene di conseguenza che l'esame radiologico deve generalmente limitarsi a confermare i dati manometrici che sono gli unici a porre la diagnosi d'ipertensione.

Rimane infine da chiedersi se c'è proporzione diretta tra modificazioni cardioaortiche e grado dell'ipertensione. Anche a questo quesito gli AA. summenzionati rispondono negativamente poichè si possono riscontrare dei cuori fortemente ingranditi in casi d'ipertensione modesta e cuori invece di grandezza normale o subnormale in casi d'iperten-

sione notevole; ciò dipende dalla maggiore o minore vulnerabilità anatomico-funzionale della fibra muscolare cardiaca. Più che il grado dell'ipertensione ha valore la sua *durata*, trovandosi per solito nelle ipertensioni di vecchia data anche modiche, ingrandimenti cardiaci maggiori che non negli stati ipertensivi stabilitisi in epoca relativamente recente.

Questi brevi cenni sulle caratteristiche radiologiche del cuore e dell'aorta nell'ipertensione arteriosa possono essere utili — io penso — ai nostri fini as-

sicurativi mettendo a punto qual'è l'effettiva portata dell'indagine Röntgen in una condizione morbosa così frequente ad incontrarsi nella pratica di Assicurazione Vita e che modifica notevolmente il giudizio sul rischio.

BIBLIOGRAFIA

BORDET, *Radiologie du coeur et des vaisseaux de la base*. Baillière, Paris.

KOHLER, *Limiti del normale e inizi del patologico in Röntgen-diagnostica*. Sperling e Kupfer.

VAQUEZ, *Malattie del cuore*. U. T. E. T., 1929.

Varie

LAVORO, FATICA, STRAPAZZO

Il lavoro umano — sia prevalentemente manuale che cerebrale — se contenuto entro i limiti fisiologici e svolto in condizioni igieniche non solo non è dannoso ma riesce utile all'organismo in quanto favorisce lo sviluppo e la conservazione degli attributi fisici ed intellettuali dell'individuo.

Perchè il lavoro arrechi danno all'organismo — prescindendo da condizioni antigieniche dell'ambiente in cui può essere svolto — è necessario che esso diventi eccessivo, sproporzionato alle forze dell'individuo, vuoi per la durata vuoi per l'intensità e la velocità con cui viene eseguito.

Riteniamo opportuno, a questo punto, perchè siano meglio compresi i danni che il lavoro eccessivo può arrecare a carico dei vari organi e tessuti, fare qualche breve cenno ad alcune elementari nozioni di fisiopatologia del lavoro.

Il lavoro muscolare (sviluppo di forza) è prodotto dalla contrazione delle fibre muscolari, provocata — in condizioni fisiologiche — da un eccitamento o stimolo nervoso. Durante tale eccitamento, l'energia potenziale contenuta nel muscolo si trasfor-

ma in energia viva, attuale che si estrinseca sotto forma di lavoro, calore ed elettricità e precisamente per due terzi in calore e per un terzo in lavoro ed elettricità (Luciani).

Il rendimento della macchina umana (chimico-dinamica) supera di molto, come si vede, quello delle comuni macchine termodinamiche che, in genere, non utilizzano più della decima, dodicesima parte dell'energia prodotta dalla combustione del carbone.

La contrazione muscolare si effettua a spese di alcune sostanze: glicogeno, grassi, sostanze proteiche che vanno incontro a processi di ossidazione (combustione), rappresentando esse per la macchina umana quello che è il carbone per una qualsiasi macchina a vapore.

Dette sostanze, che costituiscono appunto i materiali dinamogeni del muscolo, partecipano in vario grado ai suaccennati processi ossidativi: in grado maggiore il glicogeno, minore i grassi ed in minor grado ancora le sostanze proteiche. Secondo qualche A. (Pettenkofer) queste ultime sostanze non parteciperebbero ai processi ossidativi.

E' bene dire subito però che tutto ciò non è ancora perfettamente chiarito, pur essendo in questi ultimi anni — sia per opera di fisiologi che di studiosi di Medicina del Lavoro — notevolmente progredite le ricerche sul ricambio del muscolo. (Così, secondo recenti ricerche — che qui sarebbe troppo lungo e d'altra parte superfluo esporre — il lavoro muscolare non deriverebbe immediatamente da processi ossidativi ma da reazioni a tipo fermentativo, nelle quali il carboidrato verrebbe trasformato in acido lattico).

Come conseguenza della combustione dei materiali dinamogeni si producono in seno al muscolo sostanze regressive, rappresentate da anidride carbonica, acqua, acido lattico, creatina, creatinina, xantina, ipoxantina, acido urico, ecc.

Durante il lavoro muscolare, quindi, si ha da un lato consumo di materiali dinamogeni dall'altra produzione di sostanze regressive. Ed aggiungiamo subito che, perchè sia mantenuto entro i limiti fisiologici, il lavoro deve essere svolto con ritmo tale che consenta da un lato un adeguato apporto di materiali energetici, dall'altro la eliminazione completa dei prodotti regressivi.

Se, per converso, esso diviene eccessivo per intensità, velocità o durata, ne consegue che i materiali dinamogeni consumati non potranno essere sufficientemente reintegrati ed i prodotti regressivi o della dissimilazione — incompletamente eliminati attraverso i comuni emuntori — si accumuleranno nel sangue con conseguente azione tossica sui vari apparati, organi e tessuti. Si avranno così disturbi funzionali a carico degli apparati cardio-vascolare e respiratorio (senso di palpitazione, dispnea, affanno, tachicardia, ecc.); a carico dell'apparato digerente (anoressia, dispepsia, digestioni difficili e laboriose, ecc.); a carico dell'apparato uro-poietico (albuminuria transitoria, aumento della urotossia, del coefficiente urotossico, ecc.); a carico del ricambio materiale (aumento della quantità di azoto nel sangue, accumulo di anidride carbonica, acido fosforico, ecc.); a carico del sistema muscolare (diminuzione

della eccitabilità nerveo-muscolare sino alla cessazione completa della capacità contrattile del muscolo e dell'eccitabilità delle terminazioni nervose per una specie d'interruzione fisiologica nel punto in cui il nervo prende contatto con il tessuto muscolare); a carico del sistema nervoso (senso di spossatezza generale, depressione psichica, disattenzione, esaurimento dei poteri di auto-controllo o abbassamento del livello attentivo « De Sanctis » donde aumento della possibilità dell'infortunio oltre ad una diminuzione del rendimento sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo). « Il lavoro di un operaio affaticato è dannoso all'industriale per il rendimento che può dare, e dannoso all'operaio per la sua salute » (Muggia).

Sintomi tutti — quelli testè ricordati — da imputare ad una vera e propria azione paralizzante esplicita dai prodotti tossici della fatica (sostanze ponogene) sul sistema nervoso e che nel loro insieme costituiscono la cosiddetta stanchezza. La quale, quindi, deve essere considerata come un segnale d'allarme benefico, salutare in quanto ci avverte della necessità del riposo perchè possano essere reintegrati i materiali dinamogeni consumati ed eliminati quelli di rifiuto.

« Il lavoro deve essere interrotto prima che incominci la fatica, anche perchè il lavoro compiuto dall'organismo stanco gli nuoce molto di più del lavoro più pesante, ma compiuto dall'organismo riposato » (Maggiora).

Il limite fisiologico della durata ed intensità del lavoro è « quello al di là del quale l'organismo si riduce a non più lavorare in maniera economica » (Treves).

Se nonostante la comparsa dei suddetti disturbi l'individuo continua a lavorare, dalla stanchezza si passa alla fatica e da questa in un grado ulteriore allo strapazzo.

A facilitare la comparsa dei sintomi della fatica concorrono diversi fattori (De Sanctis): mancanza di attitudine, di esercizio, scarsezza di intelligenza, lentezza dei processi psico-motori, difetto di coordinazione, precipitazione e disordine d'azione, sforzo d'attenzione, mancanza di sufficienti

pause di riposo, posizione forzata o viziosa di lavoro, ripetizione prolungata del medesimo movimento, durata ed intensità del lavoro, condizioni dell'ambiente di lavoro (aria, illuminazione, rapporto fra temperatura, grado di umidità e ventilazione, presenza di polveri, gas e odori, rumori e scuotimenti, età, sesso, alimentazione, stagioni ed ore della giornata, fattori psichici (dispiaceri, malcontento, umore depresso, preoccupazioni, ecc. ecc.).

I sintomi dell'affaticamento sono quelli stessi che abbiamo ora descritto ma in forma più grave e talora con manifestazioni febbrili (38°-38,5°) « febbre da affaticamento »; dolori muscolari ed articolari, aridità della lingua, senso di arsuria, sensazione di prostrazione, ecc.

Se poi lo stato di affaticamento si protrae per mesi ed anni si ha la fatica cronica con conseguenze generali e locali molto più gravi per l'organismo specie di soggetti deboli (donne, fanciulli): senso di astenia, dimagrimento, anemia, depressione fisico-psichica, invecchiamento precoce, ecc. sino a vere e proprie alterazioni anatomiche. Così, in seguito a sforzi violenti e ripetuti (facchini, caricatori e scaricatori, soffiatori di vetro ecc.) si possono avere enfisema polmonare, ipertrofia cardiaca, dilatazione di cuore, miocarditi a tipo degenerativo ed infiltrativo (Cesa-Bianchi), endocarditi (Ranelletti), arteriosclerosi circoscritte o generalizzate (Devoto), varici, ecc.; senza dire dell'influenza dannosa che il lavoro inidoneo esercita sui ritmi di crescita, da cui le disgenopatie, le aritmie o disarmonie di sviluppo, i turbamenti dell'equilibrio e della resistenza vitale che si appalesano ora con arresti di sviluppo ora con deformità più o meno marcate della colonna vertebrale, ecc.

Se a tutto questo si aggiunge che l'affaticamento per un complesso di alterazioni biochimiche che determina nell'organismo (basti ricordare la diminuzione del pH (indice di alcalinità del sangue), l'accumulo di CO₂ (anidride carbonica), la deficienza di O (ossigeno), la perturbazione dei fenomeni immunitari, l'abbassamento dell'indice fagocitario e di agglutinazione, la diminu-

zione della produzione di anticorpi e di anti-tossine, dimostrata sperimentalmente da Ferranini e Fichera, la diminuzione del glicogeno epatico, l'aumento di acido lattico, la produzione di tossine ponogene, ecc.) ne minora i poteri di resistenza e di difesa rendendolo più facilmente soggetto alle malattie in genere e specie a quelle infettive (la medicina militare ha dimostrato come spesso interceda un intimo rapporto fra strapazzo ed insorgenza del tifo addominale), si comprende facilmente come una efficace profilassi individuale e sociale della fatica assuma importanza veramente notevole.

* * *

Se mantenuto entro i limiti fisiologici anche il lavoro intellettuale è salubre in quanto è ginnastica che sviluppa e rafforza l'intelletto.

Secondo i dati di diverse statistiche gli intellettuali e gli uomini di studio in genere hanno una vita media di circa 10 anni più lunga della vita media comune.

Il lavoro intellettuale diventa invece dannoso se eccessivo o svolto sotto l'influenza di particolari stati emozionali (preoccupazioni, agitazione, dispiaceri, stati ansiosi, ecc.) come si verifica per gli uomini d'affari, conferenzieri, uomini di Stato, studenti all'epoca degli esami (veglie protratte!) o nella preparazione ai concorsi, ecc., massime poi se trattasi di soggetti con eredità nevropatica (labilità del sistema nervoso, costituzioneastenica) o artritica.

Gli effetti della fatica mentale — per quanto il cervello abbia una resistenza enorme (De Sanctis) — si manifestano sotto forma di esaurimento nervoso con disturbi funzionali — a carico dei diversi apparati — la cui entità può oscillare fra manifestazioni lievi e fugaci e sindromi più gravi, complesse, permanenti: esagerata irritabilità e facile esauribilità (quella cioè che con termine più comprensivo dicesi « nervosismo » o « debolezza irritabile »); disturbi gastro-intestinali (dispepsia, flatulenza, stitichezza, sonnolenza dopo i pasti. ecc.); cefalalgia (casco o berretto nevrastenico); insonnia, vertigini, perturbamenti psichici,

nevropatia cerebro-cardiaca di Krishaber, eccetera.

Oltre ai disturbi di natura funzionale — sopra menzionati — sotto l'influenza della fatica intellettuale possono aversi, per effetto del loro progressivo logoramento, lesioni degenerative e sclerotiche delle arterie cerebrali, specie in soggetti costituzionalmente predisposti (debolezza vasale costituzionale). « Il soverchio lavoro intellettuale è un fattore che facilita la localizzazione dell'arteriosclerosi ai vasi cerebrali » (Rokitansky).

La sclerosi delle arterie cerebrali (arteriosclerosi cerebrale), malattia non rara a manifestarsi anche in soggetti di giovane età (30-40 anni), è dovuta in parte all'azione diretta di sostanze tossiche sugli endoteli vasali, in parte alle continue variazioni del tono vasale che si verificano durante la funzionalità del cervello, per lo stretto rapporto che intercorre tra attività di un organo e condizioni del suo circolo regionale.

L'attività di ogni singolo organo — minima che sia — si traduce sempre con modificazioni della sua irrorazione, in virtù della capacità di adattamento dei vasi alle esigenze dei tessuti da essi irrorati.

Ne consegue che il lavoro di un organo si tradurrà in un mutamento continuo dell'equilibrio circolatorio, con conseguenti oscillazioni della pressione sanguigna che sottoporrà a frequenti e variabili stimoli le pareti vasali.

Stimoli o influenze meccaniche le cui conseguenze saranno senza dubbio più gravi se agiranno su pareti vasali congenitamente deboli; faciliteranno od affretteranno la comparsa dei processi degenerativi donde insufficiente irrorazione del cervello e quindi diminuzione della sua capacità funzionale.

Se a queste che sono le normali condizioni di funzionalità di un organo, si aggiunge l'influenza di fattori abnormi (emozioni, patemi d'animo, stati ansiosi, ecc.) — tutt'altro che rari nella turbinosa vita moderna — influenza che si risolve in un turbamento continuo del circolo e quindi della pressione a causa di angiospasmii transitori cui tengono dietro bruschi squilibri

tensivi, si comprende facilmente come, in soggetti predisposti, venga notevolmente accelerato il processo di sclerotizzazione delle arterie, specie se queste per ragioni costituzionali si trovino in condizioni di minore resistenza. (Binet e Vashide osservarono che sotto l'influenza di un forte dolore come di un calcolo mentale difficile, la pressione sanguigna aumentava di 15-20 mm. Hg.) (Ranelletti).

I disturbi che i malati accusano in questi casi sono molto vaghi: cefalea a tipo gravativo, senso di vertigine, parestesie di vario genere (senso di formicolii, di punture al cuoio capelluto, ecc.), insonnia, senso di angoscia al momento di destarsi, incapacità al lavoro (pseudo-nevrastenia arteriosclerotica), ecc.

Più evidenti sono invece i disturbi della psiche in questi malati: la memoria si affievolisce per le cose recenti mentre si conserva viva e lucida per i ricordi di tempi passati. C'è alle volte da rimanere veramente stupiti di fronte a qualche vecchio per la memoria che conserva di episodi remoti mentre nulla o poco ricorda di fatti avvenuti anche pochi minuti prima.

Altro carattere psichico degno di essere menzionato è la incapacità di questi soggetti a formulare ed esprimere idee o principi e così pure a seguire idee nuove altrui.

« La loro intelligenza non si adatta a nuove conquiste » (Sisto).

* * *

Terapia: il lettore che avrà seguito con un po' di attenzione la sommaria esposizione dei concetti patogenetici, in queste brevi note, non si aspetterà molto dal punto di vista terapeutico: prima indicazione in caso di affaticamento fisico è il riposo: « quies lassitudinis remedium » sentenziarono gli antichi. Riposo quindi assoluto e preferibilmente in posizione orizzontale ed all'oscuro; bagni caldi allo scopo di favorire la eliminazione dall'organismo delle sostanze tossiche; eventualmente uso di blandi diuretici e lassativi per stimolare la funzione degli emuntori renale ed intestinale; dieta dapprima idrica con aggiunta di pic-

cola quantità di zucchero (saccarosio) il quale oltre a rendere più accetta l'ingestione dell'acqua giova per le sue proprietà dinamogene, diuretiche e lassative; quindi regime latteo, avvalorato con succhi di frutta fresche (arance, limoni, ecc.).

In caso di affaticamento intellettuale il trattamento deve essere innanzitutto e soprattutto diretto a sopprimere le cause determinanti, mettendo il sistema nervoso nelle migliori condizioni di riposo, indispensabile per la reintegrazione dei neuroni affaticati.

Evitando l'errore — nel quale frequentemente si cade dai poco esperti — di rimpinzare lo stomaco di questi malati di medicine (glicero-fosfati, stricnici, preparati opoterapici, ecc.) da cui non si possono trarre che scarsi benefici — quando non se ne traggano con l'uso prolungato addirittura danni! — finchè non sia soppressa la vera causa della malattia che è l'affaticamento cerebrale, è opportuno sottrarre questi malati alle loro occupazioni abituali (che sono la vera causa perturbatrice del loro sistema nervoso) consigliando loro di vivere per un periodo di tempo sufficientemente lungo in ambiente calmo e sereno, preferibilmente in campagna (l'aria da preferire è quella di collina riccamente alberata, non troppo battuta dai venti e moderatamente umida) con astensione da qualsiasi occupazione intellettuale.

Opportune norme medicamentose e dietetiche — dirette ad accrescere il tono e la resistenza del sistema nervoso — da applicare nel modo e nella misura che meglio si convengano alle particolarità del singolo caso, completeranno la cura.

* * *

La profilassi individuale e sociale della fatica si basa fundamentalmente sulle seguenti norme:

a) adibire ai mestieri faticosi gli individui più robusti, più resistenti, risparmiando le donne, i fanciulli, gli individui anziani, quelli di debole costituzione, gli anemici, i sofferenti di cuore, gli arteriosclerotici, i nefritici, i nevropatici, ecc.

Per poter raggiungere lo scopo di collocare ogni individuo « nel posto più adatto » per lui (collocamento razionale della mano d'opera), il che si risolve nella migliore utilizzazione delle energie individuali e nella loro conservazione a vantaggio dell'individuo e della collettività, è necessario lo studio fisico-fisio-psicotecnico dell'operaio (costituzione, temperamento, attitudini tecniche, orientamento, disposizioni naturali specifiche, resistenza fisica e psichica, controindicazioni biotipologiche, fisiche, cliniche derivanti da tare ereditarie, ecc.), in rapporto alle esigenze produttive ed alla difesa della salute.

Poichè gli individui non sono tutti egualmente resistenti alla durata ed all'intensità di uno stesso lavoro (è noto infatti dalle ricerche specialmente di fisiologi italiani: Mosso, Maggiora, Patrizi, e dagli studi sulla fatica condotti nella Clinica del Lavoro di Milano, che la resistenza al lavoro varia da individuo a individuo) mentre spesso in pratica si osserva che in una determinata industria il lavoro e l'orario sono uguali per tutti, ne consegue che il lavoro diviene disagevole e penoso per i meno resistenti con grave danno per la loro salute.

Non ci attarderemo ad esporre i diversi elementi o indici in base ai quali è possibile giudicare della maggiore o minore robustezza di un individuo: rapporto tra altezza ed ampiezza toracica (elemento principale per il giudizio della idoneità alla vita militare), diametro biacromiale, capacità respiratoria, rapporto tra altezza, peso e perimetro toracico;

b) limitazione dell'orario di lavoro specie per quelle lavorazioni che vengono svolte in condizioni particolarmente malagevoli (lavoratori dei cassoni, minatori, ecc.);

c) sufficienti pause di riposo (intercalari e giornalieri) fra un turno di lavoro e l'altro;

d) abolizione o limitazione del lavoro notturno nell'industria della panificazione;

e) vigilanza sul lavoro a cottimo e sul lavoro a domicilio (quando si parla di lavoro si intende in genere quello che si svolge nelle officine e nei laboratori; non

va però trascurato quello che si compie nell'ambito delle mura domestiche che ha l'inconveniente di svolgersi per lo più in ambiente angusto e malsano e di essere completamente privo dei provvedimenti di difesa che vigono nelle officine contro i pericoli del lavoro. « ...Lavoro protratto per lunghe ore, monotono, con salario minimo — *sventry system*, sistema del sudore — disimpegnato in massima parte da minorenni in condizione di salute tutt'altro che florida, in ambienti antigienici ». (Galloro);

f) riposo settimanale da trascorrere preferibilmente all'aria aperta;

g) visite sanitarie preventive e periodiche dirette le une (dette anche visite mediche di assunzione) ad accertare la idoneità generica o specifica dell'operaio ad un determinato lavoro; le altre ad esercitare — periodicamente — un utile controllo sullo stato di salute dei lavoratori, sorprendere eventuali inizi di deviazione dalla norma in modo da poter riconoscere all'inizio malattie eventualmente insorgenti e potere, quindi, facilmente eliminarle al loro nascere, prima cioè che, coll'aggravarsi, richieggano lunghe cessazioni della attività produttiva e quindi della capacità di guadagno.

E' da augurarsi che questo sistema delle visite periodiche per il collaudo della salute che l'I.N.A. di Stato — in piena rispondenza alle sagge vedute e alle direttive rinnovatrici del Regime — va praticando sin dal febbraio 1935 (1) a favore dei propri assicurati e di numerosi Enti ed Organizzazioni del Partito, presso i suoi Centri di Assistenza Sanitaria e Consulitori d'Igiene

(1) Per un'esposizione completa della politica sanitaria dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni vedansi: Radioconversazione tenuta dal Cav. Gr. Cr. Dott. Ignazio Giordani all'« Eiar » di Roma il 17 marzo XVI — riportata in: *L'Assistenza Sanitaria*, Anno VII, N. 2. 15 aprile 1938-XVI, pag. 156.

Prof. Dott. I. Romanelli: L'assistenza sanitaria agli assicurati dell'I.N.A. (Atti Ufficiali del Congresso Nazionale delle Assicurazioni Popolari).

(igiene del lavoro, dell'alimentazione, del vestiario, della casa, dello sport, matrimoniale, tropicale) — istituiti in molte città e paesi d'Italia — sia largamente diffuso nei diversi ceti sociali, sì che in un non lontano avvenire possa diventare comune pratica della generalità dei viventi, in modo da effettuarsi la più efficace profilassi così delle malattie del lavoro come delle malattie comuni specie a carattere sociale con vantaggi incalcolabili per l'economia del Paese, per la salute del Popolo, per l'integrità della Stirpe.

Particolare importanza, poi, assume in tema di profilassi della fatica l'organizzazione scientifica del lavoro che basandosi principalmente sullo studio dell'orientamento professionale (attitudini fisiche e psichiche dell'operaio) e sull'esecuzione logica e fisiologica dei movimenti richiesti nello svolgimento di un determinato lavoro mira al risultato di ottenere il massimo rendimento col minimo dispendio di forze e di tempo. Questo sistema che porta il nome di Taylorismo perchè studiato ed applicato nelle industrie americane dall'ing. Taylor, ma i cui principi scientifici erano stati già quattro secoli prima enunciati da italiani, i sommi Leonardo e Galilei, ha dato luogo presso i vari paesi a molte discussioni a causa di una errata interpretazione ed applicazione delle norme scientifiche sulle quali il metodo deve essere basato perchè risponda allo scopo di aumentare la produzione evitando la fatica.

Il Taylor è stato giustamente accusato di avere trascurato l'influenza di questo fattore morboso (fatica) che i medici considerano invece come la più grave e la più micidiale fra tutte le cause di danno che l'uomo possa trovare nel lavoro.

L'organizzazione scientifica del lavoro deve diventare sinonimo di organizzazione umana del lavoro; si deve cioè considerare l'elemento umano come assolutamente preponderante su tutti i fattori della produzione e non come un elemento paragonabile alle macchine. Inoltre si deve domandare ad esso non già la produzione massima ma la produzione ottima (Loriga).

L'operaio è qualcosa di ben distinto dal

macchinario che aziona; egli pensa, agisce, concorre alla fabbricazione del prodotto con una volontà propria e con una speciale intelligenza (G. A. Vigliani).

E' bene dire a questo punto che grazie al grande, mirabile sviluppo impresso negli ultimi anni — sotto le sagge direttive del Governo Fascista — alla legislazione medico-sociale in favore delle classi lavoratrici, il problema della prevenzione delle malattie da lavoro in genere e quindi della fatica è entrato risolutamente nella sua fase di realizzazione.

In Regime Fascista e Corporativo il medico va assumendo anche, e spesso prevalentemente, azione sociale; e quindi egli deve intervenire, con il suo consiglio e con la sua opera, per prevenire la malattia e per prevenirne le conseguenze evitabili (1).

Con la promulgazione della Carta del Lavoro — ispirata ai nuovi principi dell'etica fascista — che elevando la dignità del lavoro ha assicurato la eguaglianza giuridica tra datori di lavoro e lavoratori, ha promosso svariate provvidenze igienico-sanitarie e istituzioni di assistenza sociale a favore dei lavoratori, ha dichiarato il lavoro un dovere del cittadino — inteso come unità indissolubile del corpo e dello spirito — di contribuire per virtù del proprio cervello e dei propri muscoli al crescente sviluppo della vita sociale, lo Stato Fascista ha inteso esaltare, elevare a maggiore dignità, nobilitare diremmo e tutelare il lavoro (tutela che per il lavoratore diventa giuridicamente un diritto sia dal lato economico che igienico-sanitario).

Senza addentrarci nell'analisi della vasta e complessa legislazione largita dal Governo Fascista a tutela della salute dei lavoratori, a tutela cioè della salute e della vita di coloro che nei vari campi delle umane attività, con alacre fatica, giorno per giorno, nei cantieri, nelle officine, nelle miniere, nei campi, nelle stive delle navi, sulle ali

dei velivoli (1) assicurano la ricchezza, il benessere e la potenza della Patria, ci limiteremo a ricordare fugacemente e certo incompletamente le provvidenze che speciale importanza hanno in rapporto alla nostra tesi e che rientrano nel gran quadro delle opere assistenziali del Regime: dall'Opera Nazionale per l'assistenza e la tutela della Maternità e dell'Infanzia alle speciali disposizioni « sulla tutela della funzione materna delle operaie ed impiegate »; dalla emanazione del nuovo regolamento sull'Igiene del Lavoro all'obbligo delle visite preventive e periodiche per gli operai addetti a lavorazioni tossiche e pericolose; dalla legge per la tutela del lavoro delle donne e dei fanciulli alle disposizioni legislative sul lavoro notturno, sui turni di riposo festivo, sugli orari straordinari; dall'abolizione del lavoro cronometrato tipo Bedaux alla benefica — anche sotto l'aspetto igienico-sanitario — istituzione dell'O.N.D. che con le sue molteplici organizzazioni culturali, sportive, ecc. mentre allontana l'operaio dall'osteria gli offre, quando esce dal lavoro e nei giorni festivi e di riposo, tutta una serie di compensi morali dimostrandogli ad un tempo come nella salute e nella sanità del corpo stia la vera gioia della vita e la possibilità di produrre energie sempre nuove che rendano sempre più lieta, più bella e più forte la vita stessa:

« Dolce a quelli che oprò nel giorno
Viene la sera e liefo suona il canto
Dopo il lavoro »

(Pascoli).

dai perfezionamenti della legge infortuni sul lavoro all'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione, contro l'invalidità e la vecchiaia, contro la tubercolosi, contro le malattie professionali; leggi ed istitu-

(1) B. BIAGI: *Orientamento del diritto corporativo nei rapporti con la medicina e l'igiene sociale*. (I° Congresso della Previdenza Sociale - Bologna, ottobre 1935-XIII).

(1) Prof. G. QUARELLI: *Compiti e limiti dell'insegnamento clinico e doveri del medico nei rapporti colla nuova legge dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali* « Rassegna di medicina applicata al lavoro industriale », anno I, n. 2, marzo 1930-VIII).

zioni che integrandosi vicendevolmente mirano tutte alla protezione del lavoro ed al risparmio della vita umana.

Il Governo fascista, che ha posto a base dell'avvenire del nostro popolo — e perciò dei futuri lavoratori, dei futuri cittadini, dei futuri soldati — la sua salute, la sua forza, la sua integrità fisica, ha attuato un complesso così imponente ed armonico di provvedimenti legislativi ed istituzioni previdenziali atte a difendere l'integrità fisica del lavoratore, da porre anche in questo campo il nostro Paese all'avanguardia delle nazioni più progredite del mondo.

E questa gigantesca e veramente rivoluzionaria opera di assistenza e previdenza

— realizzata per volere del Duce in favore delle classi lavoratrici — alla quale cooperano Enti statali, quali l'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale, l'Istituto Naz. Fascista per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, l'Istituto Naz. delle Assicurazioni, ecc. ed Enti parastatali, seriamente attrezzati e vigorosamente disciplinati, è sicura garanzia della efficienza e dell'avvenire della Razza nonchè della potenza demografica cui sono principalmente legati i maggiori destini del nostro Paese con le forze vive della sua nuova potenza Imperiale.

Dott. DI LILLO ALBERTO

Dai Libri e dai Periodici

Un nuovo volume degli Atti dell'Istituto Nazionale Assicurazioni.

E' uscito in questi giorni l'undecimo volume di questa interessante collezione nella quale vengono raccolti studi di legislazione, di statistica attuariale e di medicina delle assicurazioni vita.

Il volume pubblicato nel corrente anno si inizia con un lavoro giuridico di S. E. Amedeo Giannini che tratta delle possibilità di un regolamento internazionale delle Assicurazioni aeronautiche; segue un lavoro attuariale di D'Addario sulle riassicurazioni delle eccedenze per sinistro nelle assicurazioni di responsabilità ed un altro di Medolaghi che espone considerazioni matematiche sulle assicurazioni dei rischi tarati.

Mazzoni tratta del calcolo delle tariffe di una compagnia di assicurazioni sulla vita, Cultrera delle variazioni della mortalità fra gli assicurati; e Paglino dell'interdipendenza tra utili di mortalità e utili di interesse.

Espongono argomenti di medicina delle assicurazioni gli studi di Banissoni e di Romanelli. Il primo tratta dei nuovi compiti e dei moderni indirizzi nella preparazione del medico nell'era fascista. In questo il sanitario, oltre alle conoscenze cliniche, deve saper svolgere la sua opera nelle istituzioni a carattere collettivo del regime valorizzando e diffondendo i criteri di

medicina preventiva a seconda l'esigenza del lavoro, così pure nello sport dovrà evitare i danni dell'affaticamento e valutare giustamente le possibilità individuali in modo da contribuire al miglioramento delle nuove generazioni.

Il prof. Romanelli illustra i progressi della medicina dell'A. V. in Italia che, sorta modesta nell'anteguerra ha preso uno sviluppo sempre maggiore soprattutto per merito dell'I.N.A. Lo studio dei rischi tarati iniziatosi nel 1917 con una Commissione formata da illustri personalità mediche per l'accettazione di tali individui venne perfezionato con la creazione del C.I.R.T. istituito nel 1928.

Nel 1934 alla Conferenza internazionale rischi tarati la scheda di statistica medica italiana venne adottata da tutti gli enti di assicurazione europei, quasi contemporaneamente nel 1933 al Congresso di Medicina Legale generale vennero trattati argomenti di medicina di assicurazione, ciò preluse alla feconda collaborazione di tali scienze che giungerà successivamente alla trasformazione delle cattedre universitarie nella denominazione più ampia di Medicina Legale e delle Assicurazioni.

Ogni anno successivo è una tappa nella ascesa della medicina di assicurazione in Italia, nel 1936 si costituisce il Comitato Medico Consumativo con lo scopo di studiare perfezionamenti per l'accettazione dei rischi tarati; nel 1937 la Quarta Conferenza Internazionale per i rischi

tarati affida all'Italia la Segreteria internazionale di tale Consorzio.

L'ampiamiento dei limiti di accettazione ed il rischio professionale costituiscono il più recente settore di lavoro del C. M. C. Il materiale di studio di medicina assicurativa in Italia è in gran parte raccolto negli atti del C. M. C. pubblicati regolarmente dal 1937 e nella nostra Rivista. Ciò dimostra quanto da noi si è potuto fare, soprattutto per merito dell'I.N.A., in un campo scientifico che sembrava riservato alle nazioni maggiormente industriali e di più antica esperienza assicurativa.

St.

Evoluzione sociale della medicina preventiva.

L'igiene è soprattutto un bisogno culturale dell'uomo e nei compiti della vita in comune è sorta come necessaria e provvidenziale. Essa si presenta anche quanto mai poliedrica nei suoi fini e confini dovendosi adattare a situazioni ed a circostanze le più diverse.

Tutti gli aspetti di questa scienza si toccano in una fondamentale concezione: medicina preventiva o preservativa come ebbe a chiamarla il nostro B. Ramazzini. L'igiene è fin dall'inizio nelle mani di autorità: dei sacerdoti prima, dei legislatori, poi. Le antiche religioni furono le prime a portare dei concetti di nettezza, di salute, di resistenza dell'individuo e della specie che si vennero perfezionando nei passaggi da popolo a popolo, dai Cinesi, agli Indiani, dai Persiani agli Egizi.

Delchigi (« Difesa Sociale », n. 3, 1939, Roma) dopo aver dato questi cenni descrive come lentamente e gradatamente gli Egizi si formino una concezione statale dell'Igiene. La medicina eugenica trova qui il suo primo nucleo che servirà poi di base al concetto medio-filosofico dei Greci sul quale questi impiegarono la loro legislazione igienica. Essi non solo il corpo curavano ma anche lo spirito vedendo con Ippocrate nelle malattie una disarmonia della normale vita fisico-psichica dell'individuo, a combattere la quale organizzarono l'igiene come medicina preventiva in senso quasi perfettamente sociale. Non solo dunque prevenzione in senso passivo di difesa, ma anche in senso attivo di aumento di resistenza e di irrobustimento con l'educazione fisica e psichica. Era questa una alta preparazione di medicina preventiva intesa come igiene individuale e come igiene pubblica.

Nell'igiene pubblica fin dall'antichità risulta nel suo posto importantissimo la forma intima

dell'igiene individuale come mezzo di elevazione del singolo e come fulcro dell'igiene collettiva.

Ben comprese Roma l'enorme importanza dell'igiene e lo dimostra con la costruzione di acquedotti, bagni, fognature. Ai governi dell'antica Roma, dall'alimentazione al vestiario, nulla sfuggì e modelli di leggi sanitarie additarono al popolo l'esercizio e il culto dell'igiene. Con la decadenza di Roma s'inizia un periodo di decadenza anche per l'igiene che riappare in nuovo risveglio nell'epoca del Rinascimento.

Sorgono gli albori della microbiologia nei tempi di Galileo Galilei con la costruzione del microscopio e Leeuwenhoek vede i primi animaluncoli: vede in un'acqua stagnante il mondo meraviglioso degli infusori, dei protozoi e dei prototipi.

La prevenzione sociale trova poi, agli albori del 1700, il suo cavaliere, lo spirito che raccoglie per la prima volta gli elementi sparsi degli sforzi sociali del passato sotto un'insegna precisa: « Longe praestantius praeservare quem curare » Bernardino Ramazzini. Egli è il simbolo della medicina preventiva che vede in questa una garanzia della personalità umana contro le insidie delle officine, delle case, delle scuole, in una parola del mondo esterno.

Gli albori dell'igiene sono legati a B. Ramazzini.

Le basi della medicina preventiva erano ormai gettate in Italia e dopo un lungo periodo di studi, di assestamento scientifico e nazionale sorse nel 1907 il primo Testo Unico delle Leggi Sanitarie.

Da un quoziente di mortalità del 27,99‰ scendiamo al 17,42‰ nel trentennio 1887-1921. E' questa una vittoria della medicina preventiva alla quale si deve pure il prolungamento della vita media dell'uomo dai 33 anni a 6 mesi a 52 anni e 6 mesi.

Raggiunta la sua fase sociale l'igiene tende sempre più ad inglobare nei suoi dettami l'individuo, la collettività e la razza.

Per forza di questa sua sociologia la medicina preventiva permea di se stessa l'intera vita della nazione e va dal risanamento igienico del paese all'assistenza sanitaria, alla difesa e allo sviluppo della razza. Questi nuovi concetti della previdenza, dell'assistenza, dell'educazione fisica e dell'istruzione sono stati posti a fondamento igienico-sociale della Carta del Lavoro e solo in Regime Fascista è stato possibile attuare la medicina preventiva totalitaria dello Stato corporativo con la realizzazione della generosa visione di Cavour il quale

scriveva nel « Risorgimento di Torino »: E' finito il tempo della carità, noi dobbiamo inaugurare il periodo della previdenza. Bisognava arrivare alla parola del Duce che ordina di « andare verso il popolo » teso in uno sforzo titanico verso il suo avvenire imperiale.

Cl.

Eredità nel cancro.

In un studio di Maud Slye, di cui sono note i lunghi lavori sull'ereditarietà cancerigna tra topi, ha recentemente pubblicato alcuni dati interessanti (Rev. Med. Franc. n. 1, 1939) sull'eredità cancerigna dell'uomo.

Un grande materiale statistico raccolto in Norvegia tra le famiglie cancerigne ha fatto rilevare che il 44,7 % delle malate di cancro della mammella avevano la stessa malattia nelle loro famiglie, invece solo il 16,5 % delle malate di cancro con diversa localizzazione aveva negli ascendenti dei casi di cancro dei seni. Le famiglie con ammalate di cancro all'utero danno la presenza del cancro nel 34,5 % dei casi, nelle malate di cancro con altra localizzazione si rileva il cancro solo nell'8 % nelle famiglie corrispondenti. Cancro simili simultanei e simmetrici si trovano nei gemelli univitellini.

St.

Frequenza del cancro del polmone negli Stati Uniti.

In una nota presentata al comitato permanente dell'Ufficio internazionale d'igiene pubblica nella sessione del 1938 « Office international d'Hygiene publique » n. 3, 1939 rileviamo alcuni dati sull'andamento della mortalità per cancro in questa sede che solo da pochi anni ha richiamato l'attenzione degli studiosi.

Da una tabella risulta che il tasso di mortalità per tutti i gruppi di popolazione di età inferiore ai 35 anni è quasi insignificante, ma aumenta rapidamente al disopra di tale età raggiungendo il massimo dai 65 ai 74 anni dopo che diminuisce.

La mortalità degli uomini è circa il doppio di quella delle donne sia nei bianchi che nei negri. Il numero dei decessi degli uomini bianchi è circa il triplo di quello dei neri e la stessa differenza si ha tra le donne bianche e nere.

Nel periodo che va dal 1930 al 1935 si è notata una tendenza all'aumento di mortalità per cancro del polmone e della pleura specie per quanto riguarda gli uomini che dai 3,91 del 1930 sono saliti al 6,23 nel 1935, mentre nelle

donne si è saliti in grado più modesto dal 2,06 al 2,82.

Il numero dei decessi per cancro del polmone e della pleura ha oltrepassato nel 1935 quello del 1931 del 65 % negli uomini e del 39 % nelle donne, mentre i decessi per cancro di tutte le altre regioni non l'hanno superato che del 20 % negli uomini e del 16 % nelle donne.

Si noterà inoltre che nel numero totale dei decessi per cancro, il cancro del polmone e della pleura entrano nella proporzione di circa il 3 %.

Le statistiche ospedaliere concordano con le cifre suddette mettendo in evidenza che dal 2 al 6 % dei ricoverati per cancro presentano la lesione localizzata nel polmone o nella pleura.

St.

La tubercolosi dei gangli linfatici cervicali.

In uno studio statistico di Thompson (Amer. rev. of. tub. aprile 1938) vengono riferiti risultati di 5000 soggetti visitati al dispensario antitubercolare. Si è così potuto accertare che accanto alla linfoadenite attiva o latente specifica, costituita soltanto dall'1,02 % dei casi esaminati, vi erano numerosi altri casi in cui l'assenza di lesione polmonare faceva ritenere che l'infezione fosse preventivamente nasofaringea.

L'ingrossamento dei gangli linfatici cervicali, clinicamente non tubercolare si osservò in 494 casi su 2746 pazienti in cui l'esame radiologico consueto non rilevava tubercolosi endotoracica e in proporzioni quasi uguali fra i soggetti con reazione tubercolina positiva e quelli negativi. Mancavano prove di tubercolosi (latente o manifesta) dei gangli linfatici, in questi casi. Segni clinici di linfoadenite cervicale tubercolare obsoleta si sono trovati in 38 pazienti (0,75 % del totale); essi si riscontravano pure nel 1,38 % dei pazienti con tubercolosi polmonare del tipo adulto. E' da notare infine che i pazienti con linfoadenite cervicale tubercolare tendono allo sviluppo di tubercolosi progressiva più spesso che non quelli senza linfoadenite.

Contributo allo studio della morte improvvisa o rapida.

Nel n. 3 del c. a. dell'« Archivio di Patologia e clinica medica » d'Abundo ha eseguito uno studio antomo-patologico, medico-legale, clinico-statistico sopra queste cause di morte utilizzando il materiale degli Istituti di Medicina legale e di Anatomia patologica della R. Università di Milano.

In 300 casi ove è stata possibile l'autopsia l'A. ha potuto accertare che nel 57,33 % di essi la morte era dovuta ad una malattia cardiovascolare, nel 14,66 % a malattie dell'apparato respiratorio. Percentuali molto minori presentano gli altri apparati; così il digerente si è riscontrato nel 4,33 %; l'urinario nel 3 %; il genitale e lo stato timo-linfatico hanno dato soltanto l'1,66 %; infine le cause indeterminate od incerte rappresentano ancora il 4 %.

E' pure interessante rilevare che in una indagine clinico-statistica che riguardava circa 1.500 casi di morte improvvisa o rapida, le donne hanno costituito la percentuale più alta nel gruppo di età 51-60 anni cioè nel periodo che segue la menopausa. Così pure nell'età avanzata cioè dai 71 ai 90 anni la probabilità di questa forma di morte risulta più frequente nelle donne.

St.

La Sindrome di Adie.

La sindrome pupillare che certi A. tedeschi e anglosassoni hanno denominato « falsa Argyll-Robertson » oppure Argyll-Robertson non sifilitica, o anche pupilla miotonica, consiste in assenza del riflesso alla luce, diretto e consensuale, ritardo del riflesso alla convergenza e all'accomodamento. Tale sindrome è ricordata nel « *Proceedings of the Mayo Clinic* », del 11-1-1939).

Questo tipo di pupilla è generalmente unilaterale; la pupilla è più grande che normalmente. Frequentemente la sindrome di Adie si associa all'assenza di uno o più riflessi tendinei; per contro non esiste alcun sintomo nervoso. Il punto importante è che le analisi del sangue e del liquido cefalorachidiano sono rimaste interamente negative. La « falsa Argyll-Robertson » non è dunque d'origine sifilitica, ma siccome non è da escludersi la possibilità dello scambio che potrebbe condurre ad un trattamento del tutto inutile, non è privo di utilità segnalare al pratico.

Valore della reazione di Ide e di quella di Fukuda per la diagnosi della sifilide.

Sulla reazione di Ide pubblicammo recentemente uno studio notevole di Biasiotti dal quale risultava l'importanza e l'utilità pratica di queste ricerche. Sullo stesso argomento Braghin torna in « *Rivista di clinica Medica* » (1939, pag. 38) avendo sperimentato la reazione di Ide e quello della modifica introdotta da Fukuda in 150 liquor e su mille campioni di sangue e di siero. In base a risultati ottenuti tale A. ri-

tiene che le due prove sono ottime per la diagnosi sia sul liquor che sul sangue avendo riscontrato nella reazione originale una specificità di poco inferiore alla R.W. e alla M.K.R. II° eseguite per controllo; nella reazione modificata di Fukuda la specificità è superiore alla stessa R.W. e quasi uguale alla M.K.R.II.

L'A. conclude affermando che entrambe le nuove reazioni, ma in special modo quella modificata, meritano di entrare nella pratica corrente del medico a cui possono dare un'indicazione perfettamente attendibile.

St.

Traumatologia, medicina legale ed infortunistica in otorinolaringoiatria.

Il prof. Tanturri pubblica per i tipi dell'Editore Bocca in bella veste tipografica questo volume di oltre 500 pagine che raccoglie la lunga esperienza dello specialista di vaglia che è anche un appassionato dei problemi medico-legali.

Sono trattate dapprima le lesioni traumatiche degli apparati nasali, laringei e di otoiatria con speciale sviluppo alla diagnostica, segue un capitolo delle malattie professionali. Una ricca casistica e numerose radiografie rendono chiara e varia l'esposizione dottrina perfettamente aggiornata. Successivamente l'A. parla dell'indagine legale; si sofferma poi sugli esami traumatici dei vari apparati e sui metodi per il loro accertamento.

Un capitolo è dedicato al rapporto tra funzione uditiva vocale e criminologia; infine viene esposta la valutazione del danno nei vari campi delle assicurazioni sociali, nel servizio militare, nella assicurazione vita e nelle assicurazioni private contro gli infortuni.

Siamo sicuri che il pregevole studio del Tanturri troverà la migliore accoglienza non solo sul tavolo degli specialisti ma anche presso gli studiosi di infortunistica e di medicina legale.

St.

Lesioni traumatiche dell'apparato visivo.

E' una estesa monografia del Prof. P. Scotti divisa in 2 parti, più una appendice. Nella prima parte l'A. descrive la diagnosi, prognosi, complicazioni e profilassi delle lesioni traumatiche oculari. Nella seconda tratta dettagliatamente i traumi contudenti primari riguardanti gli annessi oculari ed il globo oculare, i contudenti secondari dovuti a commozione o scuotimento, le lesioni traumatiche dell'orbita e quelle per traumatismi delle ossa craniche. Poi vengono descritte le lesioni oculari da cau-

se chimiche, termiche, tossiche, le lesioni oculari da cause fotoelettriche ed atmosferiche. A questa seguono le alterazioni post-traumatiche dello stato refrangente del globo e cioè, la miopia da allungamento dell'asse ottico, ipermetropia traumatica, astigmatismo irregolare, ecc.

A questi capitoli si aggiunge una ricca appendice riguardante la valutazione medicolegale della riduzione funzionale conseguita a lesioni traumatiche dell'occhio. Il lavoro comprende più di 500 pagine ed è trattato ampiamente nei suoi vari capitoli; esteso e completo, rappresenta un manuale pratico di diagnostica, terapia, infortunistica sulle lesioni traumatiche dell'apparato visivo.

Ve.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

SOC. CATT. DI ASSICURAZIONE, *Relazione e bilanci del 1938.*

PIO IST. SANTO SPIRITO E OSPED. RIUNITI DI ROMA, *Statistica sanitaria anno 1938.*

Continuando una tradizione veramente encomiabile gli Ospedali riuniti pubblicano ora in bella veste tipografica la statistica sanitaria per l'anno 1938. Gli infermi sono divisi secondo un elenco nosologico di circa 90 voci; speciale interesse merita l'esame di otto grafici che permette di esaminare la distribuzione per gruppi di età di alcune malattie di massima importanza.

Prof. G. CANUTO, *Nuove vedute sul risarcimento del danno alle persone.* Estr. da *Zacchia* 1938, n. 4.

E' il discorso di prolusione tenuto al Corso di Medicina Legale e delle Assicurazioni in Parma il 18 novembre 1938. Per l'O. nel risarcimento e danno a una persona va distinto il danno in potenza dal danno futuro; poichè in quest'ultimo esiste una alea non prevedibile nel singolo caso il Canuto propone di affidare ad un Ente di Assicurazione la salvaguardia economica per tale evenienza affidando a tale Ente le modeste indennità che vengono attualmente liquidati a tutti coloro che possono soggiacere al danno futuro in tal modo sarà possibile dare un adeguato indennizzo ai pochi casi che si dimostreranno essere andati incontro al danno futuro.

Prof. D. MACAGGI, *La medicina legale nella legislazione assicurativa e previdenziale italiana.*

Ricordato l'apporto delle diverse scuole medico legali italiane all'evoluzione della legislazione assicurativa e previdenziale, l'A. mette in rilievo le diverse direttive politiche del regime liberale e fascista ricordando le realizzazioni dottrinali di quest'ultimo. La legislazione sorta per l'applicazione della Carta del lavoro dimostra pertanto quale collaborazione può dare la medicina legale al perfezionamento di ordinamenti ai quali il Fascismo ammette la massima importanza.

Proff. GENTILI E MACAGGI, *Aborto ormonico e di errori medico peritali* (da « *Folia demographica Gynaecologica* », 1938, n. 6).

Viene esaminato una relazione peritale dei consulenti tecnici che concludevano favorevolmente per la possibilità di determinare un'aborto con preparati ormonici; D a tale disamina risulta che nel caso specifico il raschiamento uterino non fu eseguito in donna gravida e soprattutto in base alle conoscenze scientifiche si può escludere che i preparati ormonici di follicolina non hanno la capacità di determinare l'aborto e pertanto cade anche qualsiasi prospettiva di tentativo di aborto.

Dott. L. BISO, *Le pleuriti controlaterali in caso di Pnx artificiali.* Tesi di specializzazione presso la R. Università di Padova.

All'esame di 503 casi di Pnx solo in 7 casi si è avuta pleurite controlaterale; dall'esame di questi l'A. esclude che l'intervento abbia favorito la pleurite controlaterale anzi esso avrebbe un'azione di contrasto sulle flogosi delle pleure controlaterali.

Dott. L. BISO, *Importanza della posizione del corpo sullo svuotamento gastrico estratto dallo sperimentale fasc. 2-1937.*

Dallo studio dell'anatomia gastrica normale l'A. nota che la posizione del corpo sullo svuotamento gastrico influisce presso i soggetti normali favorevolmente solo nell'attitudine prona obliqua destra specialmente negli stomaci con forma ad uncino più pronunciata; per gli ptosici invece la posizione supina sarebbe abbastanza favorevole, ma la prona obliqua destra riuscirebbe sempre meglio.

V
Dott. A. CORTESI e DON T. PAPA, *Ospedale Italiano di Tunisi*.

In questo volume gli AA. hanno tratteggiato il sorgere, lo sviluppo e la grandiosa realizzazione di una delle più nobili ed importanti iniziative della laboriosa e patriottica collettività italiana della Tunisia. L'attuale ospedale G. Garibaldi in via di ultimazione ha una capienza di diverse centinaia di letti, è provvisto dei più moderni impianti di laboratorio, è diretto da medici che sanno unire ad un alto valore scientifico il perenne sentimento dell'italianità nella colonia.

V
Dott. DE FILIPPI e LOCATELLI, *Contributo alla vaccinoterapia per via endovenosa nella febbre di Malta*. (Estratto dal Boll. Soc. Medico-Chirurgica di Pavia), 1935, n. 1.

Dai risultati di tale terapia in 11 casi conclude per l'efficacia del metodo il quale deve essere cominciato con piccole dosi per salire a dosi maggiori le quali producono reazione febbrile vivace.

Dott. G. LOCATELLI, *Ricerche biometriche e morfologiche sulla ghiandola tiroide nella provincia di Bergamo* (da *Endocrinologia e Patologia costituzionale*, 1936, fasc. 4).

Da tale studio l'A. trova che la ghiandola nella regione si presenta di volume e di peso di poco superiore a quella delle altre regioni italiane indenni da ciò presume che il gozzismo vada attenuandosi nella zona come ha anche concluso Fiamberti per la Vatellina.

V
Prof. LUCHERINI e Dott. SIBILIA, *Le modificazioni dell'elettrocardiogramma dopo prova di sforzo (con particolare riguardo alla derivazione precordiale « Standard » IV F) nella diagnosi dell'angina di petto*. (Estr. da « Il Baglivi »).

Gli AA. presentano una statistica personale avendo richiamato l'attenzione sulla derivazione standardizzata precordiale che insieme alla II derivazione si è dimostrata molto sensibile nella affezione di esame.

Dott. G. LANZA, *Il pneumoperitoneo terapeutico*.

V
Dott. G. LUGLI, *Notizie sull'operosità scientifica e sulla carriera didattica*. Bari 1939.

E' il curriculum del Prof. G. Lugli Direttore Incaricato dal 1935 della R. Clinica Otorinolaringoiatrica di Bari, ove viene molto apprezzata la sua opera di scienziato e di insegnante.

Prof. PAOLO MEDOLAGHI, *Considerazioni sulle assicurazioni dei rischi tarati*. Estr. dagli atti dell'I.N.A., 1939, vol. XI.

E' un notevole studio attuariale dei vari tipi dei rischi aggravati per cui potrebbe essere richiesto al medico un giudizio sull'antidurata della tara da raffrontare con le dichiarazioni dell'assicurando anzichè l'ordinario apprezzamento sulla mortalità futura.

Dott. E. ed A. BARONE, *Per una più economica e semplice amministrazione delle assicurazioni popolari*.

L'A. propone una riforma per ridurre le spese di amministrazione delle A. popolari con l'introduzione del bollo numeratore e la semplificazione dall'A.P. 1003 tenuto dalle Agenzie Generali e Locali.

Dott. M. CERRUTI, *Larva del Tachys parvulus Di*. Estr. da « *Memorie della Soc. Entom. It.* », 1938.

E' la descrizione della larva di un minuscolo Bembidiino. L'A. si prometteva di studiare i successivi stadii larvali, ma difficoltà di allevamento non l'hanno permesso.

Dott. G. LANZA, *Su di un caso di splenectomia per voluminosa milza malarica torta sul penduncolo*.

Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari

Dr. D'ALISERA Antonio - (Foggia).

Dr. GAETA Giovanni - Cervignano del Friuli (Trieste).

Dr. STANGHELLINI Giulio - S. Marcello (Pistoia).

Dr. MIGLIORATI Luigi - Iseo (Brescia).

Dr. MESSINA Cesare - Malegna (Brescia).

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

(331) Soc. Tip. Castaldi - Via Casilina, 49 - Roma

V Dott. A. CORTESI e DON T. PAPA, *Ospedale Italiano di Tunisi.*

In questo volume gli AA. hanno tratteggiato il sorgere, lo sviluppo e la grandiosa realizzazione di una delle più nobili ed importanti iniziative della laboriosa e patriottica collettività italiana della Tunisia. L'attuale ospedale G. Garibaldi in via di ultimazione ha una capienza di diverse centinaia di letti, è provvisto dei più moderni impianti di laboratorio, è diretto da medici che sanno unire ad un alto valore scientifico il perenne sentimento dell'italianità nella colonia.

V Dott. DE FILIPPI e LOCATELLI, *Contributo alla vaccinoterapia per via endovenosa nella febbre di Malta.* (Estratto dal Boll. Soc. Medico-Chirurgica di Pavia), 1935, n. 1.

Dai risultati di tale terapia in 11 casi conclude per l'efficacia del metodo il quale deve essere cominciato con piccole dosi per salire a dosi maggiori le quali producono reazione febbrile vivace.

Dott. G. LOCATELLI, *Ricerche biometriche e morfologiche sulla ghiandola tiroide nella provincia di Bergamo* (da *Endocrinologia e Patologia costituzionale*, 1936, fasc. 4).

Da tale studio l'A. trova che la ghiandola nella regione si presenta di volume e di peso di poco superiore a quella delle altre regioni italiane indenni da ciò presume che il gozzismo vada attenuandosi nella zona come ha anche concluso Fiamberti per la Vatellina.

V Prof. LUCHERINI e Dott. SIBILIA, *Le modificazioni dell'elettrocardiogramma dopo prova di sforzo (con particolare riguardo alla derivazione precordiale « Standard » IV F) nella diagnosi dell'angina di petto.* (Estr. da « Il Baglivi »).

Gli AA. presentano una statistica personale avendo richiamato l'attenzione sulla derivazione standardizzata precordiale che insieme alla II derivazione si è dimostrata molto sensibile nella affezione di esame.

Dott. G. LANZA, *Il pneumoperitoneo terapeutico.*

V Dott. G. LUGLI, *Notizie sull'operosità scientifica e sulla carriera didattica.* Bari 1939.

E' il curriculum del Prof. G. Lugli Direttore Incaricato dal 1935 della R. Clinica Otorinolaringoiatrica di Bari, ove viene molto apprezzata la sua opera di scienziato e di insegnante.

Prof. PAOLO MEDOLAGHI, *Considerazioni sulle assicurazioni dei rischi tarati.* Estr. dagli atti dell'I.N.A., 1939, vol. XI.

E' un notevole studio attuariale dei vari tipi dei rischi aggravati per cui potrebbe essere richiesto al medico un giudizio sull'antidurata della tara da raffrontare con le dichiarazioni dell'assicurando anzichè l'ordinario apprezzamento sulla mortalità futura.

V Dott. E. ed A. BARONE, *Per una più economica e semplice amministrazione delle assicurazioni popolari.*

L'A. propone una riforma per ridurre le spese di amministrazione delle A. popolari con l'introduzione del bollo numeratore e la semplificazione dall'A.P. 1003 tenuto dalle Agenzie Generali e Locali.

V Dott. M. CERRUTI, *Larva del Tachys parvulus Di.* Estr. da « Memorie della Soc. Entom. It. », 1938.

E' la descrizione della larva di un minuscolo Bembidiino. L'A. si prometteva di studiare i successivi stadii larvali, ma difficoltà di allevamento non l'hanno permesso.

V Dott. G. LANZA, *Su di un caso di splenectomia per voluminosa milza malarica torta sul penduncolo.*

Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari

Dr. D'ALISERA Antonio - (Foggia).

Dr. GAETA Giovanni - Cervignano del Friuli (Trieste).

Dr. STANGHELLINI Giulio - S. Marcello (Pistoia).

Dr. MIGLIORATI Luigi - Iseo (Brescia).

Dr. MESSINA Cesare - Malegna (Brescia).

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

(331) Soc. Tip. Castaldi - Via Casilina, 49 - Roma

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 gratuite* per tutti gli assicurati presso i Centri e Consultori dell'I.N.A.:

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

2) *Esame dell'espettorato.*

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

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

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

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

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

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

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

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

11) *Esame del sangue: per la reazione di Ide.*

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

13) *Elettrocardiogramma.*

14) *Misurazione della pressione arteriosa.*

15) *Teleradiografia del torace.*

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

D) *Consultori gratuiti per il collaudo dell'organo della vista* per tutti gli assicurati:

in *Roma*, Via Sallustiana, n. 51 (Direzione Sanitaria Centrale).

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

E) *Consultorio gratuito per il collaudo dell'orecchio, naso, gola*, per tutti gli assicurati presso il Servizio Sanitario Centrale: *Roma*, Via Sallustiana, 51.

F) *Consultorio per cure odontoiatriche* per tutti gli assicurati presso il Servizio Sanitario Centrale: *Roma*, Via Sallustiana, 51.

G) *Consultazioni gratuite di igiene* presso i Centri e Consultori dell'I.N.A. per tutti gli assicurati:

igiene dell'alimentazione;

» del lavoro;

» matrimoniale;

» del vestiario;

» della casa;

» dello sport;

» tropicale; ecc.

per la prevenzione delle malattie, specialmente infettive.

H) *Prestiti senza interessi* agli assicurati con polizze ordinarie e collettive che debbono

sottoporsi ad operazioni di alta chirurgia, per la somma occorrente a pagare le relative spese, debitamente comprovate (Mod. S. S. 59).

I) **Facilitazioni presso medici specialisti**, per cure oculistiche, per cure otorinolaringoiatriche, per cure odontoiatriche.

I sanitari di cui all'elenco che segue concedono agli assicurati con polizze ordinarie e collettive la riduzione del 30 % sugli onorari individuali fissati dal Sindacato Provinciale Fascista dei Medici.

L) **Facilitazioni presso Ospedali e Case di cura**: vedi elenco che segue.

M) **Facilitazioni presso Stabilimenti Termali**: vedi elenco che segue.

N) **Pubblicazioni di medicina preventiva e d'igiene**:

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

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

3° *Igiene della vita coloniale*, del Prof. 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. (sospeso fino alla riapertura delle scuole).

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., 2° e 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.

Tivoli (Consultorio), presso l'Agenzia Principale, Via S. Croce, Palazzo Conversi, 1° e 3° giovedì 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 prelevato a digiuno, con l'aggiunta di alcuni gra-

nellini 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, cacao, 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 senza alcuna aggiunta di prodotti anticoagulanti, tranne per la glicemia (V. sopra).

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. Cairoli - 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. CHIMENTI, V. Trento - Dr. F. LOFFREDO, V. Isonzo.

CREMONA

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

CUNEO

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

ENNA

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

FERRARA

- (1) *Ferrara*: Dr. A. CAVALLARI, Largo Castello - Dr. G. FINI, Corso Giovacca, 3 - Dr. D. MORI, V. Cortevicchia, 3 - Dr. A. TESI, V. Palestro, 21 - Dr. G. TESI, V. Palestro, 21.
 (3) *Ferrara*: Dr. A. MANFREDI, V. Borgoleoni, 122 - Dr. E. MURATORI, V. Palestro, 62.
 (2) *Ferrara*: Dr. S. CECCOLI, Vicolo del Teatro, 2 - Dr. M. VERZELLA, Corso Porta Mare, 11.

FIRENZE

- (1) *Firenze*: Dr. V. ARNONE, V. Pandolfini, 26 - Dr. A. CITELLI, Lung'Arno Acciaiuoli, 22 - Dr. G. PUTTI, V. dei Servi, 6 - Dr. C. RAMONINO, V. Vecchietti, 9 - Dr. S. CALAMARI, V. Della Pergola, 14-bis.

FOGGIA

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

FORLÌ

- (1) *Forlì*: Dr. G. VESPIGNANI, Corso Garibaldi - Dr. A. BRIGANTI, Capitano 2° Fanteria - Dr. A. CASALI, Corso Garibaldi.
Rimini: Dr. E. LAZZAROTTO - Dr. L. PEDRAZZI - Dr. R. PELOSI.
 (2) *Forlì*: Dr. P. MARCHINI, Corso A. Diaz - Dr. O. SANTONOCETO, V. Giovanni dalle Bande Nere.
 (3) *Forlì*: Dr. F. SEGANTI, V. Madenti.

GENOVA

- (1) *Genova*: Dr. G. MORIANI, P. Corvetto, 1/4.
Cornigliano: Dr. G. TRAVAGLINI, V. Garibaldi, 13.
Genova: Dr. F. PUPPO, Salita S. Caterina, 1/2.

GORIZIA

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

GROSSETO

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

IMPERIA

- (1) *Imperia*: Dr. R. AMORETTI, V. Alfieri, 18 - Dr. O. DE VECCHI, V. del Monte - Dr. A. LATRONICO, V. Berio, 5 bis - Dr. C. MURA, Corso Dante, 2 - Dr. A. NATTA, V. Gandolfo, 1.

- Bordighera*: Dr. E. BUFFA, V. Sant'Antonio - Dr. I. DEL BOCA, V. Vittorio Emanuele.
Sanremo: Dr. E. GISMONDI, V. Vitt. Emanuele, 11 - Dr. G. ELENA, V. Carli, 1.
Ventimiglia: Dr. G. BUONSIGNORE, V. Roma, 7 - Dr. F. UGOLINI, V. Cavour, 51.
 (2) *Imperia*: Dr. M. ODISIO, V. G. Berio, 9.
Oneglia: Dr. G. GRIVA.
Sanremo: Dr. G. GRIVA, V. Vitt. Emanuele, 18 - Dr. M. ODISIO, V. Vitt. Emanuele, 8.
 (3) *Bordighera*: Dr. E. VERDUN, V. Vitt. Emanuele, 8.
Sanremo: Dr. M. DE MARCHI, V. Vitt. Emanuele, 18.
Ventimiglia: Dr. E. VERDUN, V. Vitt. Emanuele, 18.

LIVORNO

- (1) *Livorno*: Dr. I. CAPITANI, Scali Ugo Botti, 2 - Dr. O. CASAGNI, V. Magenta, 8 - Dr. C. QUARANTORSI, V. Enrico Mayer, 18.
Portoferraio: Dr. A. LAGHI.
 (2) *Livorno*: Dr. M. PARDUCCI, V. del Fante, 3.
 (3) *Suvereto di Livorno*: Dr. L. 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) *Foligno*: Dr. G. BIONDI.
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. Coimm. P. PAGGI, V. Paleocapa, 3 - Dr. G. VETRANA, V. Guidobono, 30.

SIENA

(1) *Sienna*: Dr. P. MARZANO, V. di Città 3.

(3) *Sienna*: Dr. Prof. L. BELLUCCI.

SONDRIO

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

TARANTO

(1) *Taranto*: Dr. V. BARBARO, Corso Umberto - Dr. F. MONTANARI, P. G. Bruno, 33 - Dr. C. SANTOSTASI - Dr. N. VITANTONIO, Corso Umberto.

(2) *Taranto*: Dr. V. CARDUCCI, V. D'Aquino - Prof. Dr. A. MARICOSCI, V. di Palma - Dr. R. MARINOSCI, V. Regina Elena, 33. - Prof. Dr. 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. PISSARELLI, 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. Mar-

co Polo, 19-bis - Dr. A. FERRERO, V. Goito, 6
- Dr. G. LEALE, Corso Oporto, 5 - Prof. Dr. A. MALAN, Corso Oporto 40 - Dr. P. T. MANCINI, V. Plana, 11 - Dr. C. MEANO, V. Della Rocca, 6 - Prof. Dr. G. PINAROLI, Corso Vittorio Emanuele, 82 - Dr. PRECERUTTI-TAPPARELLI G., Via Principe Amedeo, 29 - Dr. C. VASSIA, V. Santa Chiara, 20.

TRAPANI

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

TRENTO

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

Arco: Dr. E. Pernecher.

Levico: Dr. F. Caliani.

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

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

(3) *Trento*: Prof. Dr. G. GARBINI, Via Roma, 37 - Dr. D. MAESTRANI, Via Rosmini, 25 - Dr. Cav. G. MAFFEI, Via Oss. Mazzurana, 16.

TREVISO

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

TRIESTE

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

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

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

UDINE

(1) *Tolmezzo*: Dr. P. CANDUSIO, P. XX Settembre.

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

(3) *Udine*: Dr. F. PELLIZZO, V. Riviis, 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. SAGRAMOso, 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.

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 soni 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.

Stabilimenti di cura che accordano facilitazioni ai nostri assicurati

Cliniche, ospedali, case di cura, poliambulanze ed istituti vari

Località	Nominativo	Facilitazioni	Località	Nominativo	Facilitazioni
ABBAZIA (Fiume)	Casa Dr. Howart	30 e 50%	NAPOLI	Casa Grimaldi e Principe - Piazza Gesù e Maria, 24	30%
BOLOGNA	Osp. « B. Mussolini » dell' I. N. F. A. I. L.	20%, 1 ^a e 2 ^a cl. 10%, 3 ^a cl.	PALERMO	Clinica Prof. Arnone - Via Ugdolena, 2	30%
	Casa « La Policlinica - Umberto I »	30%		Casa « Noto »	30% retta 20% interventi e ricerche
	« Villa Rosa » - Via Castiglione, 103	30%	PALLANZA (Novara)	« Villa Panorama » (cure Arnaldi)	25%
	« Villa Verde » - Via S. Mamolo, 45	30%	PAVIA	Casa Prof. E. Morelli - Piazza XXIV Maggio	30%
BRESCIA	Poliambulanza - Piazzale Garibaldi	25 e 30%	PIACENZA	Casa « Piacenza »	20%
CAGLIARI	Casa Prof. G. Baggio - Piazza S. Benedetto	30%	REGGIO EMILIA	« Villa Ida » - Prof. Dr. G. Zironi	30%
CALTANISSETTA	Casa Dr. Ballati	30%	ROMA	Osp. S. Galligano (dermosifilopatico)	diaria 30,50
CATANIA	Istituto Medico del Lavoro - Via De Felice, 37	ass. popolari L. 10 visita annuale		Ist. « Regina Elena » (tumori)	» 35 —
CATANZARO	Ist. clin. diagnost. fisioter. Dr. G. Mazza - Via Duomo	30%		Clin. Odontoiatrica R. Univ.	20%
COMO	Ist. Cardiol. Prof. G. Galli - Via Volta 46	10%		Guardia Ostetrica permanente E. Pestalozza	50, 30, 20%
COSENZA	Casa Catalani - Villa Amelia	30%		Casa « Immacolata Concezione » (artrite, sciatica e reumatismi) - V. Pompeo Magno, 14	50% ambulanza 1 ^a cl. L. 50 retta 2 ^a » » 40 » 3 ^a » » 25 »
GENOVA	Policlinico del Lavoro - Via Benedetto XV	ass. popolari L. 10 visita annuale	S. PELLEGR. TERME (Bergamo)	Casa Dr. M. Quarenghi	20 e 25%
	Ist. Inalazioni Dr. B. Oxilia - Via XX Settembre 1-2	30%	S. SEVERO (Foggia)	Clin. Troiano - V.le Stazione	30%
MESSINA	Ist. terapia fisica Dr. G. Spagnolio - Piazza Stazione	30%	TORINO	Ist. Med. preventiva - V. delle Orfane, 8	40%
MESTRE (Venezia)	Osp. Civ. « Umberto I »	10 e 20%		Clin. malattie professionali - R. Università	ass. popolari L. 11 visita annuale
MILANO	Casa « Villa Porpora » - Via E. Carpi 30	30%		Istituto terapia octonica - Corso Oporto 10	35%
MODENA	Casa Prof. Marchetti - Via Giardini 20	30%		« Villa Maria » - Villa della Regina, 14	30 e 40%
	Casa « Berti »	30%	TREVISO	« Villa Bianca » - Prof. A. Grollo	30%
NAPOLI	Sanatorio « C. Forlanini »	30% diaria L. 20	TRIESTE	Casa di Duttogliano	20 o 10%

Cliniche specializzate e case di cura

Ostetricia e ginecologia			Neurologia		
BARI	Clinica Prof. D'Ercchia - Via M. Signorile, 2	30%	PADOVA	Casa « La Salutare » (località Altichiero)	20%
CAGLIARI	Casa B. Salvatore	30%	Otorinolaringoiatria		
ROMA	Guardia permanente « E. Pestalozza »	50, 30 e 20%	TREVISO	Casa Prof. P. Brisotto - Ponte Garibaldi	30%
			Malattie polmonari		
			MIAZZINA (Novara)	Casa « Eremo »	15 e 30%

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 - solo - solfo - calciche a 87° C. - Fanghi.	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti - Nevriti	Hotèl Trieste e Vittoria: 20% su cure - 10% pensione - Due Torri: 50% visita med. - 25% cure - 20% pensione - Morosini: 18% pensione C. B.
ACQUA SANTA (Ascoli Piceno)	Acque clorurate - sodiche - solfuro termale - Fanghi - Inalazioni.	Artriti cr. - Mal. ricambio, pelle, respiratorie.	25% Grotta sudatoria e fanghi - 50% Bagni.
BOGNANCO (Novara)	Acque bicarbonate 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.
CASTEL S. PIETRO (Bologna)	Acque salso-iodiche, clorurato-sodiche, ferruginose.	Artiti affezioni ginecologiche, respiratorie, linfatismo.	30% sulla tariffa in vigore.
CASTROCARO (Forlì)	Acque salsobromoiodiche .	Artrite - reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio Rinofaringiti.	25% su tariffe (Categ. B).
CHIANCIANO (Siena)	Acque bicarbonato - solfato - calcico - magnesiche. Bibita, bagni, fanghi.	Affezioni vie biliari - Disfunzioni epatiche - Ipertensione (balneoterapia).	10% sugli abbonamenti alle bibite e bagni 1ª e 2ª classe (per forme popolari anche 3ª classe)
CIVITA VECCHIA (Roma)	Acqua solfato calcica . . .	Reumatismi - Malattie del ricambio, ginecologiche.	20% su tariffe giornaliere in vigore.
FIUGGI (Frosinone)	Acque oligometalliche-radioattive.	Diatasi uricemica - Calcolosi reno-vescicale - Gotta - Cistopielite.	30% su tariffe.
LEVICO (Trento)	Acque arsenico ferruginose solforiche. Bagni.	Anemie - Cloroadinamie - Linfatismo.	Pol. ord. e collettive 10% su tariffe.
LIVORNO (Acque della Salute)	Acque iodo-clorurate - 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 34° - Bagni, fanghi.	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	20% su tariffe.
MONTECATINI (Pistoia)	Acque clorurato-sodiche - Fanghi vegeto - minerali - Bagni.	Stitichezza - Epatopatie cr. - colecistiti.	10% su tariffe (aprile-luglio e ottobre-novembre).
MONTEGROTTO T. (Padova)	Acque clorurato-sodiche-solfocalciche a 85° C - Fanghi naturali vulcanici.	Artrite - Reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	Terme preistoriche: 20% 1ª classe - 15% 2ª e 3ª classe su cure, pensione, visita medica, ecc.
PORRETTA (Bologna)	Acque salsobromoiodiche clorurate sodiche - solfuree.	Stitichezza - Epatopatie cr. - colecistiti.	20% ingressi stabilimenti - 25% sulle cure.
POZZUOLI (Terme puteolane) (Napoli)	Acque clorurato-bicarbonato-sodiche - Fanghi radioattivi.	Reumatismi e artriti scrofolosi - Mal. ricambio - Postumi di fratture.	25% sulle tariffe.
RECOARO (Vicenza)	Acque ferruginose e carbonatiche.	Anemie - Cloroadinamie - Linfatismo.	25% sulle tariffe.

Località	Qualità fisico-chimiche delle acque e fanghi	Malattie per le quali si consiglia la cura	Facilitazioni concesse
SALSOMAGGIORE . (Parma)	Acque 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 <i>Porro e Valentini</i> .
S. OASCIANO B. (Siena)	Acque solfato - calcico - carboniche, da 30 a 45° C. - Fanghi vegeto-minerali caldi	Stitichezza - Epatopatie cr. - Colecistiti.	30% su tariffe 1ª classe - 50% su tariffe 2ª classe.
S. PELLEGRINO (Bergamo)	Acque bicarbonato- odico calcico-magnesiache a 22° C.	Ipercloridria - Atonia gastrica - Gastroenterite cr.	25% sulle tariffe.
S. CESAREA . (Lecce)	Acqua solfocarbonato calcica a 33° C. - Fanghi veg. min.	Artrite e reumatismi cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti.	Ass. pol. ord. e coll. - 25% sulle tariffe.
SARDARA . (Cagliari)	Acqua bicarbonato sodica a 50° - 58° - 68° C.	Ipercloridria - Atonia gastrica Gastroenterite cr.	25% sulle tariffe.
SCIACOA . (Agrigento)	Acqua cloruro sodica calcica magnesiaca.	Mal. artritiche - Ricambio - Traumatiche - Ginecologiche.	20% sulle tariffe.
SCRAGO EQUENSE . (Napoli)	Acqua salino sulfurea .	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	25% - 20% - 15% sulle tariffe.
TERMINI IMERESE (Palermo)	Acque clorurato-sodiche-ter- mali-radioattive.	Reumatismo - Artrite cr. - Nevralgie - Gotta.	15% su pensione di L. 30 - 25% su bagno e stufa.
TRESCORE BAL- NEARIO (Bergamo)	Acqua clorurata sodico cal- cica - Bagni.	Ipercloridria - Atonia gastrica Gastroenterite cr.	25% sulle tariffe e 50% su tasse di ammissione.

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

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

ISOLE ITALIANE DELL'EGEO

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 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

(331) Società Tipografica Castaldi - Roma, Via Casilina, 49 - Tel. 70.409

LE PROBABILITÀ DI SOPRAVVIVENZA E LA NECESSITÀ DELL'ASSICURAZIONE-VITA

La seguente tabella, dedotta da dati ufficiali, indica le sopravvivenze che si verificano su ogni mille maschi al termine dei dieci anni successivi ai singoli gruppi di età qui indicati.

Età iniziale	Su ogni 1000 maschi risultano sopravvivenuti al termine del periodo di 10 anni
ANNI 25	955 INDIVIDUI
ANNI 30	949 INDIVIDUI
ANNI 35	939 INDIVIDUI
ANNI 40	924 INDIVIDUI
ANNI 45	900 INDIVIDUI
ANNI 50	862 INDIVIDUI

Questo piccolo prospetto che, come un cronometro, segna, in poche cifre, il fatale scendere della sopravvivenza proprio nei periodi che sono i più redditizi per il lavoro umano, perchè corrono fra i 25 e i 60 anni di età, deve farci seriamente riflettere quando lo mettiamo in rapporto ai nostri doveri di capi di famiglia e quindi di cittadini coscienti.

Ma se traduciamo queste indicazioni di sopravvivenza nelle corrispondenti cifre di mortalità, la dimostrazione risulta ancora più evidente e le nostre riflessioni si fanno più meditative. Ecco il prospetto:

Età iniziale	Su ogni 1000 maschi muoiono nel periodo di 10 anni successivo
ANNI 25	45 INDIVIDUI
ANNI 30	51 INDIVIDUI
ANNI 35	61 INDIVIDUI
ANNI 40	76 INDIVIDUI
ANNI 45	100 INDIVIDUI
ANNI 50	138 INDIVIDUI

Sono queste indicazioni fredde, schematiche, che rappresentano il risultato di calcoli matematici e non ammettono illusioni. E allora tutte le persone assennate devono sentire un dovere solo: provvedere alla migliore tutela economica di propri cari per il caso che la morte le cogliesse anche nel periodo più fiorente della loro attività.

A tal fine soltanto l'assicurazione sulla vita può dare le più ampie garanzie di sicurezza, tanto più quando il padre di famiglia affidi i suoi risparmi assicurativi

ALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

le cui polizze sono anche garantite dallo Stato e costano sensibilmente di meno per la partecipazione degli assicurati agli utili dell'Azienda.

L'Istituto offre inoltre ai previdenti tante e così svariate forme di assicurazione, sempre con la copertura del rischio di morte, che ognuno, sia operaio o impiegato, artigiano o professionista, trova sempre fra esse quella perfettamente aderente alla sua condizione sociale ed alla situazione della sua famiglia.

ESEMPIO

Un professionista di anni 30 è ammogliato e ha già due figli in tenerissima età; guadagna bene, ma tuttavia è assillato dal pensiero di poter venire a mancare prima di aver potuto accumulare un capitale a favore della sua compagna e dei suoi bimbi.

Per sottrarsi a quest'ansia, che turberebbe la tranquillità della sua vita, stipula con l'Istituto un contratto d'assicurazione per

CENTOMILA LIRE

nella forma « Mista » con durata di anni 25, impegnandosi a corrispondere un premio annuo di L. 3.350, che si riduce a L. 3.149 per la partecipazione agli utili.

Al termine del venticinquesimo anno ritirerà egli stesso, se in vita, il capitale assicurato, ma se per sventura venisse a mancare anche entro il primo anno di contratto, i suoi cari riceverebbero immediatamente in contanti l'intera somma assicurata di L. 100.000.

Questo esempio dimostra eloquentemente quanto siano grandi i benefici derivanti dalla previdenza assicurativa. Tutti coloro che amano la propria famiglia devono valersene per tutelarla e soccorrerla in ogni evenienza.

Per informazioni e chiarimenti rivolgersi alle
AGENZIE DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI





Corporate Heritage
& Historical Archive