

L'ASSISTENZA

SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno IX
Numero 2
5 Aprile
1940. XVIII
Spedizione in abbonamento postale - Roma

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



Corporate Heritage
& Historical Archive

CONTINUA L'EMISSIONE DELLE POLIZZE DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI ABBINATE AI BUONI NOVENNALI DEL TESORO 1949

I cospicui premi riservati agli assicurati

La sottoscrizione ai Buoni Novennali del Tesoro 5% 1949 si è chiusa — con brillanti risultati — il 26 febbraio u. s. Molti cittadini non hanno potuto per ragioni varie, il più delle volte indipendenti dalla loro volontà, partecipare, nei termini e nelle forme stabiliti dalla Legge 4 febbraio 1940-XVIII, a questa grande e patriottica operazione finanziaria.

Non devono impensierirsi, perchè le loro adesioni possono essere ancora raccolte dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni col mezzo di due speciali polizze: l'una *ordinaria* e l'altra *popolare*.

Ecco le caratteristiche di tali polizze:

POLIZZA ORDINARIA

- 1° l'assicurato deve sottoporsi a visita medica, a meno che il capitale della polizza sia limitato a L. 15.000;
- 2° la polizza ha la durata di otto anni e quindi le quote-premio dovute dall'assicurato sono otto, da pagarsi annualmente;
- 3° alla polizza saranno collegati dall'Istituto tanti Buoni del Tesoro Novennali 5% 1949 a premi, corrispondenti ciascuno al valore nominale di L. 500, fino a concorrenza del capitale assicurato: i numeri di ciascun Buono saranno iscritti nella polizza, in modo che ogni assicurato potrà seguire le estrazioni e sapere subito se è vincitore di un premio;
- 4° qualora i Buoni sottoscritti con la polizza vengano sorteggiati nelle estrazioni periodiche dei premi dovuti dallo Stato, i premi stessi saranno versati al contraente;
- 5° in caso di morte dell'assicurato prima del termine contrattuale, l'intero capitale sottoscritto sarà immediatamente pagato a chi di diritto in Buoni del Tesoro Novennali 5% 1949: e cessa l'obbligo di versamento dei premi.

POLIZZA POPOLARE

- 1° l'assicurato non deve sottoporsi a visita medica;
- 2° la polizza, che è a taglio unico di L. 500, ha la durata di otto anni e i premi sono da corrispondersi trimestralmente durante questo periodo, quindi in *trentadue rate*;
- 3° alla polizza sarà assegnato dall'Istituto un Buono del Tesoro Novennale 5% 1949 a premi corrispondente al valore nominale di L. 500;
- 4° se il Buono sottoscritto con la polizza sarà sorteggiato nelle estrazioni periodiche dei premi dovuti dallo Stato, il premio stesso sarà versato al contraente;
- 5° in caso di morte dell'assicurato prima del termine del contratto l'intero capitale sottoscritto sarà immediatamente versato a chi di diritto in Buoni del Tesoro Novennali 5% 1949: e cessa l'obbligo di pagamento dei premi.

Inspirandosi ai nobili principi della collaborazione fascista, alcuni datori di lavoro hanno voluto che tutti i loro dipendenti figurassero fra i partecipanti alla nuova grande gara del risparmio nazionale, ed a tale scopo hanno scelto la forma previdenziale, offrendo spontaneamente il più largo contributo finanziario. Segnaliamo

A TITOLO D'ONORE

la Ditta « Gestione G. Grani & C. » di Roma, che ha deliberato di assegnare ad ogni suo dipendente — quale premio di lavoro — una polizza popolare da L. 500 abbinata, come sopra descritto, alla sottoscrizione dei Buoni Novennali del Tesoro 5% 1949, impegnandosi a pagare fino a scadenza i premi dovuti all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni;

lo Stabilimento d'Arti Grafiche Salomone, che si assume il pagamento delle prime due trimestralità di premio;

la Soc. An. Magazzini allo Statuto, che si assume il pagamento della prima trimestralità di premio, impegnandosi a trattenere ai propri dipendenti l'importo della sottoscrizione fatta;

lo Stabilimento Tipografico Staderini, che si assume il pagamento della prima trimestralità di premio.

Altre Aziende stanno per seguire questi nobili esempi, e noi non mancheremo di segnalarle al pubblico.



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. CLAUSI-SCHETTINI, Gli ormoni 55
 b) Rassegna di articoli d'igiene . 61

2. Notiziario 62

Le comunicazioni di medicina A. V. alla III Assemblea Nazionale . 67

3. Studi e ricerche di medicina delle Assicurazioni Vita:

- a) Dott. M. BIASIOTTI, Valore prognostico della uricemia nelle nefropatie croniche 72
 b) Dott. T. CICU, Tubercolosi renale - Esiti lontani della nefrectomia in rapporto all'A. V. 78
 c) Dott. M. ANDREUCCI, La pressione arteriosa nei tubercolosi 81

4. Indagini di Statistica Medica:

Dott. P. CIATTI, Costituzione e gentilizio 86

5. Dalle riviste che riceviamo in cambio 88

6. Semeiotica di Medicina delle Assicurazioni Vita:

Dott. A. STARNA, Alcuni elementi di otoscopia 94

7. Dai Libri e dai Periodici . . . 97

8. Pubblicazioni ricevute 102

9. Vuoti nelle file dei nostri fiduciari 104

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

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

Consigli agli assicurati

GLI ORMONI

“Parva favilla gran fiamma secunda”

Circolano nel sangue in quantità infinitesime, eppure sprigionano arcane forze modellatrici che di un'argilla inerte, fragile ed immota fanno la bellezza più alta e perfetta: umano sorriso di Dio che si esalta su di una vetta terrena.

Come nel cosmo così nell'organismo umano esiste « l'unità del molteplice e l'armonia dei contrasti » intuite dai medici e filosofi antichi, e Democrito ammoniva che « l'armonia sta nel giusto equilibrio delle opposte forze e delle loro affinità ».

Nell'organismo umano si svolge infatti un incessante conflitto fra impulsi nervosi che accelerano o inibiscono, fra cariche elettriche di opposto segno, fra corpi chimici di opposta reazione, fra sostanze ormoniche di opposte tendenze. Nasce così la regolazione nervosa e chimico-ormonica della vita nella cui armonia sta il sorriso dell'aurora, la luce del meriggio, la serenità del tramonto, la gioia della salute, la fiamma mobile e vivace dell'esistenza, la bellezza delle forme e la possanza della psiche. L'individualità in tal modo si cesella nell'armonizzazione della personalità psichica con quella somatica, cioè del corpo, e l'equilibrio di quest'ultima consente alla coscienza di elaborare in una pienezza di attività le impressioni della materia che vibra e che vi desta una risonanza molteplice di associazioni e di emozioni in una trasfigurazione della vita universale fatta di idee e di pensiero. Quando l'equilibrio è rotto la personalità psichica tace o si affievolisce, come tace fisiologicamente nel sonno e nell'infanzia.

Se un poeta affisasse la sua attenzione sull'attività meravigliosa degli ormoni ne farebbe certamente la canzone della vita e il sostrato di tutte le bellezze e di tutte le passioni. E forse il medico che volesse scrutare il mistero della carne che si fa anima molte volte troverebbe in questi lieviti che fermentano nel sangue, in questi impulsi che gorgogliano con prepotenza nel cuore la chiave del dilemma entro il quale l'umanità da secoli si dibatte tra la colpa e la follia.

Non si può negare l'influenza degli stimoli che partono dalla carne sulla psiche dell'individuo come non si possono negare le situazioni abnormi che si creano nello spirito quando sia assente l'armonia unitaria del corpo e della mente. Ma la coscienza non è schiava obbligatoria di impulsi interiori od esteriori della materia e possiede in sé una forza più alta che regola e censura nella sintesi normale dell'io completo. E' sempre un conflitto intimo non sempre avvertito, come un automatismo educativo od ereditario che non affiora al limite del cosciente, nel quale l'anima trova la serenità della vita o il dramma intimo che alcune volte travolge in un impeto che le forze coscienti non hanno represso.

Ecco dove spesso si trovano le origini del dramma quando questo non sorga tumultuoso e martellante nello spirito da fattori che non fanno parte di questa unilaterale visione. L'arte spesso ritrae e trasfigura questi vari aspetti e troviamo allora, come nella storia dell'antica sapienza ellenica, Fidia che esalta

la bellezza ed Eschilo e Sofocle che scendono nei tragici abissi dell'anima umana.

Armonia, simmetria, misura sono dunque le leggi cui obbediscono lo sviluppo e l'affermazione del corpo umano nella sua unità completa plastica e spirituale; e nel regime delle correlazioni creative e direttive hanno larga parte gli ormoni col sistema nervoso vegetativo influenzati a loro volta da fattori vari.

Ormone è un termine che viene dal greco e vuol dire stimolo. Queste sostanze che in dosi estremamente piccole producono effetti sorprendenti sono elaborate dalle glandole a secrezione interna o endocrine, dette così perchè anzichè versare il loro secreto attraverso speciali vie di eliminazione all'esterno come per esempio le glandole sudorifere, o nel tubo gastro-intestinale come avviene per la bile prodotta dal fegato, lo versano direttamente nel sangue senza possedere una speciale via di eliminazione altrimenti detta canale escretore. La scienza che studia queste glandole e che viene detta Endocrinologia si è ormai affermata in un posto di primaria importanza fra le varie branche dello scibile medico-biologico, e nel suo « orto concluso » è penetrata la curiosità profana attratta dal sapore delle meraviglie e dei miracoli. Oggi infatti si parla e si sente parlare di ormoni e di glandole a secrezione interna come di attività organiche di magico potere, ed il pubblico profano è preso da queste rivelazioni meravigliose che hanno fatto una luce nuova su molti aspetti della vita e dell'anima umana nella fenomenologia normale e patologica.

La leggenda di Faust è sempre viva e la conquista della giovinezza è un richiamo di spente attività che si svegliano confuse quando più forte preme sul cuore l'impulso della vita che si spegne nel rimpianto. Un demone mostra a Faust il canto della vita e Voronoff mo-

stra all'uomo un germoglio di primavera.

Filtri e magie, fate e stregoni sembra che rivivano, sfrondate dalle costruzioni immaginose della credulità superstiziosa e illuminati dalla verità della scienza dell'oggi.

Daremo dunque uno sguardo superficialissimo alle funzioni delle glandole a secrezione interna per fissarle a grandi tratti, non essendo possibile descrivere in un articolo divulgativo tutti gli ormoni, tutti gli intrecci e tutte le correlazioni esistenti fra le varie glandole finora conosciute e precisati, senza tener conto poi di tutte le altre reciproche influenze che sfuggono ancora allo studioso.

Immaginate, tanto per avere un'idea accessibile, che tutto il complesso sistema endocrino sia fatto come una grande orchestra che per rendere una massa descrittiva ampia e mutevole debba creare nel contrasto armonico degli strumenti e nella mutabilità dei molteplici motivi l'armonia musicale creata dalla pura cerebralità dell'artista. Con questa immagine voi potrete rappresentare le molteplici funzioni degli ormoni che nelle loro azioni consensuali o contrastanti, ma sempre armoniche, dànno il ritmo normale della vita, a nelle loro disarmonie dànno il disordine che è malattia, imperfezione o deformità.

Consideriamo per un momento il fenomeno della crescita dalla nascita in poi. Dovete sapere che esistono due maniere di accrescimento: una in volume, in massa, in peso e l'altra in altezza, in lunghezza dei tratti del corpo, in uno slancio delle forme verso un tipo di eleganza e di snellezza. Queste due maniere, che possono anche essere considerate come fasi dell'accrescimento, si svolgono in modo quasi ritmico fin dall'infanzia, secondo una legge detta « delle alternanze ». Esiste cioè un'alternanza tra lo sviluppo del corpo in larghezza

e lo sviluppo in lunghezza, e questa legge delle alternanze può far comprendere come possano apparire variazioni o errori della evoluzione corporea che portano alla disarmonia e alla patologia.

Nei primi anni dell'infanzia prevale l'aumento di massa con pienezza corporea e obesità fisiologica di Arthaud; ma dai cinque ai sei anni la velocità di accrescimento, che era stata notevole nel primo anno e più lenta nel periodo successivo, aumenta con contemporanea magrezza. Una nuova fase di pienezza si inizia al sesto anno e va fino ai dieci anni. Da questa epoca e fino a 13-15 anni nella donna e 15-18 nel maschio comincia la fase prepubere nella quale prevale l'allungamento corporeo con magrezza fisiologica di Arthaud. Segue a questa la vera fase della pubertà, con la comparsa delle funzioni del sesso, nella quale l'organismo si consolida in massa e tende a raggiungere l'espressione completa e adulta delle forme e delle funzioni, fase di consolidazione che durerà ancora fino all'età di 25-30 anni.

Si è concretato così in un determinismo molteplice di cui esamineremo un solo aspetto, cioè quello degli ormoni, il miracolo dell'armonia e dell'unità, della plastica e della bellezza, della luce dell'anima e del corpo fuse insieme in un capolavoro non mai superato, neppure dalle vette più alte dell'Arte.

Nello sviluppo del corpo Pende distingue un'attività ritmica ed equilibrata di due gruppi ormonici di cui uno favorisce l'accrescimento in massa e l'altro lo sviluppo delle proporzioni e l'evoluzione delle forme e della psiche. Al primo gruppo appartengono il timo, il pancreas, la corteccia surrenale, le paratiroidi; al secondo appartengono la tiroide, l'ipofisi, la surrenale midollare, la glandola sessuale, per non dire di altre che trascuriamo di proposito per rendere più semplice l'argomento. Se que-

sta attività ritmica è turbata ne deriveranno disturbi dell'armonia che daranno le malattie della crescita, in parte dominabili dal medico con una appropriata terapia stimolante, infrenante o di sostituzione delle ghiandole a secrezione interna che come abbiamo visto sono disposte in due costellazioni ad azione opposta.

Eccoci dunque giunti a guardare più da vicino queste ghiandole ora menzionate e alle quali se ne aggiungerà qualche altra nel seguito di questa esposizione. Abbiamo visto che in parte si possono curare i disturbi della crescita e come possa divenire realtà scientifica la fiaba di quel ragazzo che volendo entrare al servizio di un re potente e non potendo a cagione della sua bassa statura, ricorre ad una fata che propinandogli un magico filtro gli dà l'altezza desiderata e la felicità.

L'ipofisi è una piccola glandola della grandezza di un fagiolo circa, situata alla base del cervello, ma nella sua piccolezza, come del resto le altre ghiandole, ha in sé meravigliosi poteri di stimolo che ne fanno come una immensa centrale elettrica. Sono parecchie le specie di ormoni che essa produce, e uno di questi porta la sua influenza sulle ghiandole sessuali determinandone lo sviluppo. Se manca questa azione anche le ghiandole sessuali vengono a mancare nella loro normale funzione. Questo ormone si trova in quantità particolarmente notevole nell'urina della donna gravida. Per questa circostanza l'iniezione ad animali di laboratorio dell'urina di donna gravida determina in questi un rapido aumento degli organi sessuali che non si verifica se la donna non è gravida. In tal modo fin dai primissimi giorni è possibile accertare l'esistenza della gravidanza quasi in tutti i casi. Un'altra proprietà dell'ipofisi è quella di stimolare e regolare l'accrescimento

del corpo, e nel disordine di questa funzione può nascere il nanismo per difetto o il gigantismo per eccesso.

A dare un'idea dell'intimo legame esistente tra le varie glandole accennerò una volta tanto, per non creare una inutile confusione nella vostra mente a proposito di altre glandole, che l'ipofisi anche se è la direttrice dello sviluppo e della funzione delle glandole sessuali e di altre glandole è a sua volta da queste influenzata e moderata. Ecco dove sono gli intimi consensi e i contrasti di cui ho già parlato, nell'armonia dei quali è il normale svolgimento della vita. Accanto al gigantismo si può manifestare, per eccesso ipofisario, un'altra sindrome detta acromegalia, caratterizzata dall'enorme sviluppo delle estremità: mani, piedi, testa, naso, arcate sopraorbitarie, ecc. A questo fenomeno, appena accennato e reversibile, è dovuto quell'ingrossamento dei tratti del viso che si osserva alcune volte nelle donne gravide.

Ma l'ipofisi interviene ancora nel ricambio dell'acqua, dei grassi, dello zucchero, dei sali, nel determinismo del sonno e delle alterazioni di esso, nelle manifestazioni del carattere dell'individuo, ecc. Per una alterazione dell'ipofisi può insorgere uno stato di obesità che si associa spesso a un deficiente sviluppo delle glandole sessuali e che è frequente specialmente nel sesso maschile. Il maschio assume allora forme e carattere femminili in quanto il grasso si accumula specialmente alle anche ed alle mammelle e la cute è glabra e delicata. Un'altra alterazione della secrezione ipofisaria può portare ad un quadro diametralmente opposto, cioè ad un progressivo dimagrimento, atrofia corporea e depressione psichica, detto cachessia ipofisaria.

Il diabete insipido, caratterizzato da una emissione di urina in quantità enor-

me (parecchi litri nella giornata) da sete intensa ed inestinguibile, è pure dovuto ad una alterazione ipofisaria, e le alterazioni dell'ipofisi possono anche intervenire nel quadro endocrino del diabete zuccherino. L'ormone ipofisario stimola inoltre la contrazione dell'utero, influisce sulla secrezione dello stomaco, sulla pressione arteriosa, ecc. Quanta connessione e quanta interdipendenza esistano fra ipofisi e centri nervosi non vi dico perchè superfluo nell'assunto di questo articolo.

Il timo è la glandola dell'età infantile e prepubere. Pesa circa 15-20 gr., è situato dietro lo sterno, raggiunge il suo massimo sviluppo verso il decimo anno e regredisce quando le glandole sessuali hanno assunto la loro funzione. Il timo è dunque importante solo per l'organismo in accrescimento. La deficienza di questa glandola può portare a gravi difetti della psiche fino alla stupidità, a denutrizione, ad arresto dello sviluppo scheletrico ed alterazioni delle ossa a tipo rachitico, astenia muscolare, disturbi del metabolismo del calcio. Le galline alle quali è stato tolto il timo depongono le uova prive di guscio calcareo, e gli animali stimizzati in età giovane presentano inferiorità di peso e di sviluppo di massa e vanno incontro facilmente a fratture spontanee delle ossa. Viceversa un eccessivo sviluppo del timo porta ad uno stato esagerato di nutrizione con aumento di massa, con sviluppo esagerato dello scheletro, pastosità della cute. Inoltre l'ingrandimento eccessivo di questa glandola può portare disturbi respiratori e cardiaci.

Un'altra glandola dell'infanzia è l'epifisi, o pineale, piccolo organo della grandezza di un pisello circa, situato verso la parte centrale del cervello. Contrariamente all'ipofisi questa glandola frena lo sviluppo delle glandole sessuali e si comprende perciò come essa debba

agire nell'infanzia e nei primi anni dell'adolescenza. Se manca questo freno noi assistiamo allo scatenarsi di mostruosità umane: basta l'insufficienza di una ghiandola che non pesa un grammo per togliere all'uomo la chiara serenità dell'infanzia e creare dei bambini adulti. Sono bambini questi, per fortuna rari, nei quali si assiste ad uno sviluppo precoce con comparsa di peli, di barba, con sviluppo adulto degli organi sessuali e che all'età di 5-6 anni, pur conservando relativamente le proporzioni infantili, non cercano la bambola o i soldatini di piombo come nella dolce innocenza dell'infanzia, ma presentano le tendenze fisiche e psichiche dell'uomo adulto. E' il sole di mezzogiorno che d'improvviso percuote la natura mutilata delle luci indecise dell'alba e della divina promessa dell'aurora. E se lo sguardo attonito dell'osservatore ha i riflessi del mistero, la mostruosità del disordine può ben dimostrare quanto sia grande l'Intelligenza dell'ordine nella natura.

Situate sopra i reni, a forma di cappuccio, sono altre due ghiandole che per la loro posizione vengono dette **surrenali**. Ciascuna di queste consta di due sezioni: una sezione corticale all'esterno e una midollare all'interno con funzioni diverse.

Esiste una malattia detta morbo di Addison, o morbo bronzino dal colorito bronzeo che assume la pelle, dovuta ad alterazione delle ghiandole surrenali principalmente nella loro parte corticale. Con esordio insidioso si manifesta a poco a poco un torpore fisico e psichico con facile stanchezza, mancanza di energia, dimagrimento progressivo, fino alla apatia completa e alla sonnolenza invincibile. Bastano questi sintomi per dimostrare quanta importanza abbiano le surrenali nell'organismo. Le funzioni sono molteplici e non del tutto chiarite, dalle influenze sul ricambio alle

influenze sulla pressione arteriosa. Per dirvene qualcuna, l'adrenalina che è un ormone surrenale aumenta la pressione arteriosa, mobilita lo zucchero accumulato nel fegato riversandolo nel sangue a disposizione delle cellule onde la vita prende la sua fiamma, e in quantità di frazioni di milligrammo può riaccendere il volto pallido di un individuo in collasso come può strappare alla morte una vita che sta per finire.

In ogni individuo nelle ghiandole sessuali si trovano tracce dell'ormone del sesso opposto soprafatte dagli ormoni del proprio sesso, ma quasi protette dalla corteccia surrenale. Ebbene se questa protezione aumenta, cioè se la corteccia surrenale è alterata, per esempio a causa di un tumore, possono apparire nell'individuo i caratteri del sesso opposto. Questo fenomeno è proprio quasi della donna. Quando questo demone nascosto, cioè l'ormone virilogeno, prende il sopravvento la donna perde i suoi caratteri di femminilità e assume caratteri maschili. La muscolatura si fa robusta, le mammelle e l'adiposità che modella le forme regrediscono, appare la barba, la voce e la psiche assumono caratteri maschili. La corteccia surrenale contiene dunque un ormone che nelle sue quantità infinitesime può distruggere la più bella femminilità per trasformarla, come nelle fiabe, in una mascolinità mostruosa e viceversa.

Nelle profondità della cavità addominale esiste una ghiandola ad azione complessa detta **pancreas**. Quest'organo, oltre ad avere una secrezione esterna che serve alla digestione degli alimenti, ne ha una interna che abbassa la pressione arteriosa e fornisce all'organismo la capacità di utilizzare lo zucchero. L'ormone che ha quest'ultima proprietà è l'insulina. La scoperta di questa è una delle più belle glorie della medicina ed ha segnato una vittoria nella cura del

diabete, malattia molto diffusa nella quale lo zucchero passa nel sangue senza fermarsi alle fucine cellulari e fugge per le urine quasi irridendo alla vita che intristisce e invano ha sete di fuoco e di calore.

Addossati alla glandola tiroide si trovano quattro granuletti della grandezza di un grano di riso che costituiscono le **paratiroidi**. Sono anche queste glandole a secrezione interna della massima importanza. La loro influenza nella regolazione del ricambio del calcio e del fosforo è notevole e la mancanza di esse o della loro funzione determina fenomeni di ipereccitabilità neuromuscolare che possono andare dai crampi muscolari agli spasmi dei muscoli e alle convulsioni. Si possono presentare inoltre alterazioni delle ossa, della circolazione, ecc. Dal lato psichico vi può essere debolezza mentale, depressione e facile irritabilità. Esiste pure una forma di cataratta da deficienza paratiroidea. L'aumento della funzione paratiroidea può determinare pure alterazioni delle ossa e delle articolazioni, disturbi circolatori, ecc.

Nella regione anteriore del collo, ai lati del pomo di Adamo la natura ha collocato una glandola che è l'organo della passione, il ventilatore dell'organismo, il fuoco del corpo e dello spirito: la **tiroide**. Appartiene alla costellazione delle glandole che accelerano il ricambio e ha una importanza grandissima per l'accrescimento del corpo. Se si asporta la tiroide ad un animale in accrescimento si nota un arresto dello sviluppo e la comparsa di uno stato di istupidimento. In alcune regioni alpine, dove è diffuso il gozzo endemico, esistono degli esseri infelici che sembra riassumano in sè tutte le sofferenze umane. Queste creature, cui manca la normale funzione della tiroide fino dall'epoca del primo sviluppo, sono piccoli mostri che non

hanno l'impronta umana dello spirito. Sono piccoli, magri, le ossa fragili, lo sguardo spento, la psiche assente, in uno stato di cretinismo. Ma se la deficienza tiroidea si manifesta quando lo sviluppo è avanzato o completo, insorge un'altra sindrome detta mixedema. In questo caso il ricambio si rallenta, la temperatura del corpo è bassa, la pelle è tumida, l'intelligenza è debole e tutto decade in un torpore fisico e psichico. Nella esagerata e disordinata attività della tiroide si ha invece un quadro opposto. E' il morbo di Basedow detto così comunemente ma ingiustamente perchè fu studiato prima da un italiano: il Flaiani. Questa malattia, sullo sfondo di una vibrazione intensa di tutto l'organismo, di una accelerazione del ricambio con dimagramento, e di una attività psichica mobile e vivace, può riassumersi in un grosso collo (*gozzo*) e due grandi occhi.

Esistono numerosi gli individui che, senza giungere allo stato di morbo di Flaiani-Basedow, presentano piccole note di ipertiroidismo. Ciò è frequente specialmente nell'età giovane quando la vita è tutta un fremito di impulsi e di calore. Questi soggetti vivono più dell'anima che del corpo, il quale tuttavia spesso presenta la bellezza delle forme snelle e slanciate. Essi, nella idealità della loro psiche, nella sensitività della loro anima, nei loro occhi grandi, lucidi e vivaci sui quali le lunghe ciglia e un alone scuro stendono come un'ombra di tristezza, onde a volte appare smorzata la vivacità accesa dello sguardo, rivelano la loro eccito-emotività, la loro esuberanza psico-somatica, il loro piccolo ipertiroidismo. Ecco perchè la tiroide è stata detta pure organo della passione.

In questa rapida rassegna delle glandole a secrezione interna io ho tenuto di proposito alla descrizione dei più comuni e meglio differenziati organi endocrini. A vari altri organi e tessuti è pure attri-

buita una secrezione interna, ma sarebbe troppo lungo e inutile descriverli.

Terminerò con le **glandole sessuali** che nella grande orchestra ormonica delle sinergie e dei contrasti, mai isolate, ma sempre in un collegamento intimo e indispensabile con le altre glandole, regolano l'armonia del corpo e della mente e un magico filtro riversano nel sangue donde una forza arcana si sprigiona che accende le luci più belle dello spirito su di una misera argilla che ne è sommersa. Nasce così dall'egoismo silente e mascherato l'altruismo più nobile e sublime nella dedizione assoluta dell'amore che congiunge e illumina la vita nella catena eterna delle generazioni infinite. Quando questa nuova fiaccola si accende nuovi impulsi trasformano l'adolescente, e la fanciulla, semplice ed inerte, si affaccia all'orizzonte splendente della donna. L'abbozzo dell'uomo è già avviato e la femminilità nel suo piccolo e pur grande mistero è nata e s'avviluppa nel groviglio mutevole e fascinoso di un'anima di donna. Poi tutto decade, e gli ormoni col tutto, e la serena vecchiaia è l'ultimo dono della vita, la luce pacata del tramonto che ha pure le sua grande poesia, lontana ormai dalle luci del giorno impetuose e intense.

Per quanto alcuni vedano anche nell'uomo un periodo climaterico, questa decadenza è segnata invece nella donna da una serie ben distinta di disturbi detti appunto del climaterio o della menopausa. Questi consistono principalmente in un cambiamento dell'umore, in palpitazioni cardiache, vampate al viso, accumulo di adipe, qualche volta accenno alla comparsa di qualche carattere maschile come lo sviluppo di pelosità.

Ho detto che in ogni individuo esiste una traccia dell'ormone del sesso opposto, che specie nella donna può prendere il sopravvento. Questo si può avere anche per un tumore dell'ovaio e allora si

assiste alla trasformazione mascolina della donna come sopra è stato descritto a proposito delle glandole surrenali.

Abbiamo così dato uno sguardo rapido e sommario alle meravigliose influenze che gli ormoni esercitano sulla vita dell'uomo dall'alba al tramonto ed agli intimi intrecci esistenti fra corpo e psiche nei confini indecisi di una regolazione neuro-ormonica della personalità intesa nella sua espressione completa psico-somatica. Ma se tutti sappiamo di che argilla siamo fatti nessuno può negare che questa può essere soffocata dalla coscienza superiore, quando turbinata nel subcosciente come folla di istinti bassi ed amorali. La psicoanalisi ha rivolto lo sguardo alle profondità dell'animo umano e molte cose ha visto anche se ha esagerato.

Per il psicoanalista alla base di ogni tendenza, di ogni attività umana sta l'elemento sessuale primitivo, arcaico, fondamentale più o meno trasformato, che vive nel subcosciente come desiderio indefinito animatore di una sfera di vicende obliate, di emozioni passate o di idee scomparse. Ma alla soglia della coscienza, quando questa tendenza confusa affiora è l'« Io » morale che censura e reprime. Allora da un desiderio confuso, che Freud chiama passione o libido, l'anima passa alle nobili altezze dell'amore, dell'Arte, dell'ideale: e il desiderio diventa amore materno e la passione diventa opera d'arte. Avviene così la « sublimazione » e la carne si fa anima e si purifica.

In una visione artistica che sorge dalla passione Wagner trova il « Tristano » e si sublima di fronte alla bellezza di Matilde Wesendonk.

Corpo e psiche: eterno binomio nel quale il medico scruta per conservare e rendere al suo simile il benessere fisico e spirituale.

Dott. MARIANO CLAUSI-SCHETTINI

BASSEGNA DI ARTICOLI D' IGIENE

Viva Cien Anos, vol. VIII, n. 5, dicembre 1939,
Buenos Ayres.

Dr. G. GRASSO, *Muscolo e cervello.*

Questi due elementi che costituiscono i fattori fondamentali della vita di relazione sono a torto considerati da alcuni come antagonisti; al contrario noi dobbiamo sforzarci secondo dimostra l'A. affinché essi collaborino a vicenda nel nostro corpo per un maggior rendimento del nostro lavoro e per il mantenimento di ogni attività umana. St.

Dr. R. KEHL, *La discendenza dell'alcoolista.*

L'A. ricorda come già nella Bibbia vengono previsti danni alla prole degli intemperanti; d'altra parte le statistiche che egli riferisce dimostrano come l'alcoolismo abbia mietuto nei passati decenni molte vittime tra i figli degli alcoolizzati. Fortunatamente le norme di igiene, le pratiche sportive ed il maggior senso di dignità nelle nuove generazioni ha molto diminuito il danno provocato dall'eccesso dell'alcool. St.

Dr. F. FRENEAU, *Perchè bollire il latte pastorizzato?*

Nonostante sia ormai generalizzato l'uso della pastorizzazione bisogna riconoscere che quando non si possiede la certezza assoluta che la pastorizzazione sia stata praticata con molto scrupolo il latte può non essere sterilizzato dalla temperatura raggiunta o venire inquinato dai recipienti in cui viene travasato è consigliabile la bollitura usuale. L'A. riferisce indagini eseguite dagli uffici di igiene di molte metropoli del sud America che confermano come il latte pastorizzato attualmente in commercio presenta dal 20 al 50% dei casi un inquinamento batterico. St.

Gesundheitsdienst, Berlino febbraio, 1940.

Dr. HASSE, *L'abito di protezione nel lavoro.*

L'abito di protezione nel lavoro deve offrire difesa:

- 1) al corpo contro le influenze climatiche,
- 2) contro altri agenti, quale sporcizia, polvere, umidità, scottature, ecc.,
- 3) ai vestiti della persona contro l'inquinamento,

4) all'oggetto di lavoro contro le secrezioni ed esalazioni del corpo umano.

L'abito di protezione deve inoltre rispondere ai seguenti requisiti:

1) non limitare la traspirazione più del necessario,

2) garantire la necessaria ventilazione del corpo per irradiazione, conduzione ed evaporazione del sudore,

3) permetterne la pulizia senza la perdita delle proprietà difensive,

4) non impedire la libertà dei movimenti.

Su.

Prof. SCHREUS, *Affezioni cutanee professionali.*

Tra queste le più frequenti sono gli eczemi specie alle mani per il contatto con sostanze caustiche; essi possono essere evitati calzando guanti; vi sono però eczemi di ipersensibilità e allora non vi è altro rimedio se non quello di evitare assolutamente dette sostanze cambiando mestiere. Su.

Prof. SCHOEN, *Affezioni polmonari professionali.*

Alcune categorie di lavoratori sono soggette ad affezioni polmonari per il continuo contatto con gas (ammoniaca, acido nitrico, fosfene), con polveri (scalpellini), con germi sospesi temporaneamente nell'aria (medici, infermieri di tubercolosari), ecc., cosicchè possono ricevere gravi danni nell'apparato respiratorio. Si impongono mezzi di difesa, come maschere, mezzi che non facciano sollevare la polvere e visite periodiche per arrestare i mali all'inizio. Su.

Il medico naturalistico, Fasc. 2, ottobre 1939, Varna.

Sommario: *Il bagno nel semicupio - L'allopattia e la cura naturalistica - Come si fanno gli esercizi di stomaco - Bagni di cura con residui di fieno - Cura dei foruncoli e flemmoni - Il thè per calmare i nervi - I bruciori della lingua.*

Sommario: *Cura naturalistica in quadri - Bagno a vapore popolare - Confronto tra l'allopattia e la cura naturalistica nel cardiaco - Come si fa la ginnastica per la cura dei piedi - Aglio come medicina - Bagni di cura con decotti di erbe - I frutti come alimento.*

Notiziario**Capitali dei contratti sinistrati per morte esaminati dal Servizio Sanitario dell' I. N. A.**

PORTAFOGLI	Nel quinquennio 1934 - 1938	Nell'anno 1939	TOTALE sessennio 1934-39
Assicuraz. Ordin. e Collett. C. V. M.	274.870.988	58.955.973	333.826.961
Assicuraz. Ordin. e Collett. S. V. M.	31.510.217	11.083.586	42.593.803
Popolari	29.756.694	11.036.885	40.793.579
Cessioni legali (quota Istituto) . .	67.084.316	13.412.924	80.497.240
	403.222.215	94.489.368	497.711.583

La Sessione invernale del Comitato Medico Consultivo.

Nei giorni 28 e 29 febbraio 1940-XVIII in Roma, nei locali della Unione Italiana di Riassicurazione in Piazza S. Bernardo n. 1 hanno avuto luogo 4 riunioni del Comitato Medico Consultivo per discutere il seguente

Ordine del giorno:

- 1) L'ulcera gastro-duodenale in Assicurazione Vita (relatore Dott. Mariano Clausi-Schettini).
- 2) La garanzia del rischio di invalidità in Assicurazione Vita (relatore Dott. Alberto Starna).
- 3) La valutazione dei traumi cranici in Assicurazione Vita (relatore Dott. Mariano Clausi-Schettini).
- 4) La valutazione delle malattie della tiroide ai fini dell'Assicurazione Vita (relatori. Dott.ri Giuseppe Comirato e Angelo Brugnoli).
- 5) Organizzazione Medica.
- 6) Eventuali e varie.

* * *

Il giorno seguente 1° marzo si è riunita negli stessi locali la Assemblea Triennale dei Medici Capi dirigenti i servizi sanitari degli Enti di Assicurazione Vita sotto la presidenza del Prof. Romanelli per decidere il rinnovo del Comitato Medico Consultivo per il prossimo triennio 1940-42.

Il Comitato è risultato composto dei seguenti Medici Capi:

Dott. *Riccardo Beden* (Assicurazioni Generali), Dott. *Giulio Cavalié* (Compagnia di Assicurazione di Milano), Dott. *Giuseppe Comirato* (Assicurazioni Generali), Prof. *Carlo De Gregorio* (La Fondiaria Vita), Dott. *Amelio Gallia* (Compagnia Anonima di Assicurazione Torino), Dott. *Lamberto Gladuli* (Riunione Adriatica di Sicurtà), Dott. *Giovanni Guido* (Soc. Reale Mutua di Assicurazione), Prof. *Iceilio Boni* (Riunione Adriatica di Sicurtà), Prof. *Fabio Marsella* (Istituto Nazionale delle Assicurazioni), Prof. *Giovanni Pilotti* (Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati), Dott. *Angelo Ricotti* (Italiana Vita), Dott. *Pietro Trottarelli* (Istituto Nazionale delle Assicurazioni), Dott. *G. B. Percaccini* (Soc. Cattolica di Assicurazione), Prof. *Ilario Romanelli* (Istituto Nazionale Assicurazioni).

A presiedere il suddetto Comitato insieme al Prof. Romanelli dell'I. N. A. è stato chiamato il Prof. Boni dell'Adriatica.

Terza assemblea annuale dei Medici di Direzione degli Enti di Assicurazione Vita.

Il giorno 1° marzo 1940 nei locali dell'Unione Italiana di Riassicurazione si è riunita la Terza assemblea annuale dei medici

di Direzione degli Enti Italiani di Assicurazione Vita.

Sono intervenuti numerosissimi medici di Direzione di tutte le Compagnie Italiane esercenti il ramo Vita ed inoltre il Consigliere Nazionale Alessandro Pavolini, Presidente della Federazione Imprese Assicuratrici; Prof. Medolaghi, Presidente dell'Istituto Italiano Attuari; Prof. Moriani, Direttore dell'Istituto di Medicina Legale della R. Università; Dott. Ottaviani, Direttore Generale della Fondiaria Vita; Dott. Scarpellon, Direttore Generale della Previdente Vita; Pizzocchetti, Direttore Generale dell'Italiana Vita.

L'Assemblea è aperta dal Cav. di Gr. Cr. Dott. Giordani, Presidente del Consorzio Italiano Rischi Tarati, che rivolge un cordiale saluto agli intervenuti dichiarandosi lieto di poter formulare i migliori auguri per il buon esito della riunione e giudicando opportunissima questa collaborazione che mira a costituire un ottimo sistema di difesa dell'interesse comune, affinando ed appropinquando. Il Presidente dà quindi la parola al Presidente del Comitato Medico Consulativo Prof. Romanelli che parla sull'attività svolta dal C. M. C. durante l'anno 1939.

Successivamente il Prof. Romanelli invita i relatori di riassumere all'Assemblea i temi cui dedicarono la loro attività durante l'anno 1939.

Nella seduta pomeridiana sono state svolte ben 24 comunicazioni di cui in altro articolo diamo i riassunti.

Esaurito l'ordine del giorno il Presidente Prof. Romanelli nel rivolgere l'espressione del vivo compiacimento e di sincero ringraziamento per l'importante contributo da tanti medici offerto alla migliore riuscita della riunione, si augura che l'interessamento dello studio dei problemi della medicina assicurativa appassioni tutti i colleghi e spinga a sempre più larghe indagini medicostatistiche ed a più profonde ricerche.

L'VIII Congresso di Medicina legale e delle Assicurazioni.

Si è svolto a Padova nei giorni 17, 18 e 19 marzo u. s.

Vennero presentate le seguenti relazioni:

Prof. Cazzaniga, *I problemi cronologici della medicina legale.*

Prof. Gerin, *I criteri qualitativo e quantitativo nel giudizio medico-legale.*

Prof. Leoncini, *Sul concetto di aggravamento in medicina legale.*

Prof. Loro, *Il criterio anatomo-patologico in medicina legale.*

Speciale interesse presenta per il medico di assicurazione la pregevole relazione del Prof. Gerin della quale ci limitiamo a ricordare lo schema di trattazione per esigenze di spazio. In essa il Gerin tratta dapprima del concetto di qualità e di quantità successivamente del nesso di causalità e della lesività in generale. Passando alla parte speciale il Gerin tratta del criterio quali-quantitativo nella tossicologia forense, nella lesività da energia barica, termica ed elettrica. Infine nell'ultima parte della interessante relazione il Gerin tratta della valutazione del danno nell'illecito penale, nell'illecito civile e nell'infortunistica.

In rapporto a questo tema furono presentate comunicazioni di medicina assicurativa dal Prof. Romanelli e dal Dr. Starna.

Il Prof. Romanelli tratta del « *Giudizio qualitativo e quantitativo nell'assicurazione vita* ».

Il Prof. Romanelli ricorda che con l'estendersi dell'assicurazione vita si è studiata la possibilità di accettare anche i rischi tarati, per i quali più sentito è il bisogno di una polizza di assicurazione.

Siccome peraltro il premio deve essere ragguagliato al rischio, al primitivo giudizio qualitativo del rischio si è congiunto quello quantitativo, occorrendo stabilire di quanto il rischio tarato si può presumere si distanzi dal rischio normale. E' venuto così fuori il criterio della sopramortalità e le varie classi di sopramortalità con le quali si esprime un giudizio quantitativo.

Il Romanelli afferma che il concetto di sopramortalità non risponde perfettamente allo scopo e, considerato che non sempre l'età anagrafica corrisponde all'età biologica, propone la valutazione del rischio in base alla determinazione dell'età biologica.

Il Dr. Starna comunica su « *La valutazione col metodo quantitativo del rischio* »

albuminuria in assicurazione vita». Con tale metodo l'A. si propone di trasformare in quantità le qualità biologiche per la determinazione della sovramortalità e pertanto in base alla somma dei coefficienti dedotti dalla analisi delle urine, del sangue, dell'esame clinico e dei fattori individuali extra morbosi riuniti in una tabella si riesce a determinare la sovramortalità totale che potrà essere corretta in base ad indagini funzionali e nell'assegnazione del singolo rischio alle varie classi di sovramortalità in uso presso il Consorzio di Rischi tarati.

Molte altre comunicazioni che riguardavano gli altri temi presentati al Congresso dimostrarono l'interessamento che la medicina legale suscita e la passione con cui le nuove generazioni prendono parte al progresso della scienza italiana di medicina legale e delle assicurazioni.

Un bando di concorso per medici dell'I. N. A.

E' indetto un concorso per sei posti di medico nel ruolo del Servizio Sanitario dell'I.N.A. Il concorso è per titoli e per esami. Possono parteciparvi i laureati in medicina e chirurgia che non abbiano superato i 35 anni di età; tale limite è elevato a 40 anni per gli ex combattenti della Grande Guerra, dell'Africa e ai Legionari Fiumani e fino a 44 anni per gli invalidi di guerra e per la Causa nazionale e per i decorati al valor militare. Sono anche consentite deroghe ai limiti di età per i fascisti ante Marcia e agli ammogliati.

I documenti dovranno essere presentati o inviati (se per posta, in piego raccomandato, con ricevuta di ritorno) alla Direzione Generale dell'Istituto (Servizio Personale, Roma, Via Sallustiana 51) non oltre le ore 12 del giorno 27 aprile 1940-XVIII.

Ai vincitori sarà conferita la nomina di Medico nel ruolo speciale per il personale tecnico del Servizio Sanitario dell'I.N.A. in prova, per un periodo di sei mesi. Essi godranno lo stipendio annuo lordo di L. 18.204, l'eventuale aggiunta di famiglia e, dopo

il passaggio in ruolo, il contributo per il trattamento di quiescenza.

Ai medici destinati a prestare servizio alla periferia viene corrisposta una indennità in L. 2.400 annue se non hanno funzioni direttive, di L. 4.800 se sono incaricati di dirigere un sub-centro sanitario, ovvero di L. 7.200 se sono incaricati di dirigere un centro sanitario.

I medici dopo un anno del passaggio in ruolo se ritenuti meritevoli, potranno essere promossi al grado di medico principale con l'annuo stipendio lordo di L. 21.000.

Per informazioni e copia del bando di concorso gli aspiranti dovranno rivolgersi alla Direzione Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Servizio Personale - Via Sallustiana n. 51.

Bando di concorso per l'ammissione di di allievi alle Scuole di addestramento e ai Corsi di Perfezionamento dell'I. N. A.

Sono aperte fino a tutto il 28 aprile le iscrizioni a 20 posti di allievo per ciascuna delle scuole di addestramento istituite presso le Agenzie Generali dell'I.N.A. in Roma, Verona e Catania ed a 10 posti di allievo dei Corsi di Perfezionamento di Roma.

Per i documenti da produrre i programmi didattici ed i regolamenti, sia delle Scuole di addestramento che dei Corsi di Perfezionamento, rivolgersi alla Direzione del Centro Studi in Roma - Via Gregoriana, 41.

Nastri bianchi.

Siamo lieti di annunziare che le famiglie di alcuni nostri colleghi godono ora del sorriso di nuove vite.

Il 19 gennaio al dott. Giuseppe Curione è nata una bambina che ha assunto il nome di Anna Maria; il 14 di marzo al dott. Pietro Ciatti la piccola Maria; Nicoletta il 19 marzo è giunta a rallegrare la casa del collega Alberto di Lillo e Fausta ha allietato quella del dott. Federico Lombardi il 27 febbraio.

Rallegramenti vivissimi ai genitori ed auguri alle graziose neonate.

**Attività assistenziale svolta dai Centri e Sub-Centri Sanitari
e dai Consultori di medicina preventiva e d'igiene dell'I. N. A. durante l'anno 1939**

CENTRI	P R E S T A Z I O N I														T O T A L E									
	Visita di collaudo della salute	Esame delle urine	Esami di sangue								Teradiografia torace	Radiografie	Radioscopie	Elettrocardio- gramma		Pressione arteriosa	Peso e altezza	Collaudo visita	Visite otorinolaringo- infriche	Consulti d'igiene	Visite idoneità coloniale			
			Azotemia	Glicemia	Uricemia	Coolestere- nemia	Calceemia	Reazione Kahn	Reazione Meinke	Reazione Wasser.												Reazione Ide	Reazione Ciochcol	
PIEMONTE	1923	1200	164	222	—	—	—	207	—	34	—	29	230	149	86	36	1284	1282	106	485	2139	7	9098	
LOMBARDIA	1393	1239	230	224	—	—	255	154	—	179	—	14	40	134	709	—	1331	1040	—	—	1176	12	8130	
VENEZIA TRIDENTINA	3643	981	97	97	7	—	172	172	—	—	—	36	506	209	1577	—	1263	2489	—	—	2021	—	13270	
VENEZIA VENETA	2155	2077	292	248	3	—	200	29	—	126	—	6	642	76	1546	—	1658	2113	—	—	2115	—	13286	
VENEZIA GIULIA	1316	909	111	31	38	—	183	183	—	188	—	37	475	146	760	—	868	872	—	—	729	5	6800	
EMILIA	502	548	65	66	46	—	73	59	—	42	—	7	98	112	122	—	368	257	1	—	13	2	2381	
MARCHE E DALMAZIA	414	366	109	116	72	—	135	—	—	46	135	20	66	143	—	—	212	136	—	—	194	—	2164	
LAZIO E UMBRIA	892	279	42	55	44	12	34	67	64	—	34	3	—	—	—	—	332	269	699	—	370	—	3196	
CAMPANIA	3842	4089	1039	1075	781	—	1134	1116	—	381	260	190	425	153	1711	—	3607	3726	—	—	3317	191	27105	
CALABRIA E SICILIA ORIENT.	1417	1135	181	187	1	—	183	79	—	—	—	2	75	—	191	—	1147	899	—	—	1239	—	6736	
SICILIA OCCIDENTALE	131	50	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	58	131	—	—	67	—	437	
SARDEGNA	688	422	75	75	—	—	75	—	—	34	—	7	93	15	118	—	885	422	—	—	784	—	3209	
TOTALE	17816	13295	2045	2396	995	12	96	2651	1859	64	980	429	350	2650	1137	6820	36	12513	13636	806	485	14164	217	95812

Note ed appuntiPER UN TRATTATO ITALIANO DI STORIA DELLA
MEDICINA.

Il prof. Piccinini perseguendo la sua infaticabile opera di italianità e di rivendicazione per tutto quanto riguarda il primato italiano nel campo della disciplina medica, annunzia ora (« Rivista di terapia moderna e di medicina pratica », n. 2, 1940, Milano), la pubblicazione del nuovo trattato italiano di Storia della Medicina.

« LA PREPARAZIONE MATERNA ».

A cura delle R. Terme di Montecatini è uscita questa nuova rivista che illustra l'importanza delle cure termali ed ha lo scopo di diffondere la profilassi delle affezioni infiammatorie e del ricambio.

Alla rivista diretta dall'illustre Sen. Pende e che conta tra i suoi collaboratori numerosi ordinari e docenti della R. Università auguriamo il migliore successo.

PROROGA DEL CONCORSO TRA GLI STUDIOSI E I
TECNICI ITALIANI PER UN RITROVATO SULLA
CURA DELL'ANEMIA PERNICIOSA.

E' stato prorogato al 30 giugno 1940 il limite di tempo utile per il concorso bandito a richiesta del Ministero dell'Interno tra gli studiosi e tecnici italiani per la preparazione del migliore estratto epatico a più alto contenuto di principio antianemico per la cura dell'anemia perniciosa.

ISTITUZIONE DEL TRENO BAGNO PER L'IGIENE
DELLE TRUPPE.

E' in circolazione sulle ferrovie di Riviera di Ponente il « treno bagno » istituito recentemente dal Ministero della guerra per l'igiene dei soldati accantonati in zone dove vi è poca disponibilità di acqua.

Il treno è affidato, a quanto riferisce la « Settimana Medica » al Corpo del Genio ferroviari di Torino ed è composto di un locomotore, di una locomotiva per riscaldamento dell'acqua, di due carri serbatoio, due carri con dieci apparecchi docce ciascuno, un carro spogliatoio disinfezione ed un carro per la vestizione. L'innovazione è stata accolta dalle nostre truppe col più vivo fervore.

LA POPOLAZIONE DI ROMA.

Dal « Bollettino Statistico » del Governatorato di Roma, n. 10, ottobre 1940, risulta il progressivo aumento della popolazione di Roma. Infatti nel mese di ottobre la popolazione residente è aumentata di 2323 persone passando da 1.303.375 a 1.305.698 abitanti. Sono aumentati i nati vivi (2575) e diminuiti i morti (1003) rispettivamente all'ottobre 1938.

PRIMO ESPERIMENTO IN ITALIA DEL POLMONE
D'ACCIAIO.

Nella Clinica ginecologica della R. Università di Roma, a quanto riferisce la « Critica medico-sociale » nel n. 1 del 1940, è stato realizzato e messo in funzione il polmone di acciaio, di cui era stato fatto cenno nel recente Congresso Nazionale di Ostetricia e Ginecologia. Nei giorni scorsi l'apparecchio, l'unico esistente in Italia, è stato posto in funzione per salvare da sicura morte un neonato venuto al mondo asfittico. L'esperimento è riuscito felicemente ed il piccino, richiamato alla vita, gode ora perfetta salute.

I SOGGETTI CON SOVRAPESO E LA PRESSIONE AR-
TERIOSA.

Una indagine è stata eseguita in America da Short e Johnson prendendo in esame i risultati della pressione negli individui sani che si sottoponevano al controllo periodico della salute e che presentavano un sovrappeso; tali soggetti raggiungevano il numero di 2858. E' risultato che nel gruppo di età inferiore a 50 anni la pressione minima sembra influenzata dalla costituzione con un leggero aumento; invece molto più marcato fu l'aumento della pressione massima nel gruppo di età da 50 a 60 anni.

INFORTUNI DA ELETTRICITÀ IN SVIZZERA.

Troviamo riassunto in « Rassegna della Sicurezza e dell'Igiene del lavoro » la frequenza degli infortuni verificatisi durante il 1938. Da esso risulta che oltre il personale addetto agli impianti, anche gli estranei danno un contributo notevole a questo tipo di infortuni. Infatti mentre i primi hanno dato, nel periodo in esame, 93 feriti e 13 morti, nei secondo si sono avuti 14 feriti e ben 10 morti; il che dimostra come il sinistro sia frequente nelle persone non pratiche che comunque entrano negli stabilimenti industriali.

Le comunicazioni di Medicina Assicurazione Vita alla 3^a Assemblea Nazionale Italiana

Riportiamo i riassunti delle numerose ed interessanti comunicazioni presentate alla III Assemblea dei Medici di Direzione degli Enti di Assicurazione Vita tenutasi in Roma il 1° marzo u. s.

Dott. FIANDACA S.: *Rapporti tra infezione luetica ed insufficienza aortica, ai fini della prognosi assicurativa.*

L'A. tratta i diversi aspetti del vasto problema, come la frequenza della lue nell'etiologia del vizio, l'epoca abituale del contagio e l'età nella quale suole verificarsi il vizio, le variazioni del quadro morboso in rapporto al sesso, alla professione dei soggetti, alle cure praticate e si intrattiene in ultimo a discutere, ai fini prognostici, la durata media della vita dei soggetti affetti dal vizio. L'O. ritiene che il rischio dell'insufficienza aortica, di origine luetica, sia aggravato di circa il doppio rispettivamente alle lesioni uguali di origine endocarditica. Dato che l'insorgenza dell'insufficienza aortica si stabilisce ordinariamente tra i 35-50 anni, ritiene che, in tale periodo, bisogna, specialmente, valutare caso per caso, tenendo conto della professione, delle cure antiluetiche praticate e dell'età dei soggetti.

Dott. MANOZZI FERNANDO: *Le manifestazioni atipiche ed iniziali dell'angina pectoris. Mezzi diagnostici per il riconoscimento dell'assicurando anginoso.*

L'O. stabilito che ormai la patogenesi si è andata orientando verso il concetto di insufficienza coronarica, ammette l'intervento di altri fattori importanti, risiedenti nel cuore o nell'aorta, con un substrato funzionale neurovascolare; descrive la varietà dei tipi clinici dell'angina nei diversi soggetti cosiddetti nervosi. Sono soggetti ordinariamente inquieti agitati e ipersensibili, con un cuore non ingrossato, con reperto obiettivo quasi nullo ma con una bassa pressione sanguigna, che sta in rapporto ad una angioipotonia costituzionale, esponente di fattori multipli e complessi endocrini e neuro-vegetativi. L'A. insiste nella necessità dell'esame elettro-cardiografico e dell'esame radiologico in tali casi e di un severo esame funzionale.

Dott. FAVA CESARE: *Contributo alla radiologia della ipertensione arteriosa in Assicurazione Vita.*

L'A. dopo aver rilevato che non esiste un vero e proprio quadro radiologico dell'ipertensione, ma soltanto dei segni radiologici, per il fatto che il sistema cardio-vascolare reagisce, in maniere diverse, alle varie sindromi morbose, mette in evidenza i segni radiologici più importanti che risiedono nell'aorta. Fa un accurato studio delle alterazioni volumetriche del cuore riscontrate su 146 individui ipertesi passati al suo esame. I risultati ottenuti fanno pensare che la misura del rischio in assicurazione vita non può essere data dalla sola altezza della tensione ma dal complesso delle reazioni cardio-arteriali che saranno state riscontrate.

Dott. RICCIOTTI e dott. CLAUSI-SCHETTINI: *Alcuni rilievi di semiologia clinico-radiologica dell'aorta.*

I RR. dopo aver richiamato l'attenzione sulle difficoltà che non molto di rado si presentano nello studio clinico-radiologico dell'aorta, espongono alcuni particolari aspetti della semiologia aortica, considerando l'utilità di ogni mezzo che valga a portare un contributo diagnostico.

Con tali premesse mettono in rilievo l'importanza che può assumere in molti casi l'ascoltazione dell'aorta al giugulo e descrivono il segno della « zona silenziosa sopraminimale » osservato da Lyan e Geismar nella stenosi aortica, presentando a questo proposito delle considerazioni fondate su osservazioni personali.

Per la parte radiologica, dopo aver ricordato quanto è stato rilevato dai vari Autori si soffermano in particolar modo sull'allungamento del vaso, sintomo sul quale recentemente Laubry ha richiamato l'attenzione.

Dott. ACCARINO VITTORIO: *Importanza dell'arteriosclerosi professionale precoce in A. V.*

L'A., accennata all'importanza pratica in A. V. dell'arteriosclerosi in generale, richiama la attenzione sul fatto che, mentre nei trattati di patologia sono ampiamente descritte tutte le altre cause capaci di determinare sclerosi delle

arterie, nulla o quasi nulla è dedicato all'arteriosclerosi di natura professionale. Comprende sotto il nome di arteriosclerosi professionale sia la forma provocata da fatica o lavoro eccessivi, sia quella causata dalle sostanze tossiche da lavoro. Descrive la patogenesi di queste forme di arteriosclerosi riferendosi al piombo. Riporta quindi una casistica di 102 casi di lavoratori arteriosclerotici scelti tra tutti quelli visitati in circa 7 anni in visite periodiche al Policlinico del lavoro di Roma. Dall'esame della casistica emerge una considerazione di notevole interesse pratico riguardante la precoce insorgenza della malattia in alcuni individui. Infatti su 102 soggetti, 23 sono di età tra i 21 e i 30 anni, 44 tra i 31 e i 40 anni; 35 tra i 41 e 50 anni. Richiama pertanto l'attenzione dei medici assicuratori sull'arteriosclerosi in giovane età, sull'importanza sia di assumere notizie dettagliate sulla professione come guida alla diagnosi in quelle classi di lavoratori in cui l'arteriosclerosi si verifica con frequenza, sia di fare un accurato e diligente esame obiettivo dell'apparato circolatorio anche nei soggetti molto giovani.

Dott. SULTANO ANDREA: *La misurazione della pressione arteriosa.*

Il dott. Sultano ricorda le norme da seguire per una esatta misurazione della pressione arteriosa. Una ipertensione ben controllata rappresenta spesso l'unico dato che permette la diagnosi di ipertensione essenziale, la quale malattia, frequente negli assicurandi di età superiore ai 40 anni, si inizia con il solo aumento della pressione (fase dell'ipertensione solitaria).

Dott. STEFANO GALLORO: *Le affezioni dello stomaco in Assicurazione Vita.*

L'Autore dopo aver passato in rassegna le varie gastropatie ricorda come queste affezioni oltre ad essere talvolta oscure per la loro etiologia e patogenesi spesso decorrono con scarsità di sintomi o con un complesso sintomatologico che non presenta alcun carattere di specificità.

Accenna ai criteri adottati per la soluzione e la valutazione dei rischi soffermandosi specialmente sulle attuali concezioni circa l'accettazione dei portatori di ulcera gastrica e gastro-duodenale. Conclude affermando che la indagine anamnestica è di fondamentale importanza anche nel campo della medicina legale in rapporto all'accertamento di invalidità per svelare possibili pretestazioni e simulazioni.

Dott. PAPETTI: *Considerazioni sulle gastriti croniche in A. V.*

L'O. con rapida sintesi, tiene a fissare il vero carattere della gastrite cronica come forma a se stante le cui origini ordinariamente si trovano in disordini dietetici (alcool, caffè, tabacco, droghe, cibi troppo caldi o freddi) e ricorda il prezioso aiuto che nella diagnosi viene apportato dagli esami di laboratorio, dall'endoscopia e dalla radiografia. Ammette la esistenza di una gastrite allergica e altre forme di natura focale. Dopo avere riassunto la sintomatologia molteplice che si riscontra nei gastritici ricorda la sindrome descritta dal d'Alessandri, sindrome addominale superiore associazione della gastro-duodenite con la colicistite e pancreatite cronica e la sindrome addominale inferiore (coesistenza della gastrite con l'appendicite). In rapporto alle difficoltà diagnostiche che si incontrano nell'esame di tali gastropatici, l'O. ritiene doversi procedere con molta prudenza nell'emettere il giudizio prognostico di un rischio assicurativo in conseguenza di un processo gastrico cronico.

Dott. DE IORIO ETTORE: *I tremori in Assicurazione Vita.*

L'A. dopo aver accennato alla etiopatogenesi dei tremori e dopo averli classificati secondo la loro natura, si sofferma sull'importanza pratica di questo dato semiologico e richiama la attenzione su una ricerca semplice per la pronta differenziazione dei tremori organici da quelli di natura inorganica. Descrive così il metodo del Bonola che permette appunto un facile orientamento diagnostico rilevando la necessità della sistematica applicazione di questo metodo nelle visite assicurative.

Prof. MARIA VELE: *La retina nelle malattie renali e nell'ipertensione in rapporto alla medicina delle A. V.*

L'A. tratta ampiamente delle teorie sulle malattie renali e sull'ipertensione riportando una estesa bibliografia. Esamina poi i rapporti tra pressione retinica e pressione omerale e descrive i vari aspetti oftalmologici nelle suddette affezioni.

Da tutto quanto viene esposto si comprende l'importanza che può avere ai fini delle prognosi sulla vita l'esame dell'occhio nelle malattie renali e nell'ipertensione.

Prof. MARIA VELE: *L'irite e i suoi postumi in medicina delle A. V.*

L'A. espone l'etiologia, le varie forme di iriti e i suoi postumi. Il valore che il medico di

assicurazione deve dare a queste forme morbose è specialmente legato all'etiologia, alla entità dell'irite e ai suoi esiti. L'A. considera pure la prognosi delle iriti ed espone in quali casi sia grave.

Dott. CONFORTO CORRADO: *I restringimenti uretrali post-blenorragici in Assicurazione Vita. Nota preventiva.*

L'A., stabilito il rapporto diretto che esiste fra blenorragia e restringimento uretrale, elenca i diversi momenti etiopatogenetici e nosologici che debbono essere considerati per la medicina dell'A. V. Dopo aver messo in evidenza le varie modalità dell'affezione uretrale, in rapporto alla sede, all'intensità dell'infezione, alla durata e alle complicazioni ne trae delle conclusioni pratiche, che, per quanto ancora modificabili sulla base di esami in corso, possono tuttavia ritenersi ben fondate anche perchè sancite dal giudizio di illustri urologi.

Dott. CICU TOMMASO: *Tubercolosi genitale femminile.*

L'A. dopo aver trattato l'etiologia della malattia, affermando, secondo le più moderne teorie, che essa è raramente primitiva, ma secondaria ad una localizzazione preesistente, le cui vie di trasmissione possono essere quella sanguigna o linfatica o per contiguità, fa risultare che si tratta, almeno in un terzo dei casi, di un'infezione discendente dal peritoneo pelvico alle trombe. Tra i sintomi più importanti, nota l'ipoplasia uterina e la amenorrea. Quanto all'età prevalgono le donne assai giovani, in rapporto ad una riaccensione di processi tubercolari dell'infanzia. La prognosi è generalmente favorevole pur avvertendo che la presenza di un focolaio tbc. in qualunque parte del corpo rappresenta sempre un focolaio temibile, onde giustifica il criterio che sia mantenuto il soprapremio.

Dott. CHIARINI UGO: *Il morbo di Flaiani-Basedow.*

L'A. descrivendo le diverse forme cliniche di questa malattia, ne mette in rilievo la speciale sintomatologia che la caratterizza, come la tachicardia, l'aumento del metabolismo basale, i tremori, l'iperazotemia che sono l'espressione della tireotossicosi e quindi l'esoftalmo, il gozzo, le alterazioni cutanee, le alterazioni delle funzioni gastro-intestinali, ai quali attribuisce un particolare significato diagnostico e prognostico ai fini assicurativi.

Secondo l'A. gli ammalati curati chirurgicamente presentano una prognosi più favorevole,

ma comunque, e specialmente in presenza di assicurandi tachicardici con pressione sistolica elevata, più o meno magri, nervosi ed emotivi, anche in mancanza di gozzo e di esoftalmo, bisogna sospettare una forma Basedowiana e procedere agli accertamenti di uso corrente (azotemia)

Dott. DI LILLO: *Le malattie del sangue e degli organi ematopoietici in Assicurazione Vita.*

L'O. fatta un'esposizione sintetica delle diverse forme cliniche ricordando quei sintomi, che sono effettivamente utilizzabili in A. V., passa alla trattazione dei criteri che debbono presiedere alla valutazione e selezione medica dei rischi, esaminati in base ad elementi clinici e dati statistici. Per alcune emopatie (mielosi e linfadenosi leucemica cronica, morbo di Vaquez, mieloma multiplo, linfosarcoma, ecc.) dato l'esito costantemente letale, il rischio deve essere rifiutato; possono essere accettate a condizioni normali o quasi, le forme di clorosi anemia ipocromica essenziale; ed assunte, con adeguato soprapremio, il morbo maculoso di Werlhof, morbo di Banti, emofilia, anemia perniciosa, ecc., valutando il rischio volta per volta. A conclusione della sua esauriente relazione l'O. propone che alle domande dei questionari in uso presso il Servizio Sanitario dell'I.N.A. ne venga aggiunta una, relativa alle malattie del sangue.

Dott. GIORDANO BRUNO: *Le affezioni primitive e sistematiche dell'apparato linfoglandolare in medicina delle assicurazioni.*

L'A. escludendo dal suo studio le forme leucemiche e metastatiche da tumori insorti in organi diversi, restringe le sue ricerche al campo dei linfogranulomi ed ai linfosarcomi, classificando i primi in quelli a carattere etiologico noto (tubercolare e sifilitico) ed in quelli a agente tuttora ignoto fra cui pone il granuloma maligno. Nella prognosi ai fini del rischio di assicurazione esamina il valore e la possibilità di esecuzione di talune prove di laboratorio e chimiche. La prognosi è nettamente favorevole in caso di granuloma sifilitico in seguito alle cure antiluetiche; assolutamente infausta nell'infosarcoma e nel granuloma maligno; riservata nei casi tubercolari.

Dott. PICCHIOTTI AMATO: *Rivista sintetica sull'uricemia e la gotta con riferimento circa l'Assicurazione Vita.*

L'A. dopo aver esposto il quadro clinico della malattia, si intrattiene specialmente sulle va-

rie complicazioni viscerali della gotta, sulla loro patogenesi, sulla loro frequenza e sulla loro importanza rispetto alla durata della vita. Raccomanda ai fini assicurativi l'esame accurato dell'apparato circolatorio e dei reni. Espone alcuni criteri personali circa la valutazione della tara ereditaria uricemico-gottosa, rilevando la insufficienza delle statistiche circa la mortalità nei gottosi.

Dott. ANDREUCCI MICHELE: *L'infezione reumatica in medicina A. V.*

L'A. premesso che l'infezione reumatica deve nettamente differenziarsi dalle forme cosiddette poliartriche, che hanno etiologia e patogenesi diversa, ed affermato che deve ritenersi una entità a sè stante, determinata da un virus ancora ignoto, ma che può bene definirsi virus salicilsensibile, passa alla descrizione delle forme cliniche della malattia, in cui si va dagli stati frusti a quelli cronici conclamati. Mette in speciale rilievo la grande frequenza delle localizzazioni cardio-vascolari, anche a grande distanza del primitivo attacco, per cui un grande aiuto alla diagnosi e alla prognosi viene dato dagli esami radiologici ed elettrocardiografici. L'O. conclude il suo studio con l'affermare che ogni pregressa infezione reumatica deve essere considerata ai fini del rischio come una cardiopatia in potenza, quando pure non presenti segni evidenti di una lesione in atto dell'apparato cardio-vascolare.

Dott. LUCREZI GIUSEPPE: *Problemi di medicina tropicale, in rapporto alla Assicurazione Vita.*

L'A. mette in rilievo la particolare patologia tropicale, che presenta caratteri e forme cliniche diversi per la stessa malattia di quelli che si riscontrano in climi temperati, sotto l'influenza dei fattori climatici, che agiscono sull'uomo, sulla virulenza dei germi infettivi e sui loro vettori. L'A. insiste sulla eventuale coesistenza di infezioni di natura diversa nello stesso individuo che dà luogo a sindromi cliniche complesse di difficile interpretazione e non trascura di far presente alcune malattie di carattere esclusivamente tropicale, come la leishmaniosi cutanea, la framboesia, la micosi cutanea, la bilarziosi e l'emottisi endemica.

Dott. FERNANDO VICENTINI: *Normopesi, sottopesi, soprapesi in un gruppo di cinquecento soggetti maschi adulti veneti (alcuni profili grafici antropometrici).*

L'A. ha classificato un gruppo di cinquecento soggetti maschi adulti veneti secondo i tre tipi

somatici principali del Romanelli, ottenendo i seguenti risultati: normopesi 37%; sottopesi 39,80%; soprapesi 23,20%. Tale distribuzione paragona con quella ottenuta in precedente ricerca e trae alcune illazioni.

Adoperando le misure medie aritmetiche di alcuni caratteri antropometrici (statura, peso, somatico, perimetro del collo, circonferenza toracica, circonferenza addominale) l'A. si è prefisso di rappresentare graficamente i predetti tre tipi somatici fondamentali, secondo il metodo di Martin-Mollison o metodo delle frazioni ed unità di sigma. Costruito pertanto un adatto reticolato egli vi ha disegnato i tre « profili » relativi ai tre sottogruppi di soggetti: normopesi, sottopesi, soprapesi. In altro analogo reticolato ha poi disegnato altri due profili: uno rappresentante i soggetti con sottopeso notevole, l'altro quelli con soprapeso notevole.

E' questo il primo tentativo di applicazione dei profili grafici secondo Martin-Mollison nel campo della medicina dell'assicurazione vita e l'A., mentre confida che tale sistema di rappresentazione grafica venga diffusamente usato, si prefigge di indicare prossimamente altre tecniche ed altre applicazioni di esso.

Dott. CIATTI PIETRO: *Qual'è l'indice toracico normale? (Nota preventiva).*

L'A. ha studiato a tal fine, su di un gruppo di assicurati appartenenti a 3 diversi gruppi di età, 4 dei metodi di determinazione dell'indice toracico preso in considerazione dal Gini nel suo lavoro intitolato « Une question importante pour la science des constitutions et pour la médecine militaire: comment jurer si les proportions d'un individu sont normales? ».

Uno di tali metodi che il Gini stesso prende in particolare considerazione come il più idoneo a rispondere alla domanda sopra riportata è il metodo dei valori cograduati.

L'A. giunge alla conclusione che il metodo dei valori cograduati per la sua relativa posizione di intermediarietà nei risultati e per le sue modalità di attuazione, si presenta il più atto ed il più idoneo ad essere preso per base ai fini di una valutazione biotipologica e che per tutti e tre i gruppi di età, il metodo dei valori cograduati porta ad eliminare, nei confronti degli altri tre metodi ed in particolare dell'indice Perimetro toracico medio statura, un maggior numero di individui di alta statura mentre porta ad accettarne un maggior numero di bassa statura.

Dott. STARNA ALBERTO: *Il suicidio tra gli assicurati sulla vita e la recente crisi economica.*

Il relatore, dopo aver ricordato i precedenti studi eseguiti vari anni fa e le comunicazioni al Convegno Internazionale degli Attuari del 1934, che però risultavano incomplete, in quanto il fenomeno della crisi era ancora in atto, passa ad esaminare i suicidi verificatisi tra gli assicurati dell'I.N.A. dal 1926 al 1937.

Da questa indagine risulta un andamento parallelo dei suicidi con la situazione economica nazionale desunta dai fallimenti e dai protesti cambiari; un grafico conferma questo parallelismo. Inoltre l'A. ha potuto accertare che le regioni più colpite dal fenomeno sono state quelle industriali, soprattutto la Lombardia, la Emilia e il Piemonte. Vengono quindi passati in esame altri elementi sui quali l'O. si ripromette di ritornare con un successivo lavoro.

Dott. CURIONE GIUSEPPE: *La reazione di Gaetgaens in medicina assicurazione vita.*

Il relatore riassume le varie reazioni e microreazioni che sono state introdotte in medicina per la sierodiagnosi della lue e aggiunge che se le reazioni di flocculazione sono state arricchite ogni anno di nuove reazioni semplici nella esecuzione e di facile interpretazione niente fino a qualche anno fa era stato fatto nei riguardi della reazione della deviazione del complemento. Da vari anni cominciarono gli studi del Gaetgaens che ha introdotto un antigene più specifico per la deviazione del complemento ottenuto da un'emulsione di coltura di spirocheta in acido fenico. Con tale antigene il Gaetgaens ha studiato 52.000 casi di luetici ottenendo dei risultati veramente soddisfacenti e superiori alla stessa reazione di Wassermann.

Il relatore ha studiato circa 200 casi di luetici ottenendo dei risultati che concordano con quelli del Briazioli che si è anche occupato in Italia, e si propone di praticare la ricerca su un numero esteso di casi fiducioso di introdurre in Medicina delle Assicurazioni una rea-

zione che sveli sia precocemente sia nelle forme tardive e curate da poco o incompletamente la infezione luetica.

Dott. LOMBARDI FEDERICO: *Importanza dell'indagine radiologica nella diagnosi delle affezioni pleuriche, nei postumi di esse e nel giudizio prognostico.*

L'A. dopo avere esposto l'importanza della indagine radiologica completa, accurata e collegata all'esame clinico, ricorda un metodo da seguire, in tale esame, con i raggi X riassumendo i principali segni speciali, che possono mettersi in evidenza e i diversi quadri principali radiologici. Lo studio si completa con il rilievo delle principali forme morbose della pleura e delle loro successioni. Per il giudizio prognostico, l'A. ritiene che pur ammettendo una guarigione stabile, si debba procedere caso per caso ricorrendo, eventualmente, ad un rinvio o ad un adeguato periodo di carenza.

Dott. BIASIOTTI MARCELLO: *Utilità dell'applicazione nella pratica assicurativa dei micro-metodi per la diagnosi sierologica della sifilide.*

L'A. ricorda l'importanza che l'esame sierologico per la diagnosi della sifilide presenta per la medicina delle A. V. e le sue peculiari difficoltà nella pratica assicurativa. I micro-metodi richiedendo una quantità di sangue così piccola da potersi prelevare con la semplice puntura del polpastrello del dito possono ovviare ad alcune di queste difficoltà e precisamente alla puntura venosa. L'O. illustra il metodo microtecnico proposto da Provera per l'esecuzione di un esame patologico completo (cioè una vera e propria reazione Wassermann ed una o più flocculazioni su quantità minime di sangue). Ma avverte che trattasi di una tecnica estremamente delicata che va riservata ai sierologi provetti. Egli ha ottenuto sempre una perfetta concordanza tra i risultati dei micro-metodi e quelli dei macrometodi.

Dott. GIOVENCO

L'ARALDO DELLA STAMPA

UFFICIO DEI RITAGLI DELLA STAMPA INTERNAZIONALE
CORRISPONDENTI NELLE PRINCIPALI CITTÀ DEL MONDO

Fondato nel 1918

DIRETTORE: M. NUVOLETTI

Direz. Amministr.: Via Ripetta, 226 - ROMA - Telefoni: 35-198 - 35-058

Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita**Valore prognostico dell'uricemia nelle nefropatie croniche**

Dott. MARCELLO BIASIOTTI

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

Tutte le questioni inerenti allo studio della funzionalità renale presentano sempre un sommo interesse per la pratica medica e vengono perciò spesso trattate nei congressi di medicina interna e nelle riunioni delle accademie mediche. Ma sebbene in questi ultimi anni i numerosi lavori pubblicati sull'argomento e le importanti comunicazioni presentate ai vari congressi abbiano apportato notevoli contributi dottrinali ed interessanti applicazioni pratiche delle varie prove di funzionalità renale, siamo ancora ben lungi da una totale e soddisfacente risoluzione di tutte le numerose e complesse questioni riguardanti l'esame della funzionalità renale, ed anzi talvolta ci si deve forzatamente limitare a porre, in un campo già tanto vasto, nuovi e più complessi problemi e ad aprire nuove discussioni.

E' noto che il miglior metodo di esplorazione della funzionalità renale consiste nel ricercare per mezzo del dosaggio dei componenti azotati del siero sanguigno se il rene conserva inalterata la sua normale funzione epurativa e regolatrice della composizione chimica del sangue. Si può così osservare se persiste o no quel normale bilancio tra entrate ed uscite di azoto che costituisce la più fedele espressione della normale permeabilità del filtro renale e del normale potere di concentrazione dell'organo, che altri dati clinici o di laboratorio ci fanno presumere lesa nella sua integrità anatomica o funzionale.

Lo studio della funzionalità renale si basa specialmente sul comportamento

dell'azoto contenuto nei costituenti azotati non albuminoidei del sangue e cioè di quei composti azotati che non venendo coagulati dalle sostanze dealbuminizzanti (acido tricoloracetico, ecc.) usate per la precipitazione delle albumine nel siero, passano poi nel filtrato. E' noto che al complesso di queste sostanze albuminoidee incoagulabili, che passano attraverso il filtro è stato dato il nome di azoto totale od incoagulabile (Reststickstoff dei tedeschi) il quale esprime perciò in una sola cifra la somma dell'azoto di tutti i costituenti azotati non albuminoidei del siero sanguigno, e cioè urea, acido urico, aminoacidi, creatina e creatinina, ecc. L'azoto totale comprende perciò: 1) l'azoto ureico, impropriamente detto azoto ipobromitico o Bromlaugestickstoff, perchè l'azoto ureico vero e proprio è soltanto quello che si ottiene con i metodi dell'ureasi o dello xantidrol mentre l'ipobromito di sodio libera insieme all'azoto ureico anche piccole frazioni degli altri composti azotati; 2) azoto non ureico che è detto dai francesi « azoto residuo » (cioè risultato della sottrazione dell'azoto ureico dall'azoto totale) e comprende l'azoto dell'acido urico, degli amino-acidi, della creatina, creatinina, ecc.

Veniamo ora ad esaminare il valore prognostico di uno dei principali componenti dell'azoto non ureico e precisamente dell'acido urico, perchè sebbene molto sia stato scritto in questi ultimi anni sul valore prognostico della uricemia nelle nefropatie un esame della letteratura sull'argomento ci dimostra

quanto le opinioni dei vari autori siano tuttora in contrasto.

Al Garrod spetta il merito di aver osservato per primo che il sangue degli individui affetti da sclerosi renale presentava un aumento del tasso di acido urico e di avere interpretato questa iperuricemia come fenomeno di ritenzione dovuto alla diminuita permeabilità del filtro renale. Il parere del Garrod, sebbene antico, conserva anche oggi gran parte del suo valore perchè anche tutta la moderna concezione della prognosi della gotta non è altro che un completo ritorno alla vecchia ipotesi formulata dallo stesso Garrod sin dal 1848 e basata sulla sua famosa prova del filo. Oggi infatti la maggior parte degli autori tornano ad ammettere col Garrod che l'accumulo della scoria urica nell'organismo del gottoso è dovuta soprattutto alla sua insufficiente eliminazione attraverso il rene, essendo del tutto normale il ricambio purinico. L'attuale completo abbandono delle suggestive ipotesi della « uratoistechia generale e locale » formulate da Gudzent e della ritenzione istioigena od « uratofilia tissulare » di Umber, ecc. dimostra quanto da vicino il Garrod con la sua geniale intuizione abbia esaminato il problema dell'uricemia ben fermandosi sul fatto più importante.

Dal Garrod ad oggi è trascorso quasi un secolo ed in così lungo periodo di tempo, specialmente nell'ultimo trentennio, si è avuta una massa veramente imponente di osservazioni cliniche e di studi sperimentali tendenti allo scopo di accertare se realmente la ritenzione dell'acido urico, analogamente a quanto è ormai dimostrato per l'azoto ureico, fosse unicamente dovuta alla diminuita permeabilità del filtro renale o se invece fosse anche essa in rapporto ad altri fattori extra-renali quali ad esempio alterazioni del ricambio purinico o del nor-

male rapporto in acido urico fra sangue e tessuti, ecc. A questo punto credo necessario ricordare brevemente le moderne vedute sull'origine, sul modo di formazione e sulla trasformazione dell'acido urico nell'organismo umano.

Una delle più note ed interessanti controversie della biochimica è attualmente costituita dal dibattito fra coloro che ritengono l'acido urico prodotto terminale di scomposizione dell'acido nucleinico e quindi termine ultimo del ricambio purinico nell'uomo, ed i sostenitori di una ulteriore scissione dell'acido urico per opera di specifici fermenti uricolitici (uricasi) analoghi a quelli dimostrati in molti animali. Senza indugiarmi nell'esame di tale discussione ricordo che Brugsch e Schittenhelm hanno formulato una teoria che ritiene la gotta una malattia da diminuita distruzione dell'acido urico per mancanza di uricasi nel gottoso e che Tanhauser dimostrò invece che le ossipurine, derivanti dalla digestione della grossa molecola polinucleotidica liberata dall'albumina per opera dei fermenti peptici o triptici, vengono poi ulteriormente ossidate in acido urico che è il prodotto terminale del ricambio purinico nell'uomo; ed infine che nell'uomo non è stata dimostrata l'esistenza nel sangue di quel fermento uricolitico che invece esiste negli altri animali nei quali l'acido urico viene ulteriormente trasformato in allantoina e non rappresenta perciò in essi il prodotto ultimo del ricambio purinico. Ricordo pure che Folin ammette le possibilità di una « uricolisi ematica », mentre Rondoni ammette l'ipotesi di una « uricolisi facoltativa » che si produrrebbe cioè solo quando la concentrazione di acido urico nel sangue o nei tessuti supera una determinata « soglia ».

Per quello che concerne l'origine dell'acido urico la maggioranza degli autori

oggi ammette che essa sia duplice e cioè che l'acido urico derivi: 1) dai nucleoproteidi cellulari (acido urico endogeno, variabile nei diversi individui); e 2) dai nucleoproteidi alimentari (acido urico esogeno, variabile con la diversa alimentazione).

A proposito dell'origine dell'acido urico bisogna ricordare che l'acido urico endogeno non è del tutto indipendente dagli alimenti ingeriti anche se questi sono privi di purine; sappiamo infatti dalla biochimica generale che tutti i tessuti e gli organi concorrono, sebbene in grado diverso, alla produzione endogena dell'acido urico e che a tale sostanza mettono capo le complesse trasformazioni che subiscono nel loro metabolismo i nucleoproteidi costituenti essenziali dei nuclei cellulari.

Tralasciando la descrizione del meccanismo di derivazione dell'acido urico dai nucleoproteidi, ricordo per quello che riguarda la distribuzione dell'acido urico nell'organismo che questa sostanza si trova in quasi tutti gli organi, nelle feci, nella bile e soprattutto nel sangue e nelle urine. Non tutti gli autori sono ancora d'accordo sulla forma nella quale l'acido urico si trova nel sangue in quanto alcuni ritengono che esso si trovi libero ed altri combinato. Secondo Schade l'acido urico nel sangue si troverebbe in combinazione colloidale con le proteine del plasma (anche esse allo stato colloidale) e Lichtwitz ammette una azione protettiva dei colloidi del sangue sull'acido urico che impedirebbe la sua precipitazione nei tessuti.

Variazioni del tasso in acido urico del sangue:

Il contenuto di acido urico nel sangue è indubbiamente in rapporto con la dieta perchè una prolungata dieta apurinica lo diminuisce notevolmente e così pure lo diminuiscono gli alcalini, i derivati dell'acido fenilchinolincarbonico, ecc.

Per contro l'acido urico aumenta durante la digestione, dopo iniezioni di peptone, ingestione di alimenti ricchi di purine, nel saturnismo, ecc.

Allo scopo di eliminare l'influenza del fattore alimentare si consiglia perciò di praticare il dosaggio dell'uricemia sul sangue prelevato a digiuno e dopo aver tenuto per tre giorni il soggetto a dieta apurinica.

Inoltre l'acido urico può accumularsi nel sangue in quantità superiore alla norma (normalmente si ammette che l'uricemia oscilli nei soggetti normali a digiuno tra gr. 0,030 e gr. 0,045 ‰) per svariate condizioni riportabili tutte ad un aumento della produzione o ad una diminuzione della eliminazione dell'acido urico stesso. Le principali tra queste condizioni sono le seguenti:

1) condizioni alimentari in rapporto alla qualità e alla quantità delle proteine ingerite;

2) intossicazioni da piombo e somministrazione di taluni medicamenti come ad es. pilocarpina, acido ossalico, acido salicilico, purganti drastici, ecc.;

3) aumentata citolisi od uricolisi tissulare, che può verificarsi nelle leucemie, nelle affezioni cancerigne, nelle vaste ustioni, nella fatica, nella polmonite, ecc.;

4) turbe circolatorie: in quanto la rottura dell'equilibrio circolatorio determina un ristagno dell'acido urico nel sangue;

5) condizioni meccaniche disturbanti la escrezione renale a causa della ritenzione e distensione vescicale nei prostatici;

6) turbe renali con impermeabilità dell'epitelio renale ai composti azotati (nefropatie croniche).

Mi limito alle ultime condizioni che più ci interessano e cioè alle turbe renali; ma quanto son venuto esponendo finora giova a far meglio comprendere

che l'uricemia risente notevolmente di varie condizioni e forme morbose extrarenali che influiscono insieme alle nefropatie croniche sulla ritenzione nel sangue delle scorie uriche. E' chiaro infatti che questi complessi fattori extrarenali non sempre sono facilmente ed esattamente valutabili e perciò non possiamo prescindere del tutto da questi elementi extrarenali nella interpretazione dei risultati ottenuti. Dobbiamo invece con prudente valutazione considerare il dato « iperuricemia » unitamente a tutti gli altri dati clinici di laboratorio e solo così potremo conferire alla dimostrazione della ritenzione urica nel sangue un certo valore per la diagnosi di impermeabilità renale e per la valutazione del grado di questa impermeabilità, riuscendo così a formulare un giudizio diagnostico con sufficiente esattezza.

Venendo ora ad esaminare in breve rassegna i risultati conseguiti dai ricercatori che si sono occupati dell'argomento debbo ricordare che molti autori, specie francesi (Chauffard, Brodin, Grigaut, Weil, Folin e Denis, Majer, ecc.) hanno osservato nei nefritici cronici una precoce iperuricemia che hanno interpretato come dovuta a ritenzione della scoria urica e pertanto segno precoce di insufficienza renale, tanto da chiamarla « iperuricemia d'allarme » in analogia alla « azotemia d'allarme di Widal » (azotemia attorno ai gr. 0,50 ‰). Secondo gli autori sopra citati la ritenzione dell'acido urico nel sangue precede spesso la ritenzione dell'urea, si osserva fin dai primi stadi della insufficienza renale, e rimane talora per lungo tempo isolata costituendo pertanto l'unico segno della diminuita permeabilità del filtro renale, mantenendosi ancora entro i tassi normali l'azoto ureico e gli altri componenti dell'azoto non ureico. Craus e Weil ritengono che nelle nefriti croniche con insufficienza renale un tasso

di acido urico nel sangue superiore a gr. 0,10 ‰ sia un segno di prognosi infesta.

Steinitz ha notato l'esistenza di un certo parallelismo tra l'aumento del tasso uricemico e la gravità della lesione renale ottenendo nei confronti dell'acido urico risultati sovrapponibili a quelli ottenuti con la costante ureo-secretoria di Ambard. Anche il Manca ha osservato nelle nefriti un costante aumento della quantità di acido urico nel sangue ed ha pure notato che il comportamento di tale aumento è in netto rapporto col grado della lesione renale, nel senso che quanto più grave è la turba del potere funzionale dei reni tanto più alto è il tasso di acido urico nel sangue, mentre ad una lieve lesione della funzione renale corrisponde una lieve iperuricemia.

Il Manca ha anche eseguito contemporaneamente il dosaggio dell'azotemia e dell'uricemia dimostrando che spesso il loro comportamento è analogo. Inoltre il Manca, Cristol e Nicolich hanno notato in qualche caso di nefrite un aumento dell'acido urico nel sangue prima ancora che comparisse l'aumento dell'azotemia, confermando le osservazioni degli autori sopracitati (iperuricemia d'allarme).

Per quello che riguarda il rapporto esistente tra uricemia e pressione arteriosa Steffanutti ha notato una iperuricemia negli ipertesi renali, osservando pure una maggiore ritenzione notturna della scoria urica; anche il Manca ha trovato un rapporto abbastanza netto tra uricemia e pressione sanguigna nel senso che l'ipertensione arteriosa si accompagna alla iperuricemia.

Più recentemente altri autori francesi (M. Labbè, Violle e Nepveux) studiando il comportamento dell'acido urico ed il rapporto tra purine libere e purine combinate sia nei gottosi che nei nefrosclerotici hanno osservato che nella gotta

si ha una ritenzione globale sia dell'acido urico che degli altri prodotti intermedi del ricambio dei nucleoproteidi (purine combinate e cioè adenina, guanina e corpi pirimidinici).

Rathery, Dorat e Traverse hanno osservato che nelle nefriti acute con ritenzione di azoto si ha spesso una iperuricemia che è sempre parallela alla iperazotemia.

Così AA. italiani (Marcolongo e Maestri) studiando il ricambio purinico negli ipertesi essenziali e nelle nefriti acute e croniche hanno osservato una certa tendenza alla ritenzione dell'acido urico nella ipertensione essenziale: tale tendenza poi diviene sempre più spiccata e frequente nelle nefriti acute e specialmente nelle croniche nelle quali è possibile dimostrare l'esistenza di un certo parallelismo tra grado di alterazione del bilancio purinico e grado di insufficienza renale.

Infine recentissime ricerche di un autore italiano (Bongini) sembrano confermare ancora una volta i risultati dei precedenti ricercatori dimostrando la esistenza di una ritenzione ematica di acido urico negli ipertesi renali; a tale ritenzione ematica corrisponde un deficit dell'eliminazione urinaria di acido urico, il che fa ritenere che il meccanismo patogenetico della ritenzione urica, anche se in parte dovuto ad un certo grado di ritenzione tissulare della scoria urica, è in gran parte da imputare alla lesione del filtro renale. Questo autore ha trovato negli ipertesi renali una discreta iperuricemia di base con tasso uricemico variabile tra gr. 0,041 e 0,067 ‰, e con un valore medio di gr. 0,057 ‰; i valori uricemici più alti si ebbero negli ipertesi nefritici cronici. Il Bongini ha anche eseguito la prova di carico iniettando endovena un grammo di acido urico ed ottenendo una curva uricemica, alla prima, terza e sesta

ora, con valori massimi più elevati del normale e con fase decrescente prolungata (ritardo di eliminazione dell'acido urico). Nel confronto fra il tasso uricemico e quello azotemico l'autore ha rilevato però che l'aumento dell'acido urico fu solo del 95 % mentre l'aumento dell'urea fu del 300 % rispetto ai valori normali.

Come chiaramente risulta dalla letteratura suesposta, il dosaggio dell'acido urico nel sangue sembrerebbe avere un notevole valore prognostico nelle nefropatie croniche ed anzi, fatto particolarmente importante dal lato prognostico, in taluni casi gravi di nefrite con azotemia non molto elevata si sarebbe riscontrata una spiccata iperuricemia. L'uricemia pertanto permetterebbe di svelare fin dal suo primo inizio l'insufficienza renale perchè l'aumento dell'acido urico nel sangue precederebbe l'aumento dell'azoto ureico.

Ma contro le sopracitate opinioni consideranti l'iperuricemia da ritenzione un segno precoce di una incipiente insufficienza renale ed ammettenti perfino che l'aumento dell'acido urico nel sangue possa precedere la ritenzione ureica, altri autori fra i quali Brochner, Mortensen, ecc. negano l'esistenza di tale precoce ritenzione ematica dell'acido urico nelle nefriti croniche e affermano invece che la ritenzione ureica è molto più precoce ed intensa di quella dell'acido urico.

Da quanto ho esposto finora chiaramente risulta quale grande importanza possa avere lo studio del comportamento dell'uricemia nelle malattie renali in quanto esso può costituire un importante ed esatto mezzo di esplorazione della funzionalità renale. Certo il problema del metabolismo dell'acido urico è molto complesso ed in taluni punti oscuro; sono perciò necessarie ulteriori sistematiche ricerche effettuate su un

vasto materiale per poter trarre conclusioni pratiche attendibili su tale importante argomento. E' da augurarsi perciò che il continuo progresso dei metodi di analisi chimica dei componenti del sangue renda sempre più facilmente praticabile e perciò sempre più diffuso il dosaggio dell'acido urico nel sangue in modo da poter meglio penetrare l'intimo e complesso meccanismo del ricambio dell'acido urico e da poter introdurre a fianco degli altri metodi di esame della funzionalità renale anche lo studio del comportamento dell'uricemia.

Riassumendo la ricca ed alquanto controversa letteratura riguardante il valore prognostico dell'uricemia nelle nefropatie croniche ritengo di poter giungere alle seguenti conclusioni:

1) nei nefritici cronici esistono quasi certamente deviazioni dalla norma nella distribuzione dei nucleoproteidi, consistenti in una più o meno spiccata ritenzione della scoria urina nel sangue ed in parallelo deficit dell'eliminazione urinaria. Ciò può esser dovuto in parte al fatto che il filtro renale leso riduce anche per l'acido urico la propria capacità di concentrazione, ed in parte al fatto che le modificazioni fisico chimiche esistenti nel sangue dei nefritici cronici possano favorire la ritenzione tissulare dell'acido urico [ipotesi dell'alterazione della permeabilità dell'endotelio dei capillari sanguigni verso la scoria urica (Rondoni)];

2) tale ritenzione dell'acido urico nel sangue è però netta solo quando le lesioni renali sono di una certa entità;

3) non esiste alcun netto e costante parallelismo tra il comportamento dell'uricemia e quello dell'azotemia, infatti secondo alcuni degli autori sopracitati l'iperuricemia sarebbe spiccata e precoce, secondo altri nettamente inferiore all'azotemia;

4) come dimostrano i quasi con-

cordi risultati finora conseguiti all'uricemia spetta indubbio valore diagnostico e prognostico quando sia possibile effettuare la curva di carico con acido urico che sarebbe forse in grado di svelare anche lesioni renali lievi e clinicamente latenti. La prova di carico con acido urico meriterebbe forse di entrare fra gli altri metodi di esplorazione della funzionalità renale e potrebbe mostrarsi forse così sensibile da riuscire a mettere in evidenza anche i più lievi stadi di deficit funzionale.

Ora quale valore possiamo oggi attribuire all'iperuricemia nel campo della medicina delle assicurazioni-vita?

Secondo i già citati autori Craus e Weil ad una uricemia superiore a gr. 0,050 ‰ si deve attribuire il valore di segno precoce di insufficienza renale.

Per contro altri autori osservano che i valori del tasso uricemico possono presentare notevoli oscillazioni anche nei soggetti sani e perciò infirmano il valore diagnostico e prognostico della uricemia.

La curva di carico con acido urico avrebbe senza dubbio un notevole valore diagnostico e prognostico anche nel campo della medicina dell'assicurazione vita ma purtroppo questa ricerca presenta nella pratica assicurativa un inconveniente così grave da renderla almeno per ora praticamente inapplicabile; è noto infatti che oltre a richiedere ripetute punture venose, essendo necessario prelevare almeno 10 cc. di sangue per ogni dosaggio, la prova di carico con acido urico richiede la iniezione endovenosa di un grammo di acido urico.

Starna in una recentissima comunicazione sulla « valutazione col metodo quantitativo del rischio albuminurici in assicurazione vita » ha proposto la introduzione della uricemia come elemento del coefficiente ematochimico per la valutazione della sopramortalità, dando un

certo valore al tasso uricemico qualora superi la cifra limite di gr. 0,050 ‰. Lo Starna propone di praticare il dosaggio dell'uricemia sul sangue prelevato a digiuno negli assicurandi tenuti a vitto normale, cioè senza preventiva dieta apurinica.

Sulla base di quanto oggi conosciamo sul valore diagnostico e prognostico dell'iperuricemia nelle nefropatie croniche credo di poter affermare che il dosaggio dell'uricemia può venire utilmente usato ai fini della valutazione del rischio nella pratica assicurativa quale mezzo sussidiario di esplorazione della funzionalità renale potendo venire facilmente effettuato contemporaneamente al dosaggio della azotemia senza arrecare ulteriore disturbo all'assicurando.

Naturalmente il dato « iperuricemia » non va considerato da solo ma inquadrato nel complesso di tutti gli altri dati clinici e di laboratorio. Per valutare l'eventuale influenza di alimenti ricchi in

purine si potrà tener conto delle dichiarazioni dell'assicurando sulla composizione dei pasti nei giorni immediatamente precedenti all'esame; e, quando ciò sia possibile, si potrà eventualmente rinviare il prelevamento a dopo un conveniente periodo di dieta apurinica.

BIBLIOGRAFIA

- BONGINI O., *Policlinico*, Sez. Pratica, 1939, n. 11.
 — *Settimana Medica*, 1939, n. 10.
 BRODIN, CHAUFFARD e GRIGAUT, *La Presse Médical*, 1920, n. 92.
 CECONI, *Malattie del ricambio*, Min. Med., 1928.
 DE CANDIA, *Riforma Medica*, 1930, giugno.
 LABBÈ, VIOLLE e NEPVEUX, *Presse Médical*, 1936, n. 60.
 MANCA, *Policlinico*, Sez. Pratica, 1932, n. 23.
 MARCOLONGO e MAESTRI, *Policlinico*, Sez. Med., 1935.
 RONDONI, *Biochimica*, U.T.E.T., 1925.
 STEFFANUTTI, *Min. Med.*, 1932, n. 50.
 STARNA, *Assistenza Sanitaria*, 1937, n. 4.
 — *Comunicazione all' VIII Congresso Italiano di Medicina legale e delle Assicurazioni*, Padova, 1940.

TUBERCOLOSI RENALE

Esiti lontani della nefrectomia in rapporto all'Assicurazione Vita

Dott. TOMMASO CICU

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

Capita, qualche volta, di dover sottoporre a visita medica per ingresso in assicurazione, individui che hanno subito in un passato più o meno recente un intervento operativo per nefrectomia a causa di tubercolosi renale. Da qualche anno il C.I.R.T. ha dato più ampie possibilità assicurative per le persone pure gravemente minorate, semprechè si trovino in buone condizioni fisiche al momento de loro ingresso in assicurazione, compatibilmente alla loro minorazione.

Così anche i nefrectomizzati per t.b.c. renale, semprechè non abbiano segni clinici o radiologici manifesti di altre

lesioni tubercolari, possono usufruire del beneficio assicurativo.

Onde portare un modestissimo contributo allo studio della mortalità di questi operati, è stato mio intendimento raccogliere alcuni dati statistici che riporterò più avanti.

Gli assicurandi nefrectomizzati che si presentano a noi, sono delle più disparate classi sociali, e questo sta a denotare che la t.b.c. renale è diffusa indistintamente in tutti i ceti. Essa, lasciata a sè o curata medicalmente, porta inevitabilmente a morte.

Cirio riporta una statistica di Persson in cui risultano morti l'84,5 % dei casi

non operati, a distanza più o meno lunga (la massima mortalità — 32 % — l'ha riscontrata fra i tre ed i cinque anni).

Le opinioni di vari AA. nel considerare le morti sia come dovute all'intervento operatorio, sia alle sue complicazioni, sono molto discordi.

Generalmente ora la maggioranza degli Autori comprende nella mortalità operatoria quella che si verifica entro il primo mese dalla nefrectomia (Cirio). Detta mortalità attualmente si aggira tra 0 ed il 12,9 %.

Gli esiti lontani della nefrectomia sono variabili a seconda che si consideri la statistica totale senza distinzione, oppure i casi senza lesioni extra renali ovvero quelli complicati da lesioni tubercolari in altre parti del corpo.

Le statistiche globali indicano che nei casi unilaterali la nefrectomia riesce a salvare circa 3/4 dei malati. Israel segnala una mortalità tardiva del 25 %, Persson del 24 %, Costantinesco e Vinctici del 15,4 %, Thèvenot del 36,8 %, Walker dal 12 % al 30 %, Fullerton del 27,3 %, Contamin del 34,3 % (Cirio).

La mortalità tardiva dei nefrectomizzati è determinata il più delle volte da malattie dell'altro rene (44,4 % secondo Persson; 40,5 % secondo Israel). La tubercolosi polmonare vi contribuisce col 35 % secondo Persson, ovvero col 43,2 % secondo Israel; la tubercolosi miliare acuta si aggirerebbe, secondo i due su nominati autori, attorno al 13 %.

Secondo il giudizio di vari altri AA., il pronostico operativo sarà più riservato quando si scoprono nell'ammalato precedenti tubercolari, e lo sarà meno se queste lesioni specifiche sono genitali od osteo articolari, mentre acquisterà un particolare grado di gravità se le lesioni tubercolari consistono in localizzazioni polmonari.

Noi, medici di Istituti di Assicurazione sulla vita, ci facciamo una doman-

da: dopo quanto tempo dall'intervento operatorio possiamo giudicare definitivamente guarito un nefrectomizzato?

Mi piace riferire testualmente le parole del Cirio:

« ... per quanto la nefrectomia abbia una influenza importantissima, la guarigione definitiva e completa degli ammalati di tubercolosi renale dipende da moltissimi fattori extrarenali ». E più avanti:

« Il quadro cambia se si considera non solo la guarigione degli ammalati dal punto di vista unitario, ma anche di qualsiasi lesione tubercolare..... buona parte di essi muore a distanza più o meno lunga dalla nefrectomia ».

E' cosa comunemente nota che, dopo nefrectomia, possono persistere anche per lungo tempo pollachiuria, poliuria, dolori alla minzione ed eventualmente piuria. Ora il Persson considera come completamente guariti quei nefrectomizzati che tre o più anni dopo la nefrectomia non accusano più alcuno dei disturbi suaccennati, sono cresciuti di peso e sono tornati alle loro ordinarie occupazioni.

Secondo le statistiche dei vari AA. che si sono occupati dell'argomento, la guarigione completa e definitiva va dal 53,3 % al 77,7 % con una media del 65,5 %.

Il Cirio ha trovato il 49,68 % di guarigioni perfette, controllate a distanza di tempo e conclude che circa i due terzi dei nefrectomizzati guariscono quasi completamente.

Secondo il Beguin metà degli operati guariscono perfettamente. Secondo il Nisio la nefrectomia per t.b.c renale, salvo casi eccezionali o disgraziati, è sempre seguita da guarigione duratura.

Dall'esame di 892 cartelle cliniche di malati per affezioni le più svariate, ricoverati tra l'ottobre 1932 ed il giugno 1936 presso la R. Clinica Chirurgica di

Sassari (1) ho potuto riscontrare 28 nefrectomizzati per tubercolosi renale (3,10 %) tra cui 10 maschi e 18 femmine. Di questi 28 ne ho seguiti 20, non avendo potuto in alcun modo aver ragguagli sugli altri 8.

Tra essi ho rilevato quanto segue:

2 morti in seguito ad operazione;

2 morti entro tre anni dall'operazione (si trattava di aggravamento di una forma bilaterale ed una diffusione del processo tubercolare ai polmoni);

4 morti tra i tre ed i cinque anni per forme polmonari ed altre localizzazioni tubercolari;

12 godono tutt'ora buona salute (operati tra il 1932 ed il 1934).

In definitiva le guarigioni cliniche persistenti oltre i 5 anni si aggirerebbero sul 60 % dei casi da me esaminati.

Secondo statistiche di vari AA. quali Israel, Mendel, ecc. la presenza di bacilli tubercolari nelle urine dei nefrectomizzati si riscontra anche a distanza di 6 anni. Ravasini in un suo studio ha constatato una percentuale del 28,5 % di individui che presentavano bacilli di Koch nelle urine ad una distanza dalla nefrectomia di 6 mesi fino ad 8 anni.

Il permanere così a lungo del bacillo tubercolare nelle urine è cosa di massimo rilievo in quanto è evidente che l'individuo, pur essendo clinicamente guarito, può, da un momento all'altro, ricadere con una forma di tubercolosi la più varia. Il Ravasini fa notare che gli AA. sono concordi nell'affermare che negli uomini la orina rimane più a lungo bacillifera che nelle donne: ciò è spiegato col fatto che nell'uomo vi è frequente concomitanza di tubercolosi urinaria e genitale, specialmente della prostata e delle vescichette seminali.

(1) Sento il dovere di ringraziare vivamente il Prof. P. Delitala, Direttore della R. Clinica Chirurgica di Sassari, che mi ha permesso di fare i rilievi statistici.

In definitiva davanti ad individui nefrectomizzati per t.b.c. renale che desiderano beneficiare dell'assicurazione sulla vita, il medico di un Istituto assicuratore dovrà dare il suo giudizio in base a un diligente vaglio dei dati rilevati sia dall'anamnesi che dall'esame obiettivo.

Ritengo pertanto, in base all'esame delle statistiche dei vari AA., che si debbano rifiutare quegli individui che al momento della visita medica non abbiano passato i 5 anni dalla nefrectomia, anche se le condizioni generali siano apparentemente buone.

Coloro i quali avranno invece passato questo limite, potranno venire accettati in assicurazione, con un sovrappremio che sarà stabilito in volta in volta a seconda dei dati rilevati dall'anamnesi familiare e personale remota, dall'età dell'assicurando e dalle variazioni del suo peso, elemento questo non ultimo per il giudizio definitivo.

A complemento dell'esame clinico e degli eventuali rilievi anamnestici, è di capitale importanza l'esame delle urine col metodo dell'arricchimento per la ricerca del bacillo di Koch, in quanto un esame che dia risultato positivo comporta necessariamente un giudizio alquanto diverso anche in quei casi in cui siano passati 5 anni dall'intervento operativo.

BIBLIOGRAFIA

- BEGUIN P., *Compendio di Patologia Chirurgica*.
 BONINI, *La diagnosi precoce della t.b.c. renale*.
 « Riforma medica », n. 43, 1936.
 CIRIO G., *Sugli esiti lontani della nefrectomia per tubercolosi renale*. « Minerva Medica », n. 38, 1935.
 GABBIANELLI L., *Alcuni elementi per la diagnosi precoce della t.b.c. renale*. « Riforma Medica », n. 17, 1936.
 NISIO, *Relazione alla Federazione Naz. Fascista per la lotta contro la tubercolosi*. Sez. di Bari, nel 1935. « Consorzio antitubercolare », n. 1, 1937.
 RAVASINI G., *Sulla persistenza della bacilluria tubercolare dopo nefrectomia per tubercolosi renale*. « Minerva Medica », n. 24, 1936.

LA PRESSIONE ARTERIOSA NEI TUBERCOLOTICI

Dott. MICHELE ANDREUCCI

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

E' ben nota la comune opinione della ipotensione nella tubercolosi. MARFAN pel primo, nel 1891, notò nei tubercolotici polmonari una marcata ipotensione arteriosa. Nel 1902 POTAIN riscontrò tale ipotensione in tutti gli infetti da bacillo di Koch e la trovò con una frequenza tale da giungere ad attribuire alla ipotensione stessa una grande importanza per la diagnosi precoce di tubercolosi. Egli mise inoltre in evidenza l'importanza diagnostica e differenziale dello studio della pressione arteriosa tra clorosi e tubercolosi al suo stadio iniziale, in quello stadio cioè in cui può più facilmente essere confusa con la clorosi stessa: mentre in questa si ha pressione arteriosa normale, in quella si avrebbe invece ipotensione.

Dopo di essi una serie notevole di ricercatori (MAUSSE, RAJNAUD, TEISSIER, GALLAVARDIN, ecc.), pur non accettando integralmente l'opinione di POTAIN, ammetteva come frequentissima l'ipotensione arteriosa negli ammalati di tubercolosi, sebbene in una discreta percentuale dei casi si possano riscontrare valori normali o addirittura valori superiori alla norma.

BELLIBONI trovò che l'ipotensione è più spiccata negli stadi più avanzati della malattia. CARDILLO e TARANTOLA trovarono ipotensione nei casi ad esito infausto; negli altri casi invece o pressione normale o lieve ipotensione. BROCKMANN trova su 100 casi 88 con ipotensione, 10 normotesi, 2 ipertesi. NAUMANN invece su 100 casi di tubercolosi cronica inattiva e apirettica, trova 69 casi con tensione a 130 mm. di Hg (col Gaertner) e 18 soltanto con tensione inferiore a 115 mm. di Hg.

STIVELMANN (1927) ritiene che fin dal principio della malattia la tensione è inferiore alla normale, e che si abbassa col progredire delle lesioni. Essa sarebbe elevata negli infermi con lesioni fibrose.

Secondo BOHLAND l'abbassamento tensionale è più forte e frequente negli individui giovani che nei vecchi, e più nei primi tempi della malattia.

Alcuni AA. (HOCHLAUS, LIEBERMEISTER) affermano che l'ipotensione è più in rapporto con la natura anatomo-patologica della lesione che con la estensione di questa.

GLAROS invece (1928) studiando 100 casi di tubercolosi polmonare ha trovato 87 con tensione perfettamente normale, 1 con ipertensione permanente, 3 con passeggera ipotensione e 9 con ipotensione permanente. Onde conclude che nei tubercolotici apirettici, di cui lo stato generale è buono, la pressione è normale, anche se sono portatori di lesioni cavarie. Quando si ha discesa della tensione, questa è dovuta alla febbre, alla fatica, alla cachessia o per lo meno a una deficienza dello stato generale, analoga a quella che esiste nelle altre infezioni. Egli attribuisce la grande differenza tra la propria statistica e quella dei precedenti AA. al fatto che le misurazioni di questi ultimi erano fatte in ospedale, ove i malati sono affaticati e deboli (e la fatica e il surmenage bastano da soli a produrre ipotensione), febbrili; demoralizzati; mentre il GLAROS ha fatto le sue misurazioni in sanatorio, dove tutte queste cause di errore sono molto meno frequenti.

Ed anche JACQUEROD (1929) ritiene che i tubercolotici cronici apirettici non

hanno ipotensione. In quelli febbrili, al principio della malattia, si osserva ipotensione temporanea che scompare quando l'ammalato è senza febbre e migliora.

STRANDGOARD ha notato la pressione arteriosa sistolica diminuita nei tubercolotici febbricitanti, con scadente stato di nutrizione, con abbondante espettorato positivo per il bacillo di Koch; valori normali negli apirettici con buono stato di nutrizione ed espettorato negativo pel bacillo di Koch; valori superiori alla norma in forme di tubercolosi talora anche avanzata in cui però si erano aggiunte altre affezioni, specialmente l'arteriosclerosi e la nefrite, o nei casi in cui l'affezione evolveva su un terreno gotoso o diabetico (EMERSON) o nella menopausa, nell'alcoolismo, ecc.

Per FERNANDEZ e GUTIERREZ (1930) la pressione arteriosa è uguale nei due bracci, contrariamente a quanto aveva segnalato CYRIAX; l'ipotensione non è più frequente nei giovani che negli adulti; le modificazioni della tensione si osservano con eguale percentuale sia nei casi a evoluzione favorevole sia in quelli a evoluzione sfavorevole. Onde concludono che il valore della tensione arteriosa nella tubercolosi è molto relativo.

Per LEURET e CAUSSIMON (1930) la ipotensione non è necessariamente appannaggio delle forme gravi, anzi le forme di tubercolosi polmonare a prognosi severa possono dare tensione arteriosa normale o quasi.

STEPHANI (1931) invece ritiene che la pressione segue di pari passo l'evoluzione della tubercolosi polmonare, ascendendo nei casi migliorati, rimanendo stazionaria nei casi stazionari, ulteriormente abbassandosi nei casi peggiorati.

Tutti gli AA. di cui son venuto esponendo le varie conclusioni, le quali non sono certamente le più concordi fra loro, si sono occupati nelle loro ricerche esclusivamente delle pressioni estreme: Mas-

sima e Minima. Ma non sono mancati gli studi sul comportamento della Pressione Media nella tubercolosi, dopo che la ricerca della Pressione Media è tornata in onore. E così AMATUCCI MALLARDO (1932) dopo avere studiato i tre valori pressori in 35 tubercolotici polmonari, conclude che in tali malati esiste con alta percentuale una diminuzione della Pmx; la Pmn non segue le diminuzioni della Pmx, mantenendosi invece per lo più nei valori normali; e la Pmd presenta anch'essa un comportamento normale nella maggioranza dei casi.

CALABRESI (1932) in 60 malati di tubercolosi polmonare ha trovato che in 39 di essi tutti tre i valori pressori si mostravano sufficientemente concordi, vale a dire che l'ipotensione della Media trovava riscontro nella corrispondente ipotensione della Massima e della Minima. Negli altri 21 pazienti invece la Pmd appariva dissenziente, mai in modo notevole, dalle pressioni estreme. L'A. però non crede di poter attribuire tale divergenza di comportamento della Pmd ad un peculiare comportamento clinico nei riguardi dell'affezione tubercolare, non rappresentando i 21 pazienti un gruppo sufficientemente omogeneo.

TREMONTI (1933) ha trovato, tanto nei soggetti ad abito astenico, quanto nei normotipi, la Pmx abbassata, molto di più nei primi che nei secondi, in cui qualche volta ha notato normali od anche superiori alla norma, mentre le pressioni media e minima, in tutti i soggetti da lui esaminati, si mantenevano press'a poco nei limiti della normalità.

PETRERA (1936) riscontra nella grande maggioranza dei casi da lui esaminati (90 %) una diminuzione di tutti tre i valori pressori, diminuzione spesso proporzionale alla estensione delle lesioni specifiche polmonari. Egli ha frequentemente osservato un parallelismo tra ipotensione e carattere evolutivo delle for-

me morbose, e ritiene segno prognostico grave il riscontro di una notevole ipotensione.

Circa la patogenesi di tale ipotensione, la maggior parte degli AA. è d'accordo nel riconoscere il potere ipotensivo, diretto o indiretto, delle tossine tubercolari. Queste non risparmierebbero nessun organo nella nefasta loro azione lesiva; e sia agendo sui vasi o sui centri o sui nervi vasomotori, determinando vasodilatazione (GHON), sia sulle fibre del miocardio (MARFAN e BERABÉ) provocando la degenerazione grassa di esse, produrrebbero una diminuzione della tensione sanguigna.

LIEVERATO ritiene che l'ipotensione dei tubercolotici sia dovuta all'azione delle tossine tubercolari sulle ghiandole surrenali, e nota, a conforto del suo asserto, come sia frequente riscontrare sulla cute dei tubercolotici macchie bruno-scure, che egli senz'altro chiama addisoniane.

Secondo le ricerche di LUISADA, molta importanza hanno nel determinismo della ipotensione nella tubercolosi polmonare le elevazioni di tono del circolo polmonare e di quello epatico, come capaci di ridurre, per periodi di varia durata, l'apporto del sangue verso il cuore sinistro.

STEPHANI nota che il ricambio rallentato e la deficienza di ormoni sono causa di una cattiva attività cardiaca.

Altri AA. danno importanza all'anemia che frequentemente si riscontra in tali malati.

JONNEAU e BRULY pensano alla ipotetica azione comprensiva da parte di masse adenoidi sul vago.

TEISSIER oltre che ai veleni tubercolari, attribuisce l'ipotensione ai sali di potassio.

Se fra tante teorie ed ipotesi si agita la patogenesi della ipotensione, anche meno chiara è la patogenesi della iper-

tensione che talora è stata riscontrata nei tubercolotici. Secondo CALMETTE le tossine tubercolari in individui giovani ma da lungo tempo malati possono provocare estese lesioni arteriosclerotiche, le quali determinerebbero ipertensione.

W. GALLI per spiegare come mai si possa verificare un aumento della pressione pensa ad un'azione indiretta o diretta (per via ormonica o sanguigna) delle tossine tubercolari sui centri vasomotori o sulle terminazioni nervose vasali.

Secondo MAUSSE la sovralimentazione e l'aumento del peso corporeo fanno salire la pressione massima anche di venti mm. di Hg in poche settimane, specie se le condizioni generali sono buone e le lesioni sono limitate.

TREMONTI ha avanzato l'ipotesi che il fattore costituzionale abbia notevole importanza nel determinismo delle modificazioni della pressione arteriosa nella tubercolosi. Talora esso può sommarsi al fattore infezione, talora invece può limitarne gli effetti.

Da quanto ho esposto appare evidente la scarsità della chiarezza e della concordia delle idee; perciò ho intrapreso le mie ricerche, le quali si sono svolte in due tempi. In un primo tempo ho studiato la pressione arteriosa nei bambini tubercolotici, ed in un secondo ho studiato il comportamento della pressione stessa nei tubercolotici adulti.

Le prime mie ricerche sono state eseguite su 105 bambini di ambo i sessi e dell'età da uno a dodici anni. Mi sono servito dello sfigmomanometro oscilometro di PACHON fabbricato da BOULITTE. Ho usato il bracciale ad una sola tasca per la necessità di avere un bracciale proporzionato ai piccoli soggetti in esame. Le misurazioni sono state fatte sempre lontane dai pasti principali, e ripetute più volte nello stesso soggetto,

onde ottenere che fosse scomparso l'effetto della sorpresa nei più grandicelli e dello spavento nei più piccoli. Ho fissato la Pmx nel punto dove le piccole oscillazioni premassimali cominciano ad ampliarsi: la prima oscillazione crescente ho riconosciuto come Pmx. Ho situato la Pmd nel punto della massima oscillazione. E nei casi in cui tale oscillazione perdurava con valori manometrici diversi (la curva *en plateau* già osservata da PACHON e da tutti gli AA.) ho dovuto accettare il criterio di PACHON stesso, il quale affermava che in questi casi la pressione media è data dal valore medio aritmetico della curva *en plateau*. VAQUEZ e i suoi collaboratori, usando un bracciale di cm. 14 di altezza, riescono sempre a registrare l'oscillazione massimale unica. Ho già detto che per la giovine età dei soggetti da me esaminati ho dovuto usare un bracciale ad essi adatto. Ho fissato la Pmn al punto iniziale di una zona terminale di oscillazioni deboli e pressochè uniformi, così come hanno dimostrato MAC WILLIAM, MELVIN, ERLANGER, GALLAVARDIN, DE MAYER.

Dall'esame dei risultati da me ottenuti risulta in modo molto chiaro ed evidente un fatto principalissimo: che cioè la massima parte dei bambini esaminati, tutti sicuramente affetti da infezione o da malattia tubercolare con varie localizzazioni (polmonare, peritoneale, ossea, ghiandolare ed ignota) ha tensione arteriosa normale per tutti tre i valori pressori. Solo una minima percentuale dei bambini da me esaminati, e precisamente il 9,5 %, ha una pressione nettamente inferiore alla norma.

Nel secondo tempo delle mie ricerche ho studiato la pressione arteriosa nei tubercolotici adulti. Mi è stato possibile estendere ampiamente il campo delle mie ricerche per la favorevole circostanza di essermi trovato per lungo tempo nella

Venezia Tridentina, avendo quindi a mia disposizione, per la cortese concessione dei Direttori, gran parte dei Sanatori della zona. Le misurazioni sono state da me eseguite in 683 soggetti adulti, di sesso maschile e femminile, tutti affetti da tubercolosi polmonare, in vario stadio di evoluzione, tutti con espettorato positivo pel bacillo di KOCH. Mi sono servito per tali misurazioni dell'apparecchio a mercurio ERKAMETER, usando il metodo ascoltorio sia per la Pmx sia per la Pmn. Come al solito, ho avuto cura di procedere alle misurazioni nelle ore del mattino, lontane dai pasti principali.

Dei 683 soggetti da me presi in esame ben 599, vale a dire l'87,6 % hanno dimostrato una pressione perfettamente normale, mentre in 18 casi, cioè nel 2,6 %, ho notato ipertensione permanente, e soltanto nei rimanenti 66 casi, cioè nel 9,8 %, ho trovato ipotensione completa.

Come si vede, i risultati da me ottenuti sia nei soggetti giovanissimi sia in quelli adulti concordano perfettamente tra di loro, con cifre di percentuali che potrebbero anche sembrare artefatte, tanto poco differiscono l'una dall'altra.

La maggior parte dei soggetti da me trovati ipotesi si trova in cattive condizioni generali: si tratta di individui notevolmente denutriti, con temperature fortemente febbrili, profusi sudori notturni, frequenti accessi di tosse scuotente ed emetizzante. Ed ho potuto sicuramente constatare che col peggiorare delle condizioni generali si aggrava l'ipotensione arteriosa, mentre che essa migliora fino anche a scomparire col migliorare delle condizioni generali del paziente.

Non deve recar meraviglia il risultato delle mie ricerche, pur essendo esso in contrasto evidente con la opinione della maggioranza degli AA. E' noto che la

tubercolina è un veleno spiccatamente simpatico-tropo e simpatico-tonico: ben naturale è quindi il valore normale della pressione arteriosa, e bene si giustifica il valore superiore alla norma da me trovato in un piccolo gruppo di soggetti sia bambini che adulti.

Senza dubbio, quando le tossine tubercolari, incessantemente prodotte nell'organismo malato, giungono ad intaccare questo nei suoi centri regolatori, e determinano la febbre, l'anoressia, la cachessia, si ha, logica conseguenza, un abbassamento della tensione arteriale. La quale perciò fa parte non del quadro clinico della tubercolosi, ma del quadro della cachessia e della febbre, le quali possono essere determinate da tutte le infezioni o affezioni acute e croniche.

Molti dei miei soggetti normotesi si trovano, come ho già detto, in pessime condizioni polmonari, ed hanno l'espettorato positivo pel bacillo di KOCH, e ciononostante conservano tensione arteriosa normale. Non è quindi la infezione tubercolare e nemmeno la tubercolosi polmonare che determina l'abbassamento tensionale.

Da ROKITANSKI in poi è stata osservata la anormale piccolezza del cuore e dell'aorta nei tubercolotici. Ma questo cuore piccolo non è atrofico, acquisito, bensì ipoplasico (VIRCHOW), congenito. E secondo ASCHOFF la piccolezza congenita del cuore e dei vasi avrebbe una funzione concomitante o predisponente alla tisi. DE GIOVANNI, negli individui

appartenenti alla sua prima combinazione morfologica, trova che il cuore « si presenta alquanto deficiente nello sviluppo complessivo ».

Anche questa esilità congenita del cuore e dei vasi dei tubercolotici può essere una causa di ipotensione arteriosa, anch'essa congenita e facente parte del tipo somatico.

Dai miei studi credo di poter sicuramente concludere che la infezione tubercolare non è causa diretta di ipotensione arteriosa. Questa si verifica solamente quando lo stato generale del tubercoloso è gravemente compromesso sia dalla febbre sia dalla cachessia, provocate dagli stati avanzati della infezione tubercolare, come da qualunque altra infezione o affezione acuta e cronica.

L'importanza che tali conclusioni hanno pel Medico di Assicurazione è molto evidente. La concezione comunemente diffusa della ipotensione nei tubercolotici potrebbe fare escludere *a priori* l'infezione tubercolare in un soggetto la cui pressione arteriosa fosse contenuta nei limiti della norma, facendo sorvolare sull'esame obiettivo accurato dell'assicurando. Diffondendo invece il concetto che molto spesso, ed anzi quasi sempre, il tubercolotico ambulatorio ha una pressione normale, si mette in guardia il Medico di Assicurazione sulla necessità di esaminare sempre e con la dovuta attenzione l'apparato respiratorio dell'assicurando, dopo una meticolosa indagine anamnestica.

L' ECO DELLA STAMPA

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

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

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

*Indagini di Statistica Medica***COSTITUZIONE E GENTILIZIO**

Dott. PIETRO CIATTI

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

La costituzione individuale può essere messa in relazione col gentilizio? Ritengo importantissima tale domanda nel campo assicurativo nel quale si devono tenere in considerazione particolare, per la valutazione del rischio, questi due fattori. E' infatti logico pensare una maggiore facilità ad ammalarsi per una determinata forma morbosa in quei soggetti che, oltre a presentare una costituzione ad essa predisponente, presentano pure il loro gentilizio tarato per la malattia considerata.

Bisogna però riconoscere che lo studio delle caratteristiche ereditarie e perciò costituzionali nei discendenti (in quanto il fenomeno eredità deve essere messo alla base di ogni valutazione costituzionalistica) è uno dei più difficili per la complessità dei quesiti che prende in considerazione e per il presentare esso una importanza sociale di primissimo ordine in vista specialmente della questione posta da Autori di diverse nazioni nei riguardi, in modo particolare, degli eredo-tubercolosi, vale a dire se, essendo gli eredo-tubercolosi effettivamente dei predisposti per il loro abito costituzionale, non si debba tendere a limitarne, prima le nascite, poi non si debba circondarli di tutte le provvidenze capaci di aumentarne la resistenza organica.

La ricerca della modalità con cui si compie lo sviluppo nei discendenti da genitori tarati e precisamente la ricerca della maggiore o minore frequenza con cui si riscontrano in tali discendenti quegli errori evolutivi cui si suol dare significato di fattori costituzionali pre-

disponenti alla malattia da cui erano affetti gli ascendenti, ha interessato ed interessa molto i costituzionalisti. Come è possibile non pensare per esempio che l'abito tifico di un figlio nato da genitori tbc. non abbia, per l'insieme degli attributi onde esso risulta, vale a dire per quelle particolari condizioni di terreno che favoriscono lo sviluppo della tubercolosi e che possono essere considerati fattori costituzionali predisponenti alla tisi stessa, una qualche relazione con la malattia che portò a morte gli ascendenti?

A proposito sempre dell'abito astenico di Stiller i costituzionalisti, mediante studi sugli eredo-tubercolosi sottratti sin dalla nascita ad ogni causa di contagio, hanno potuto confermare la presenza in essi di stigmate disponenti alla tisi.

Tali ricerche hanno portato ad accertare dunque « negli eredi tubercolosi le deficienze quantitative dello sviluppo corporeo, la tendenza alla microsplacnia, una rapidità di sviluppo maggiore di quella che presenta il bambino normale e, finalmente, tutta una serie di anomalie morfologiche e funzionali e biochimiche; note, tutte, le quali si riuniscono a costituire il quadro della debolezza, della minor resistenza, della predisposizione alla malattia » (BARBARA).

Ho voluto ricercare se fra gli assicurati dell'I.N.A. poteva essere rilevato qualche dato statistico che potesse convalidare quanto sopra è stato esposto oltre che per gli eredi tubercolosi anche per coloro che presentavano nel gentili-

zio genitori deceduti per diabete e gotta, e per malattie del cuore e dei grossi vasi.

Dalle malattie del cuore e dei grossi vasi ho dovuto escludere le emorragie cerebrali per ragioni d'indole tecnica che mi hanno impedito di separarle dalle malattie del sistema nervoso con cui furono, nel passato, conglobate.

Ho, a tal fine, studiato un gruppo di 12.050 assicurati di sesso maschile del Portafoglio Diretto dell'I.N.A. appartenenti al gruppo di età di 30-40 anni e che presentavano, nel loro gentilizio di-

retto, tare del tipo di quelle che sopra ho accennato.

Per la determinazione del tipo costituzionale ho adottato il criterio di classificazione del Romanelli che è in uso nella valutazione costituzionalistica nella pratica dei Medici dell'I.N.A.

Per evitare un eccessivo frazionamento ed al fine di avere una visione insieme più unita e netta ho distinto solo i tre grandi gruppi dei sottopesi, dei sovrappesi e dei normali conglobandovi i sovrappesi ed i sottopesi lieve, medio e notevole.

TARE NEL GENTILIZIO	TIPI DI COSTITUZIONE					
	NORMALE		SOTTOPE SO		SOVRAPES O	
	Cifre assol.	%	Cifre assol.	%	Cifre assol.	%
Tubercolosi	800	13,93	461	21,20	121	2,92
Gotta e diabete	410	7,14	213	9,80	605	14,65
Apparato cardiovascolare escluse le emorragie cerebrali	4.535	78,93	1.500	69 —	3.405	82,43
Totale	5.745	100 —	2.174	100 —	4.131	100 —

La tabella soprastante, che presenta sul totale dei soggetti appartenenti a ciascun tipo costituzionale le cifre proporzionali a 100 degli individui aventi gentilizio tarato per le forme morbose prese in considerazione, mi sembra abbastanza eloquentemente dimostrare, specie per determinate forme morbose, un nesso fra costituzione e gentilizio.

Per la tbc. risalta subito, in maniera evidente, come la percentuale degli assicurati tarati per gentilizio vada progressivamente aumentando dal tipo di sovrappeso, che presenta la cifra più bassa (2,92 %) al tipo normale ed al tipo in sottopeso che presenta la cifra più alta (21,20 %).

Per la gotta ed il diabete i sovrappesi sono quelli che in maggior numero presentano un gentilizio tarato (14,65 %)

seguiti subito dopo dai sottopesi (9,80 %) e dai normali (7,14 %).

Per le malattie dell'apparato cardiovascolare sono pure i sovrappesi che, in maggior numero, presentano il gentilizio tarato per forme morbose del cuore e dei vasi (82,43 %), seguiti subito dopo dai normali (78,93 %) e dai sottopesi (69 %).

Concludendo, mi sembra degno da rilevare la differenza netta esistente in questa ripartizione fra i sottopesi ed i sovrappesi per quanto riguarda il gentilizio tarato per tbc. e le malattie dell'apparato cardio-vascolare.

Comprendo che queste ricerche dovrebbero essere corredate da uno studio sulla costituzione degli ascendenti; questo però non è possibile a noi Medici di

assicurazione non trovandosi in nostro possesso, per una tale valutazione, dati atti a formulare una tale diagnosi costituzionalistica.

In un prossimo futuro tale ricerca sarà estesa ai sinistri verificatisi nell'I.N.A. per ciascuna delle suddette for-

me morbose al fine di verificare se la causa di morte prevalente in ciascun tipo costituzionale sia in relazione all'affezione per cui il gentilizio fu tarato all'ingresso in assicurazione.

Tale studio ritengo utile ai fini della valutazione del rischio.

DALLE RIVISTE CHE RICEVIAMO IN CAMBIO

Africa Medica, n. 1, 1940, Lisbona.

Sommario: SERENO MONTEIRO, *Il problema della tubercolosi nell'Istituto di Lorenzo Marques* - ANTONIO PACHECO, *Il problema della tubercolosi nell'Istituto medico di Lorenzo Marques*.

Idem, n. 2, 1940.

Sommario: ANTONIO CAEQUEIRO, *Post partum e malaria* - GUGLIELMO CASTRO, *La diagnosi rapida della malaria con il metodo della goccia spessa*.

Archivio di scienze mediche coloniali e di parasitologia, fasc. n. 10, 1939, Roma.

PELLECCHIA, *L'influenza del clima tropicale sul tono muscolare*.

L'A., con ricerche miotonometriche, eseguite su due gruppi di operai, provenienti, uno dalle regioni del bassopiano dell'A.O.I. e l'altro dalle regioni di altopiano, ha dimostrato l'esistenza di spiccata ipotonia muscolare negli operai del bassopiano e di una ipotonia, non molto profonda, in quelli dell'altopiano. Proseguendo le stesse ricerche su operai infermi, provenienti dall'A.O.I. già colpiti di malaria e sottoposti alle cure adrenaliche, ha trovato che il loro tono muscolare o è normale o di poco diminuito. L'A. attribuisce la depressa funzionalità surrenale, che, come è noto, presiede al tono muscolare, all'azione dell'alta temperatura con lievi escursioni diurne e alla notevole umidità relativa. G.

Assistenza Sociale (L'), n. 12, 1939, Roma.

VESCE, *L'echinocosi nei rurali*.

La malattia è molto diffusa in Italia, con varia distribuzione: quasi sconosciuta nel settentrionale, assume proporzioni notevoli nell'Italia centrale e meridionale e nelle isole, specialmente la Sardegna dove si presenta a carattere endemico.

Sono le condizioni igieniche, in cui vivono

le classi rurali, a spiegare l'alta diffusione. Il soggiorno in ambienti a diretto contatto con cortili e stalle, il continuo contatto con gli animali domestici, specie i cani, questi ultimi indispensabili per la guardia degli armenti, le deficienti condizioni di alimentazione prevalentemente fatta con verdure crude, e il sistema di bere quell'acqua, in cui si sono abbeverati i cani e gli armenti, costituiscono tutti gli elementi di una possibile infestione. In considerazione dell'alta importanza sociale raggiunta dall'infestione, che deve ritenersi una malattia del lavoro da fronteggiare energicamente, l'A. propone la formazione di speciali ambulatori nelle zone infestate con funzioni medico-sociali, cui dovrebbero partecipare le casse mutue dei lavoratori dell'agricoltura. G.

Assistenza Fascista, n. 4-5, 1939, Roma.

PENNAVARIA, *L'assistenza di malattia ai lavoratori del commercio durante l'anno 1938*.

Notiziario Italia, terre italiane d'oltremare, Estero, Atti ufficiali della Cassa Nazionale Malattie per gli addetti al commercio.

Assistenza Sociale Agricola (L'), n. 11-12, 1939, Torino.

AIMI, *Unitaria attività sindacale di settori della Federazione Infortuni in Agricoltura*.

L'A. espone le ragioni perchè la Federazione Naz. Fascista Casse Mutue infortuni agricoli ha tutto l'appoggio delle due Confederazioni dell'Agricoltura e perchè sia augurabile il maggior potenziamento nell'assoluta autonomia. G.

Atti della R. Accademia dei Fisiocritici in Siena e studi della Facoltà medica senese, n. 6, 1939, Siena.

BATTIGNANI, *Contributo clinico-radiologico allo studio delle miliari regionali discrete*.

L'A. riportando alcuni casi di M.R.D. ritiene, che, data la fisionomia clinica non bene

definita, spetta alla radiologia il compito della segnalazione e della localizzazione del male, purchè l'indagine sia praticata usando vari artifici e cioè in apnea e con le note prove del respiro. In quanto all'evoluzione essa va messa in rapporto con una diffusione lenta dei processi tubercolari polmonari. G.

Avvenire Ostetrico (L'), n. 10, 1939, Napoli.

LO PRESTI SEMINERIO, BERGAMINI, *L'assistenza sociale alla madre italiana.*

Gli AA. dopo aver esaltato l'opera grandiosa svolta dal Regime fascista nel problema della assistenza e della tutela della madre, fanno una rassegna di tutti gli elementi legislativi medico-sociali ed assistenziali, che stanno a proteggere la Maternità con sobrio ed efficace commento. Tra questi provvedimenti vanno ricordati: il regolamento delle ore di lavoro, la sospensione del lavoro prima e dopo la nascita del bambino, la tutela igienica del balatico; istituzione di case locali di maternità, l'assicurazione obbligatoria alle casse mutue contro tutte le malattie, istituto dell'O.N.M.I.: consultori ostetrici, refettori materni, assegni familiari e i prestiti familiari.

Idem, n. 1, 1940, Napoli.

La febbre in ostetricia - Choc - Fattori dello sviluppo somatico feto neonatale - Notiziario. G.

Avvenire Sanitario (L'), n. 3, 1940, Milano.

CECCARELLI, *Cuore e chirurgia.*

In questo articolo, che è la prolusione del Corso ufficiale di clinica chirurgica presso l'Università di Padova, sono trattati i problemi della funzionalità cardiaca e i progressi raggiunti in questo campo, dall'elettrocardiografia e dalla roentgenografia, per le esigenze di una operazione chirurgica sul cuore.

Il Ceccarelli mette in rilievo i buoni risultati ottenuti coll'asportazione della ghiandola tiroide nello scompenso cardiaco e nella angina pectoris, e parla dei tentativi di curare quest'ultima malattia, mediante la rivascolarizzazione del miocardio con l'innesto sul cuore di lembi muscolari e di omento. G.

Idem, n. 4, 1940, Milano.

Dopo il convegno nazionale per i minorenni anormali - La morte di Gaetano Ronzoni - La prolusione Bossa a Messina. G.

Baglivi (II), n. 6, 1939, Firenze.

ROCCHI, *La prognosi dell'intossicazione miocardica nella difterite con speciale riguardo all'esame elettrocardiografico.*

L'A. dopo una ampia esposizione clinica della forma morbosa, conclude il suo lavoro rilevando che l'esame elettrocardiografico è indispensabile a scopo diagnostico e prognostico, integrato, però, da tutti gli altri dati della semeiotica e della clinica. G.

Bollettino della Federazione Nazionale Fascista delle imprese assicuratrici, n. 23, 1939, Roma.

Atti e comunicazioni della Federazione - Legislazione - Notiziario dell'A.O.I. G.

Idem, n. 24, 1939, Roma.

Accordo economico collettivo per la disciplina dei rapporti fra imprese di assicurazione e di agenti di assicurazione. G.

Critica Medico-Sociale, n. 1, 1940, Roma.

Importante comunicazione di uno scienziato fiorentino.

Al Congresso nazionale di ostetricia e ginecologia il prof. Vicarelli, già direttore di clinica ginecologica, ha tenuto un'importante comunicazione per la tutela legale e sociale della madre e del figlio durante la gravidanza. Partendo dal concetto che la maternità dev'essere assistita non solo pel periodo avanzato e conclamato della gravidanza ed in quello post-natale, ma anche negli inizi, egli propone i seguenti provvedimenti:

- 1) denuncia obbligatoria della gravidanza;
- 2) visita sanitaria obbligatoria, durante il periodo gravidico;
- 3) assicurazione obbligatoria della gravidanza.

La comunicazione, che ha suscitato il più vivo interesse, è stata applaudita dai congressisti.

Cultura medica, n. 12, 1939, Palermo.

RABBI, *Possibilità di prevenzione dell'arteriosclerosi.*

Partendo dal punto fondamentale della patogenesi dell'arteriosclerosi che mette le capsule surrenali al centro del problema patogenetico e della importanza della stessa sulla costituzione, l'A. studia il valore che deve darsi ai presidi terapeutici, i quali influenzano le correlazioni funzionali e quello che si deve al contenuto lipideo degli alimenti e all'abuso

della nicotina. Gli elementi più importanti per la stessa consiglierebbero l'esclusione dalla dietetica del torlo d'uovo, del burro, dei grassi e della carne, in modo da ottenere una riduzione globale delle calorie e l'aumento nell'alimentazione dei cereali, carote, frutta, legumi e pesci.

Si consiglia l'abolizione della nicotina, una più minuta igiene generale del corpo, e la somministrazione di preparati ormonici. G.

Folia Medica, n. 24, 1939, Napoli.

D'ALESSANDRIA e SCHIANI, *Ricerche nell'uomo sull'azione dell'acido ascorbico sul ricambio idrocarbonato.*

Gli AA. hanno studiato il comportamento della glicemia da carico, del glucosio sotto la azione dell'acido ascorbico in soggetti sani e diabetici, riscontrando costantemente un abbassamento dei valori glicemici, meno in due casi di diabete, nei quali si è verificato il caso opposto. G.

Idem, n. 1, 1940, Napoli.

CACCURI e DI PRISCO, *Sul polmone da polvere di cemento.*

Gli AA., dopo aver ricordato le varie vicende sulla patologia da polvere di cemento, riferiscono su sette casi di pneumoconiosi, dipendenti da detta polvere discutendo sulla possibilità di provocare un processo sclerotico e sui rapporti coll'infezione Tbc. G.

Idem, n. 2, 1940, Napoli.

SCAFFIDI, *Sul C. D. eritema pellagroide monosintomatico.*

L'A. prendendo lo spunto dall'osservazione di un caso di eritema pellagroso, monosintomatico, in soggetto a dieta, non maidica, ma incompleta, guarito rapidamente con acido nicotinic, discute il significato del C.D. eritema pellagroide solitario alla luce delle nuove conoscenze, circa l'identificazione dell'acido nicotinic con il principio antipellagroso. G.

Italia Medica (L'), n. 170-171 gennaio 1940 - Milano.

Crisi medica - A proposito « d'involuzione della farmacia » - 36° Congresso nazionale di ostetricia e ginecologia. G.

Illustrazione del medico (L'), n. 64; gennaio 1940.

FERRANINI, *Margherita di Savoia* - BARZINI, *Una giornata straordinaria* - GARA, *La Malibran e i suoi due mariti.* G.

Maglio (II), n. 5, 1940, Torino.

Economia unitaria autarchica - Considerazioni sul commercio estero italiano - La patente di mestiere. G.

Idem, n. 6, 1940, Torino.

Fondamento sociale e attualità del salario familiare - Compensi e doveri dei medici mutualistici - Rilievi dei lavoratori sulla carta annonaria. G.

Idem, n. 7, 1940, Torino.

Disciplina della distribuzione delle materie prime contingentate - Mercato interno e politica autarchica - Il lavoro manuale e la carta della scuola. G.

Medicina internazionale (La), n. 1, 1940, Milano.

BERTACCINI, *Orientamenti attuali sul lupus eritematoso.*

Fra le diverse teorie finora emesse per spiegare l'etiologia della malattia, principalmente quella tubercolare e luetica, l'A. s'intrattiene, in modo speciale, sulla teoria streptococcica del Barber, che ha posto in essere la questione dei « Foci » dai quali i germi, generalmente streptococchi, con le loro tossine sarebbero portati per via ematica alla cute, determinando le alterazioni. Non manca l'A. di accennare ad altre teorie come quella della trofodermatosi e delle turbe gastriche con fermentazioni intestinali abnormi e di considerare l'influenza sul male di alcuni agenti fisici come il freddo e i raggi attinici. Ma nell'incertezza del problema del lupus eritematoso, l'A. propende per una terapia eclettica, che tenga conto di tutti i fattori diretti ed indiretti che possono avere un rapporto con la dermatosi. G.

Medicina del lavoro (La), n. 12, 1939, Milano.

BASSI, *Melanodermia professionale da olii lubrificanti.*

Viene illustrato un caso di melanodermatosi professionale da olii lubrificanti con manifestazioni cliniche ipercheratosiche e melanotiche. L'A. ricercando l'etiologia e la patogenesi, indica le norme profilattiche e terapeutiche. G.

Medicina dello sport (La), n. 4-5, 1939, Torino.

RICCI, *Roentgencardiologia sportiva.*

Dall'esame fatto su 100 studenti in gran parte non allenati prima e al termine di un campo sciatorio, l'A. ha constatato che la capacità vitale risulta diminuita nella maggioran-

za dei soggetti, invariata la forza polmonare ed espiratoria, aumentata, invece, quella inspiratoria. G.

Medicina dello sport e dell'educazione fisica, n. 6, 1939.

CASSINY, *Sport femminile e denatalità*.

L'A., dopo aver dimostrato con dati statistici che la natalità diminuisce con il salire nella scala sociale, sostiene che le donne, adatte a faticosi lavori agricoli o che fanno lo sport, sono generalmente madri di numerosa prole. G.

Meteorologia pratica (La), n. 6, 1939, Perugia,

PANTANELLI, *Rapporto fra clima e vegetazione a Bari*. BRUNO, *Influenza dei fattori meteorologici sugli episodi tubercolari in un microclima*. GRAZIANI, *Il clima di Ciminna*. G.

Milizia sanitaria (La), n. 2, 1940, Roma.

Questioni ospedaliere - Compensi ospedalieri - Argomenti all'ordine del giorno. G.

Idem, n. 3, 1940, Roma.

Questioni ospedaliere ed argomenti medici all'ordine del giorno. G.

Monde médical (Le), n. 221, 1940, ediz. ital., Milano.

POINSO, *L'etiologia delle vertigini*.

L'A. tratta il problema sotto il punto di vista medico e pratico e fa la seguente classificazione etiologica delle diverse forme di vertigini:

A) di origine auricolare; B) di origine circolatoria; C) di origine nervosa; D) di origine tossica o infettiva; E) di origine digestiva.

L'A. conclude il suo studio avvertendo di tenere sempre presente che, nell'etiologia delle vertigini, bisogna ricercare le affezioni delle orecchie, l'ipertensione arteriosa, con arteriosclerosi, le disfunzioni digestive e la sifilide. G.

Ospedale « Costanzo Ciano » (L'), n. 6, 1939, Livorno.

MANCINI, *La difterite maligna*.

Nonostante i giganteschi progressi conseguiti con la sieroterapia specifica, deve tuttavia constatare che, da circa 20 anni, sia in Italia che all'estero, si è verificato un aumento dei casi di difterite con un rilevante numero di morti. E non è insolito il caso, che, dopo una epidemia di forme attenuate, faccia la sua apparizione la difterite maligna.

L'A. studiando sei casi di difterite in bam-

bini ricoverati nell'Ospedale e tutti terminati con la morte, mette in rilievo l'importanza capitale, che, nella clinica della difterite maligna, spetta alla miocardite acuta. Successivamente espone gli scopi che la terapia deve proporsi di fronte a così grave malattia che spesso ha un decorso letale. G.

Ospedale Maggiore (L'), n. 1, 1940, Milano.

ROSSONI, *Introduzione al corso di perfezionamento d'igiene e tecnica ospedaliera per gli aspiranti direttori sanitari di ospedale*. LAZZARINI, *Contributo allo studio delle stenosi infiammatorie aspecifiche dell'emicolon destro*. G.

Problema alimentare (II), n. 2, 1939, Roma.

BRUNI, *Il contenuto di vitamine C dei fichi d'India*.

Con i metodi chimici, l'A. ha trovato nei fichi d'India un quantitativo di vitamine C, che si aggira sui 0,40 mm. per grammo di frutto semi compresi; valore che ha ricevuto buona conferma dal controllo biologico. G.

GIGANTE, *Sull'impiego di larve di anfibi per confronti sul valore nutritivo di varietà diverse di frumento*.

L'A. basandosi sul risultato di alcune sue ricerche dimostra la possibilità di usare le larve di anfibi per accertamenti orientativi sul valore di varietà diverse di frumento. G.

BAGLIONI, *Fabbricazione di prodotti alimentari ricchi di vitamine, specialmente di conserve di frutta e di legumi (verdura)*.

L'A., che ha fatto una rassegna della letteratura sull'argomento tenendo in buon conto le più recenti ricerche di autori italiani, trae la conclusione che tra i vari mezzi usati per la conservazione del contenuto vitaminico dei prodotti alimentari, appaiono i più idonei, quelli basati sull'azione delle basse temperature (congelamento e refrigerazione). G.

Problemi del lavoro (I), n. 2, 1940, Roma.

ARNALDI, *Contrapposizioni ideali e questione sociale*. G.

Progresso sociale (II), n. 1, 1940, Napoli.

Significato e risultati della riunione di Napoli della Società italiana di demografia e statistica. G.

Rassegna dell'A.O.I., monografia n. 1.

Dr. FRANCESCO DE FRANCESCO, *Il problema terapeutico nella traumatologia di guerra e di pace in A.O.I.*

La Società di medicina dell'Impero, in bella veste tipografica e con i caratteri dello stabilimento tipografico del R. Governo generale dell'A.O.I., in Addis Abeba, ha provveduto alla pubblicazione di questa interessante monografia dovuta al prof. Francesco De Francesco, direttore del Centro Ortotraumatologico, che illustra i risultati brillanti, ottenuti nelle più impensate circostanze, con mezzi occasionali, quasi di fortuna, dettati dalla passione profonda della propria missione e dalla incoercibile volontà di dominare le evenienze. G.

Rassegna clinico scientifica, n. 2, 1940, Milano.

GALLI, *I vizi valvolari organici del cuore in tempo di pace ed in tempo di guerra.*

L'A. sostiene, in base a molti casi bene esposti clinicamente, che non tutti i vizi valvolari devono essere giudicati alla stessa stregua, ma bisogna distinguerli, per quanto riguarda lo stato funzionale, in primo, secondo e terzo grado.

Quelli del primo gruppo, con perfetto compenso, non presentano notevole differenza con i sani e possono anche sostenere fatiche e lavori pesanti, senza risentire danno della circolazione, specialmente se osserveranno speciali norme igieniche e necessarie limitazioni della propria attività. E se questo vale per il tempo di pace, vale anche per il tempo di guerra, in cui furono molti i valvolari del primo grado che poterono disimpegnare servizi di prima linea e gravi disagi, senza alcun aggravio per lo stato cardiaco. Nulla dunque deve vietare, contrariamente a vecchie disposizioni, che i cardiopatici di primo grado — ben compensati — vengano immatricolati anche nell'Esercito operante. G.

DI MACCO, *Meccanismo della resistenza naturale alle infezioni.*

In tutti i tempi, i medici si sono posti il problema dei fattori della resistenza dell'organismo nelle infezioni (contagi) e l'A. dopo avere rifatto la storia delle diverse teorie emesse, da quella di Hartamm (1844) alle più recenti della immunizzazione muta, degli anticorpi ed antitossine, alla fagocitosi e alla geniale teoria delle catene laterali di Erlich e a quella, più recente, del reticolo istiocitario, viene alla conclusione che, allo stato delle attuali conoscenze, debbono ammettersi vari meccanismi con i quali si determina la resistenza naturale dell'organismo nel corso delle infe-

zioni. L'A. pone, in primo piano, l'attività del sistema reticolo-istiocitario, che, oltre all'elaborazione degli anticorpi, provvede alla fissazione ed alla distruzione od eliminazione dei germi, integrando le difese leucocitarie.

G.

Rassegna della sicurezza e dell'igiene del lavoro, n. 1, 1940.

Sommario: *Insidie della macchina e suggestioni di una mostra.* - PRADELLI, *La propaganda antinfortunistica aziendale.* - *Infortuni nelle industrie.* - *Apparecchi di sicurezza.*

Rassegna di medicina industriale, n. 1, 1904, Roma.

SABBATINI, *Saturnismo ed ulcera duodenale.*

Si tratta di una perizia giudiziaria, nella quale l'A., esposti l'origine e i documenti della controversia, con tutti gli esami eseguiti (clinici, speciali e radiologici), conclude che l'operaio in oggetto non è affetto da alcuna forma morbosa, che rientri in quelle contemplate nella tabella annessa nel regolamento R. D. 13 maggio 1929, n. 928. G.

Rassegna della sicurezza e de
n. 12, 1939, Roma.

BUSINARDO, *Esempi e risultati della lotta contro gli infortuni.*

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

FAGIOLI, *Apparecchi di sicurezza.* G.

Rassegna sociale dell'Africa Italiana, n. 1, 1940 Roma.

LANDRA, *Gli studi antropologici etnologici e i problemi della patologia indigena nell'Impero.*

L'A. in base ad alcune notevoli differenze anatomiche e fisiologiche, esistenti fra le diverse razze, che si riflettono sullo stato patologico, e dopo avere esposto il problema del meticciato, ritiene necessaria una più intima collaborazione tra scienze razziali e scienze mediche, per la soluzione di vari problemi, interessanti la patologia indigena dell'Impero e per conoscere meglio la morfologia, fisiologia e psicologia delle singole razze. G.

Rinascenza medica, n. 3, 1940, Napoli.

CASP, *L'anestesia locale nelle lesioni traumatiche.*

L'A. raccomanda di iniettare precocemente una soluzione di novocaina all'1% sul lato della contusione muscolare o nei tessuti pericapsulari, quando si tratti di contusione o di distorsione articolare, per ottenere una attenuazione del dolore, che inibisce reazioni umorali locali e permette la mobilità degli arti, che altrimenti potrebbero essere danneggiati da un incongruo e prolungato riposo. G.

Risanamento medico, n. 1, 1940, Roma.

Un popolo di eroi - Il mito e la razza - Formare nella donna la coscienza della razza. G.

Rivista di biochimica e terapia, n. 1, 1940, Roma.

Cura dei reumatismi cronici. G.

Rivista del lavoro, n. 12, 1939, Bologna.

Documentario - L'Italia al suo posto - Contratto di lavoro - Aspetti e problemi dell'industria dei derivati dei pomodori. G.

Semana medica española, n. 47, 1940, S. Sebastian.

DURÁN ANOM, *Il collasso circolatorio.*

CERVIÁ, *Come concepiamo l'Unione Antituberculosa Provinciale e le sue funzioni.*

TOMÉ, *Alcuni dati sulla localizzazione della adenopatia primaria sifilitica.*

Settimana medica (La), n. 50, 1939, Palermo.

CALETTI, *Contributo sperimentale clinico alla terapia dell'ulcera venerea con applicazione locale di preparati sulfamidici.*

L'A. riferisce su una casistica personale di 61 ammalati, curati in reparto dermatologico e a bordo di unità della R. Marina con una media di trattamento di otto giorni, ricorrendo alla applicazione locale di una pomata di Lanolina e paraaminofenilsulfamide (streptosil) con olio di fegato di merluzzo. L'A. è del parere che detto metodo sia preferibile a qualsiasi altro perchè più rapido, pratico e meno costoso. G.

Idem, n. 51, 1939, Palermo.

SAVAGNONE, *Sul meccanismo d'azione dei sulfamidi.*

Per quanto numerose siano state le ricerche tendenti a chiarire il meccanismo d'azione dei sulfamidi, saggiandone gli effetti, sia in vivo

che in vitro manchiamo tuttavia di elementi tali da autorizzare ad emettere ipotesi, che possano spiegare l'innegabile e pronta efficacia terapeutica riscontrata nella cura di varie infezioni.

Il dr. Savagnone ha studiato l'influenza che i sulfamidi sono capaci di esercitare sulla produzione di taluni anticorpi: le *agglutinine*, con esito negativo. G.

Idem, n. 1, 1940, Palermo.

MAZZEO, *Le vaccinazioni associate.*

Viene studiato il significato di vaccinazione in genere con particolare accenno all'uso dei primi vaccini misti, durante la grande guerra, e i favorevoli risultati ottenuti con la vaccinazione associata.

L'A. auspica una maggiore estensione del metodo che sicuramente apporterà nuova luce in questo campo profilattico, prevenendo il manifestarsi di gravi mali. G.

Terapia, n. 247, gennaio 1940, Milano.

PEPEN, *Sul valore terapeutico di alcuni veleni animali e sul loro meccanismo d'azione.*

L'A., dopo aver fatto la storia delle applicazioni dei veleni di api, di viperidi e di colubri e dei buoni risultati ottenuti, in molti casi di nevralgie primitive o secondarie ad artriti croniche, tumori, tabe dorsale, ha studiato il loro meccanismo di azione nell'organismo. Lo Istituto Sieroterapico Milanese, ora intitolato al suo geniale fondatore Serafino Belfanti, è riuscito a fabbricare un nuovo prodotto: l'«Aspidasi» veleno di vipera, in soluzione, che si usa per iniezioni sottocutanee. G.

Tubercolosi, n. 1, 1940, Roma.

— *La frequenza tbc. bovina nell'infezione umana.*

In una breve rivista di aggiornamento troviamo una indagine fatta in Francia da Gernez e Champon, tale forma non raggiungeva il 2%; in Italia secondo Petragnanti tale forma si riscontrerebbe per circa il 5%. Si tende a confermare la frequenza del contagio per via enterica con l'uso del latte; ciò che rende il contagio più frequente nei bambini: sembra che vada sfatato il preconcetto di una relativa benignità di questa forma. Da ciò scaturisce la necessità di evitare l'uso del latte crudo e di sottoporre le mucche all'esame periodico.

Semeiotica di medicina delle Assicurazioni Vita

ALCUNI ELEMENTI DI OTOSCOPIA

Dr. A. STARNA

Medico Principale dell'I.N.A.

La semeiotica dell'orecchio comprende sia indagini a carico dell'orecchio esterno e medio, sia indagini a carico dell'orecchio interno; questa ultima costituisce la semeiotica vestibolare. In queste brevi note dovremo rinunciare alla semeiotica vestibolare poichè, tranne l'accertamento del nistagmo spontaneo e delle oscillazioni nel Romberg, essa richiede sia uno speciale strumentario con la conoscenza di tecnica riservata allo specialista, sia la collaborazione prolungata da parte del paziente, ciò che è difficile ottenere nel campo dell'assicurazione vita.

Più semplice è invece la semeiotica dell'orecchio esterno e medio a cui ci limiteremo. Sebbene molti medici generici ritengano che solo la membrana e le sue alterazioni meritino di essere esaminate avvertiremo subito che anche il condotto e la regione esterna dell'orecchio possono fornire notizie utili per le malattie della specialità.

Per l'osservazione del soggetto ricorderemo come sia preferibile esaminare in una camera tenuta alla semioscurità e che la luce disposta di lato a livello del capo dell'esaminando, preferibilmente a destra ed in un piano leggermente arretrato. Il soggetto deve essere seduto di fianco volgendo al medico l'orecchio da esaminare in modo tale che lo specchio frontale possa illuminare comodamente la regione del padiglione e quella circostante che vengono denominate complessivamente come facenti parte della regione periotica.

Infatti all'esterno dovremo accertare

le condizioni dei gangli parotidei, retroauricolari e quelli preauricolari. Una adenite o comunque il risentimento di questi gangli ci indica l'esistenza di un fatto suppurativo corrispondente ai vari settori regionali; così la tumefazione dei gangli posteriori mastoidei potrà esser dovuta ad una mastoidite o ad un ascesso periostale di questa formazione; l'ingorgo dei gangli inferiori o parotoidi della punta e l'ingrossamento del ganglio preauricolare può essere in rapporto con una lesione dell'articolazione temporo-mandibolare.

Naturalmente per ammettere queste diagnosi si deve escludere l'esistenza delle comuni piodermi cutanee i cui linfatici sono tributari delle stesse ghiandole sopra ricordate. Talvolta infine la semplice ispezione potrà spiegarci la causa della tumefazione nella regione del lobulo che può venire sollevato sia da una comune parotite sia da un processo periostale della mastoide o da una pericondrite infetta.

Notevole importanza riveste l'osservazione del condotto o meato acustico esterno le cui pareti vengono a contatto con elementi anatomici importanti. Ricordiamo anzitutto che il meato acustico sebbene diretto verso la linea mediale offra un decorso un po' deviato obliquamente in avanti ed in basso. Dobbiamo pure ricordare che esso presenta due curve di cui la prima verso il padiglione è concava indietro ed una seconda, più internamente, offre la curva in senso opposto.

Questi particolari anatomici devono essere tenuti presenti nell'atto di praticare l'esame otoscopico e per la manualità della introduzione dello speculo nell'orecchio. Il comune speculo auricolare presenta un padiglione ampio e dall'otiatra che per primo lo fece costruire è detto speculo di Toymbee, più ristretto è il padiglione dello speculo di Politzer che è pure abbastanza diffuso.

Lo speculo auricolare, tenuto per il bordo del padiglione tra l'indice e il pollice della mano destra, viene introdotto con movimento di lieve avvitemento nell'orificio esterno dopo che la sinistra ha afferrato l'elice verso l'angolo postero-superiore e lo ha tirato un po' indietro. In tal modo mentre lo speculo sospingendo in avanti il trago corregge la prima curva, la trazione della mano sinistra riduce la seconda e permette che il lume dello speculo si disponga sull'asse del condotto uditivo. Successivamente lo speculo così raddrizzato viene passato dalla mano destra alla sinistra, ciò che permette di utilizzare la destra per eventuali correzioni dello specchio o per l'uso di stueili al fine di sgombrare il campo da cerumi o da altri detriti.

L'introduzione dello speculo va fatta con cautela e può divenire indaginosa o impossibile nei casi di restringimento cicatriziale, in alcuni processi suppurativi del condotto ed in altra occasione che vedremo. Mentre per osservare le pareti del condotto faremo scorrere in senso rotatorio l'apice dello speculo per vedere tutt'intorno, quando passiamo ad esaminare la membrana il soggetto dovrà reclinare leggermente il capo verso la spalla opposta all'orecchio in esame.

E' bene pure tener presente che la complessiva lunghezza del canale è di circa 2,5 cm. prima di giungere alla membrana e che di questo tragitto un terzo è costituito dalla porzione fibrocartilaginea, il rimanente è dato dalla

porzione ossea al cui imbocco si arresta abitualmente lo speculo.

Delle quattro pareti che in certo modo delimitano il meato ricordiamo che l'anteriore corrisponde all'articolazione mandibolare, la posteriore costituisce la faccia anteriore del processo mastoideo con uno spessore che non supera i 2 o 3 mm. e nel cui interno possono giungere le cosiddette cellule posteriori del condotto. In alto la parete ossea superiore è un po' maggiore e corrisponde al piano delle meningi e verso la parte mediale di tale parete esistono le cellule del tetto che riducono pertanto tale spessore. Quanto alla parete inferiore il condotto corrisponde alla loggia parotidea e nel tratto più interno scende obliquamente in basso verso l'orlo timpanico costituendo il seno pretimpanico che non può essere ispezionato completamente con lo speculo e nel quale possono cadere corpi estranei o raccogliersi secrezioni provenienti dall'orecchio medio.

L'esame del condotto esterno può far riconoscere varie malattie, le più importanti delle quali sono naturalmente di natura ossea. Il medico non specialista può talvolta rimanere sorpreso dalla presenza di stenosi causate sia da semplice edema della cute, sia da periostite ossificante.

Quest'ultima colpisce soprattutto le pareti posteriori e superiori in corrispondenza delle quali come abbiamo visto si trovano le cellule mastoidee e del tetto. E' importante differenziare la stenosi cronica del condotto osseo dalla stenosi acuta; infatti mentre quest'ultima insorge acutamente, si accompagna a dolore spontaneo ed è limitata alla parete postero-superiore costituendo la cosiddetta *caduta della parete*, la prima è legata ad un processo di *osteite* e *periostite ossificante* più diffusa od anche ad una *osteomielite infettiva*. Questa, originata dalla mastoide, tende con lo svilup-

po del processo periostale, a restringere il lume osseo tanto da impedire l'esame di gran parte della membrana e sufficiente a far ristagnare il pus, di solito di cattivo odore, che proviene dall'orecchio medio; tali condizioni tendono fatalmente ad aggravare la carie ossea cellulare.

Per fortuna la moderna diffusione della specialità riduce a casi rari questi stadi avanzati di mastoiditi purulente croniche con osteoperiostite ossificante. Tal'altra invece, sebbene più di rado, anzichè una stenosi si osserva nell'angolo postero-superiore del condotto un tragitto fistoloso che conduce in alto e indietro verso l'antro. Esistono pure altre fistole patologiche legate alla *mastoidite cronica*; come vedremo esse si fanno strada attraverso una perforazione della membrana o quando questa è scomparsa provengono dal recesso epitimpanico. Nel condotto possono aprirsi le cellule del tetto già ricordato mentre esulano dal campo otolotico le fistole antero-inferiori dovute ad una *artrite temporomascellare* ed a quelle molto rare della parete inferiore dovute a *parotiti suppurative*; tali forme sono di competenza del chirurgo generico.

In presenza di una stenosi il cauto controllo praticato con uno specillo ci confermerà, con la consistenza, la natura ossea del restringimento la quale deve essere quasi sempre interpretata come espressione di un processo mastoideo cronico se coesiste suppurazione ed il dolore spontaneo è assente.

Accanto a queste forme che costituiscono un vero pericolo per la vita del malato, e pertanto tali soggetti devono considerarsi fortemente tarati in assicurazione, esistono stenosi di altra natura. A queste dobbiamo ascrivere le *stenosi cicatriziali* da *ustione*, da *traumi*, da *eczemi* o da *lesioni specifiche*; talvolta esse possono essere così spiccate da determinare una vera atresia acqui-

sita. Si deve pure ricordare che esiste una sola stenosi ossea benigna la quale non aggrava il rischio assicurativo ed è precisamente quella determinata da un piccolo *osteoma*; per la forma pedunculata e con un po' di pratica è facile riconoscerla. Comporta pure una prognosi buona *quoad vitam* l'atresia congenita del condotto.

Nel condotto possiamo riscontrare anche altri tumori benigni oltre gli osteomi ricordi e cioè *fibromi* e *papillomi benigni* come pure rarissimi *condilomi acuminati*; è bene però ricordare che la loro diagnosi va posta con cautela dopo aver accertato che non si tratta di formazioni peduncolate partite dalla cassa che sono espressione di un processo otitico cronico. Queste ultime formazioni, che costituiscono i polipi mucosi, sono una formazione molto frequente e ne parleremo un'altra volta.

Non si devono confondere con le stenosi ossee quelle da *foruncoli* o da altri processi cutanei i quali possono essere differenziati perchè molto spesso presentano un dolore spontaneo o facilmente provocabile tanto da non permettere l'esame con lo speculo. Tali ultime malattie a decorso acuto non interessano il medico di assicurazione che indirettamente, cioè per poter escludere l'esistenza di un processo osseo. La cosa non è sempre facile poichè spesso una otite purulenta cronica può con l'irritazione della secrezione determinare lo sviluppo di un processo eczematoso del condotto il quale ultimo può giungere a mascherare il primo. Pertanto in presenza di eczemi e di papillomi dovremo sempre accertare che non vi sia interessamento dell'orecchio medio.

Queste in breve le malattie dell'orecchio esterno che interessano il medico di assicurazione; vedremo prossimamente le lesioni anche più importanti a carico della membrana e dell'orecchio medio.

Dai Libri e dai Periodici

Il giudizio sullo stato dell'attività del cuore.

Nel « Med. Klin. », n. 48, dicembre 1939, Wiechmann Ernst tratta di tale argomento. Egli dopo aver esposto i vari criteri per la ricerca nell'anamnesi di fatti clinici inerenti all'apparato circolatorio da sceverare dai disturbi che può dare un alterato sistema nervoso, passa all'esame degli elementi che è necessario tener presenti per giudicare il volume del cuore. Fa notare che i segni di una indebolita attività di quest'organo non presuppongono sempre una ipertrofia o una dilatazione; talvolta, come ha dimostrato Wenkebach, possono essere riscontrati in cuori piccoli. Per orientarsi sulla ipertrofia del cuore l'A. ritiene sufficiente la determinazione di ambo i diametri trasversali dell'area relativa di questo organo, che si determinano misurando la distanza in cm dell'ottusità a partire dalla linea mediana (del cuore). Nell'uomo di media grandezza corporea la parte destra del limite del cuore misura cm 4,2, negli uomini grossi fino a 4,5 cm verso destra dalla linea mediana, nella posizione bassa del diaframma l'area cardiaca può misurare verso destra cm. 3,5 o anche di meno, nella posizione alta diaframmatica fino a 4,5. Secondo Muller il limite sinistro dell'area di ottusità del cuore, in un uomo di media corporatura, è di 9 fino a 10 cm dalla linea mediana e nelle posizioni alte del diaframma fino a 11 cm. Nei soggetti di bassa statura e nelle posizioni basse del diaframma solamente 7 fino a 8 cm. Per entrare nel campo patologico questi limiti devono essere sorpassati.

Successivamente l'A. passa a trattare dell'ascoltazione ricordando i casi in cui un rumore sistolico e l'accentuazione del secondo tono polmonare non rappresentano condizioni patologiche.

Le flessioni delle ginocchia, il salire le scale ecc. portano una elevazione delle pulsazioni che al più tardi in 3 minuti deve scomparire, questo limite aumenta nei cuori malati. Nei soldati dopo una marcia Külbs ha notato che le pulsazioni salgono a 100 e anche a 120 e la frequenza abituale è raggiunta entro 30 minuti. Il polso può essere influenzato dall'emozione, ciò avviene però nello stato di riposo; Schellong ha dimostrato che nel lavoro fisico ogni altro influsso è escluso. I nervosi quando lavorano materialmente hanno un abbassamento del polso, seguito da una elevazione

che se raggiunge i 160 e anche 170 è patologica. Moritz e Klewitz hanno studiato il polso dei dormienti: esso è il 20 % in meno di quello dello stato di veglia. I vizi cardiaci compensati si comportano nella stessa proporzione; quelli scompensati diminuiscono di molto, però bisogna stabilire la diagnosi differenziale con le tachicardie nervose che hanno lo stesso comportamento. Nei riguardi della pressione arteriosa Spohr e Lambert hanno dimostrato che dopo un forte lavoro fisico la pressione sale del 20 e del 30 %, dopo si abbassa in un minuto di più di 10 mm, e in 5 minuti raggiunge il suo valore iniziale, la diastolica cresce di meno, il polso torna al normale prima della pressione.

L'A. conclude consigliando che per giudicare, tenendo conto degli anzidetti sintomi, bisogna considerare altri elementi, non esclusa l'emozione, l'uso di tabacco e anche lo stato di stanchezza.

CONFORTO.

Il valore della prognosi nelle cardiopatie nei riguardi dell'invalidità pensionabile.

Il IV quaderno del 1939 della Rivista « L'Assistenza Sociale » pubblica questo interessante studio di Cazzaroli.

Il lavoro nella prima parte generale tratta dapprima dei criteri d'orientamento della Medicina legale in proposito, di talune interferenze nei riguardi della Assicurazione invalidità e dell'importanza dell'anamnesi; successivamente entrando nell'argomento specifico espone le moderne indagini dell'esame funzionale e dell'insufficienza cardiaca cronica.

Nella parte speciale l'A. si prospetta i problemi per la valutazione medico-legale delle varie malattie soprattutto delle miocarditi e dei vizi valvolari giovandosi per il lato clinico della teoria di Mackenzie e per quello medico-legale della classificazione del Pellegrini. Viene anche discussa l'interpretazione del secondo capoverso dell'art. 61 della legge sulla previdenza sociale del 1935 circa la revoca della pensione.

Gli studiosi delle Assicurazioni troveranno impostati in questo pregevole studio molti problemi che trovano quotidiana occasione di applicazione pratica.

St.

Tentativi e primi risultati della cura chirurgica dell'ipertensione.

Nella prolusione tenuta dal Prof. Valdoni, Direttore dell'Istituto di Patologia Chirurgica a Modena e riportata nel n. 9 del « Policlinico » c. a., l'A. ricorda l'importanza che questa ma-

lattia riveste nella determinazione della morte nelle persone di media età. Così Gallavardin ritiene che il 25 % delle morti prima di 50 anni sia dovuta all'ipertensione e Blackford e Wilkinson seguendo 202 ipertesi hanno riscontrato che una metà di questi era morta entro 8 anni dopo l'accertamento della malattia.

I tentativi chirurgici italiani furono prospettati dal Pende e applicati dal Tieri che nel 1930 praticò per primo la resezione dello splancnico.

Dopo aver ricordato le evenienze nelle quali l'intervento può costituire una indicazione causale sintomatologica e patogenetica l'A. riferisce le statistiche americane di Peet che sopra 375 operati di resezione splancnica ha ottenuto una riduzione permanente della pressione del 48 %; Adson associando l'asportazione del primo ganglio lombare ha ottenuto guarigione o forte miglioramento del 55 % ed infine Crile con la resezione bilaterale degli splancnici e asportazione bilaterale del ganglio celiaco in 398 operati ha ottenuto il ritorno al normale della pressione diastolica nel 39 % e nell'87% un miglioramento dei sintomi.

Valdoni dopo aver messo in evidenza l'importanza della collaborazione del medico con l'operatore per la scelta dei casi da operare ritiene che l'intervento migliore consista nella resezione degli splancnici tra i quali crede particolarmente importante ed utile l'alcoolizzazione del nervo stesso. Il futuro ci potrà dire se questi tentativi potranno entrare nella pratica ordinaria per migliorare la prognosi di una malattia complessa e sulla cui etiologia può arrecare maggiori vantaggi. G.

Il carcinoma dello stomaco.

Ecco un argomento che è sempre di attualità. Abbiamo sott'occhio uno studio di Sir. J. Walton pubblicato nel « British Medical Journal » (dicembre 1939) che espone con molta chiarezza le conclusioni tratte dalla sua lunga esperienza. Egli richiama specialmente l'attenzione dei Medici sulla constatazione che i buoni risultati finora ottenuti dai chirurghi si debbono attribuire all'intervento precoce: ciò che significa ad una diagnosi precoce.

Il carcinoma si sviluppa, generalmente, in stomaci precedentemente sani ma può insorgere su precedenti lesioni gastriche. Un primo gruppo non molto numeroso di casi è costituito da carcinomi secondari ad adenoma che talvolta assumono un grande volume per cui

sono dichiarati inoperabili mentre ancora il tumore è spostabile in ogni senso e con metastasi glandolari soltanto locali.

Il 10,5 % dei casi dell'A. (572) si originano da un'ulcera gastrica ed indica alcuni requisiti per considerare tale vizio come anamnesi suggestiva per una passata ulcera gastrica presenza di Ac. Cl. libero.

Aderendo all'opinione di Hurst l'A. ritiene che bisogna trattare precocemente i casi di gastrite, che si accompagnano a cloridria sempre presente in tali tumori.

L'A. fa ancora rilevare che se la frequenza di carcinoma è quasi uguale in tutti i paesi si ha una differenza per la sede gastrica che risulta del 22 % in Inghilterra e del 55 % in Olanda, per la maggiore frequenza in questo paese delle forme gastriche. Il decorso in alcuni casi è rapido ma quasi sempre cronico e sono precisamente questi casi quelli che risentono un gran vantaggio dall'intervento chirurgico. Bisogna istituire una diagnosi precoce, servendosi dei moderni metodi di indagine, fra cui la radioscopia, ma specialmente una attenta osservazione clinica facendo presente che i disturbi dispeptici in pazienti dopo i 40 anni fanno sempre sospettare un carcinoma in via di sviluppo. Su una statistica di 422 casi operati da 5 o più anni, 27 (6,4 %) sono sopravvissuti per 5 anni e più e vi sono alcuni pazienti che sono vivi e in buono stato dopo 24 anni dall'intervento. Per quanto dunque si tratti ancora di una proporzione molto piccola che ci lascia alquanto delusi, devesi tuttavia convenire che una diagnosi precoce i pareri sono ancora discordi. G.

Risultati radioterapeutici nella linfogranulomatosi maligna.

In uno studio di Porta (*Min. Med.* n. 8 1940) leggiamo che furono curati dall'A. con la Roentgenterapia 70 ammalati di linfogranulomatosi e purtroppo non è riuscito ad ottenere che delle remissioni di durata più o meno lunga, cui sono seguite costantemente delle recidive del processo morboso apparentemente migliorato.

La durata media della vita degli ammalati di Gm. è molto diversa da un caso all'altro, in rapporto alla varietà clinica, al periodo più o meno avanzato, alla speciale localizzazione e l'A. ha constatato che nella forma ad andamento sub acuto, la sopravvivenza media va dai 2 ai 3 anni, e in quella ad andamento cronico è variabile dai 4 ai 6 anni.

Problemi dell'obesità.

Quest'argomento trattato da Grafe nel n. 1 c. a. di « Scientia » viene ampiamente riassunto nel n. 8 della Sez. Pratica del « Policlinico » da cui togliamo alcune cifre che interessano il medico di assicurazione.

Nonostante lo sport l'obesità negli ultimi 20 anni è andata aumentando e l'A. calcola che rispetto all'anteguerra essa si verifichi con la maggiore percentuale del 30-40 %; ciò è dovuto sia all'aumentato benessere, sia al fatto che molti raggiungono una età più avanzata notoriamente predisposta alla obesità. Secondo alcune indagini la possibilità di raggiungere gli 80 anni è dopo i 30 anni tre volte maggiore nei magri e nei normopesi rispetto ai grassi. Alcune società di assicurazione degli Stati Uniti avrebbero riscontrato come l'obeso vive 7 anni meno dell'individuo normale per una precoce comparsa di gravi malattie circolatorie o renali e per la diminuita resistenza alle infezioni come pure per la difficoltà di superare gravi interventi operatori.

Quanto alla patogenesi dell'obesità l'A. ha introdotto il concetto del consumo di lusso per il quale, a differenza di quanto riteneva la fisiologia, la combustione può essere in alcuni soggetti magri o normali anche doppia o tripla di quella prevista. Si comprende come coloro che non hanno questa disposizione al consumo di lusso tendono necessariamente a divenire grassi con l'iperalimentazione. Esistono naturalmente anche disturbi della secrezione interna come pure una eccessiva capacità di ritenzione di acqua nei soggetti predisposti alla obesità.

St.

Le cause di recidive dei calcoli renali.

La frequenza delle recidive dei calcoli renali, dopo l'intervento chirurgico, varia a seconda le statistiche. All'Ospedale generale del Massachusetts sono state riscontrate 56 % di recidive dopo nefrotomia e 51 % dopo pielotomia. Alla clinica Mayo invece le recidive sono state in ragione del 10,79 % dopo l'operazione per calcolo renale e del 4,4 % dopo intervento per calcolo ureterale. Su una statistica di 314 casi Twinem ha ritrovato il 28 % di recidive, a seguito di nefrotomia e il 29,9 % dopo pielotomia.

Dato che un esame radiografico o urografico non è stato eseguito appena dopo l'operazione, si posa qui la questione, se si tratta di una vera o falsa recidiva, non essendo un fatto

eccezionale quello di un piccolo frammento di calcolo od anche un piccolo calcolo che sia passato inavvertito nel corso dell'intervento, o perchè chiuso al fondo di un calice o nascosto in un recesso.

L'importante questione viene ampiamente studiata da Clement (« Presse Médicale », numeri 20-21, febbraio-marzo 1940, Parigi) per ristabilire le cause e il meccanismo di formazione dei calcoli secondari.

Un grande numero di calcoli di costituzione fosfatica è in rapporto ad una infezione delle vie urinarie. Secondo l'A. le recidive si contano in ragione del 2,3-6 % in assenza di infezione urinaria, mentre la proporzione sale al 27 % quando questa è leggera e al 50 % quando è intensa. L'infezione urinaria primaria o secondaria è sempre dovuta ad un germe, che trasforma l'urea in ammoniaca e crea perciò un mezzo favorevole alla precipitazione dei sali alcalini nelle urine.

La stasi delle vie urinarie deve essere considerata un altro fattore importante dei calcoli secondari, ed infatti tale causa si trova nel 72 % delle recidive verificatesi alla clinica di Cleveland. Risulta dalle osservazioni che un calcolo renale secondario si è formato a seguito dell'intervento chirurgico su un calcolo dell'uretere dello stesso lato. Il traumatismo clinico è anche considerato un fattore di recidiva dato che piccoli coaguli ematici o il consecutivo restringimento possono apportare una stasi nel bacinetto e dar luogo ad una infezione.

Secondo altri AA. le recidive sono in rapporto all'aumentata concentrazione del fosforo e del calcio nelle urine. 35 soggetti sono stati sottoposti alternativamente ad un regime povero di calcio e di fosforo (0,30 gr. e 0,80 gr. rispettivamente per giorno) e ad una alimentazione ricca di questi corpi (gr. 2,40 per ogni giorno). Con l'uno e l'altro regime l'eliminazione fosforata fu normale in tutti i soggetti.

Da questa indagine risulta una costante forte eliminazione calcica nel 2° gruppo, in cui erano compresi 23 litisiaci di cui 10 presentarono un aumento dei calcoli esistenti, come la formazione di nuovi calcoli.

L'A. accenna alla influenza fissatrice del calcio della paratiroide e in seguito si intrattiene sulla influenza della vitamina A per la formazione dei calcoli secondari.

G.

Sulla costituzione morfologica dei paralitici progressivi.

Pisani pubblica nel n. 2 del c. a. de « La Settimana Medica » una indagine da lui eseguita a tal proposito sopra questo tema prendendo in esame 100 soggetti tutti nati in Roma o nella provincia allo scopo di osservare se i risultati ottenuti concordino con quelli ottenuti dai precedenti AA.

L'argomento infatti era già stato trattato da Baylle e da molti altri AA. stranieri che rilevarono l'importanza dell'eredità o speciali note caratterologiche dei candidati alla malattia. Il Pisani che ha adottato il metodo antropometrico di Barbara per la classificazione della costituzione, dall'esame di 100 paralitici progressivi ha riscontrato 61 brachitipi, 35 longitipi e 4 soggetti con costituzione mista. In complesso da questa indagine risulta la maggior frequenza della paralisi progressiva nei brachitipi; comunque fa rilevare che la ricerca della costituzione in questi malati è troppo unilaterale per la complessità delle forme cliniche con cui si manifesta la malattia stessa.

St.

Compendio di Medicina legale.

E' uscito il 2° volume del trattato di Medicina Legale dell'illustre maestro dell'Ateneo patavino, prof. Pellegrini e del suo valoroso allievo prof. Loro.

L'opera pregevolissima, molto attesa dagli studiosi di medicina legale, che tanto avevano apprezzato il primo volume, si compone di due parti. La prima composta di 12 capitoli riguarda l'esame medico-legale del vivente. A questa prima parte hanno collaborato il prof. Cesare Gerin, della scuola medico-legale romana, e il prof. Italo Grasso Biondi. Il Gerin ha fatto una trattazione magnifica ed originale della radiologia in medicina legale ed infortunistica. Il Grasso Biondi si è occupato, con la sua speciale competenza, della psichiatria forense.

La seconda parte concerne la medicina legale del cadavere. Nel testo sono contenute ben 200 figure molto dimostrative dei problemi medico-legali trattati.

L'opera rappresenta una vera conquista per la medicina legale italiana ed onora altamente il nostro paese che è stato sempre all'avanguardia in questa importantissima branca della medicina, che ebbe qui la sua culla e la sua potente affermazione in ogni tempo sia nel campo dottrinario che pratico.

In tutti i capitoli si vede l'impronta geniale

ed originalissima del maestro, del quale si ammira sempre la vastità della dottrina, la genialità del pensiero, la forbitezza della forma e la dialettica formidabile.

MARSELLA.

Il ciclo sessuale delle madri nelle famiglie numerose.

E' il titolo del primo volume di Gini-De Orchi della serie IV delle ricerche sulle famiglie numerose, che, a cura del Comitato Italiano per lo studio dei problemi della popolazione, è uscito recentemente per i tipi della Tipografia Operaia Italiana.

Dall'elaborazione dei dati relativi all'età della prima mestruazione, della menopausa e del matrimonio, alla durata del periodo sessuale e di quello matrimoniale o riproduttiva delle madri italiane con non meno di sette figli, nati vivi, si traggono le seguenti conclusioni:

- 1) che esse hanno prima mestruazione normale, menopausa tendente a ritardare, con un lungo periodo di attività sessuale;
- 2) età del matrimonio sensibilmente inferiore a quella delle donne italiane in genere;
- 3) nessuna relazione tra comparsa e cessazione delle mestruazioni;
- 4) il numero delle gravidanze è generalmente in relazione inversa coll'età della prima mestruazione e l'età del matrimonio;
- 5) l'altitudine e la latitudine influiscono sulla determinazione dell'età pubere.

Consegue da tali studi che le donne prolifiche italiane presentano un lungo periodo di attività sessuale, determinato da ritardo della menopausa e da un lungo periodo riproduttivo e matrimoniale.

G.

L'opera del regime nel campo ortopedico-traumatologico.

Da recenti statistiche risulta che il numero degli storpi, paralitici e mutilati, astrazione fatta dei revisionati di guerra, in Italia supera il 2,50 per ogni 1000 abitanti; dal che consegue che la nazione sarebbe gravata di 120.000 storpi, di cui una metà almeno potrebbe essere del tutto redenta dalla vita parassitaria ed un terzo soltanto parzialmente.

In Italia, da alcuni anni, è sorto un movimento di notevole importanza per l'assistenza e la redenzione di questi derelitti della società per l'opera di insigni maestri della Chirurgia Ortopedica, ma manca tuttavia un'organizzazione per un'assistenza razionale.

Il Guacero (l'« Assistenza Sociale », n. 12,

1939), apostolo ardente di questa nobile propaganda, sostiene che l'assistenza debba poggiare essenzialmente su queste tre basi: clinica-ortopedica, scuola e laboratori professionali, nell'intento di dare a questi infelici la capacità lavorativa ed un conforto morale, con la possibilità anche di conquistare una posizione sociale. Il Guaccero dimostra l'importanza che spetta all'opera del legislatore in questo campo mettendo in evidenza quanto il regime ha fatto per la protezione degli storpi e dei mutilati sul lavoro, equiparati, oggi, nell'assistenza e nelle provvidenze a loro favore, materialmente e moralmente, ai mutilati di guerra. Molti benefici sortiranno dalla disposizione legislativa, che obbliga medici ed ostetriche a denunciare i neonati deformi o comunque lesi nell'apparato motore. / G.

Metodo biometrico semplificato di Pende per la diagnosi morfologica orientativa del biotipo umano.

Stroppiano in *Minerva Medica* n. 9 c. a. ricorda che per la determinazione del biotipo restano fondamentali i lavori di Viola, al quale si deve la costruzione di apparecchi e la scelta di misure e punti di ritrovo tali da consentire una precisione quasi assoluta.

Il metodo richiede però molte misure con l'impiego di tempo piuttosto lungo. Il Pende ha ridotto il complesso sistema di misurazione, alla valutazione di tre misure solamente, ricavando due indici: 1° il quoziente del peso relativo; 2° il quoziente del perimetro toracico relativo.

Il primo quoziente ci dà subito lo sviluppo di massa del corpo, del *quantum* cioè un dato individuo possiede rispetto alla sua statura.

Il 2° quoziente ci indica se il soggetto ha un torace stretto o largo o medio in confronto alla sua statura, con una adeguata orientazione per diagnosticare un suo eventuale sviluppo longilineo brevilineo o quasi normolineo.

Da una esatta comparazione di questo metodo con quello di Viola, e seguito su 200 militari, i risultati sono stati sempre quasi concordanti nel 93 % dei casi, onde l'A. viene alla conclusione che il nuovo sistema biometrico semplificato dal Pende abbrevia molto le necessarie ricerche. S.

Elevazione della vita e dell'ambiente rurale in regime fascista.

Negli Atti del primo Convegno Nazionale per il miglioramento della vita rurale (luglio 1938, Roma) cui seguono quelli del Convegno

della tutela del lavoro di Olivicoltura (settembre 1938, Bari), sono state pubblicate, per cura della Confederazione Fascista Lavoratori Agricoltura, in bella veste tipografica, le diverse relazioni svolte al primo e secondo convegno. Fra esse, ci piace notare, per la loro importanza, quella di Alessandrini sulla difesa di alcune malattie infettive nell'ambiente rurale; di Di Mattei sull'attinomicosi nella patologia rurale; di Bottazzi sulla fisiologia generale del lavoro umano; di Condorelli, sui postumi invalidati del reumatismo; di Aiello, nella patologia dei lavoratori addetti all'Ovicoltura.

Il Gardini ha trattato l'anchilostomiasi, malattia sociale e professionale, studiando la questione della sua grande diffusione nella popolazione rurale, soprattutto ortolani e giardinieri, per l'uso di fertilizzare il terreno con concime umano e animale, per l'abitudine che hanno i contadini a camminare a piedi scalzi e coricarsi semivestiti sulla nuda terra, per le scarse misure igieniche e poca pulizia individuale. Viene esposto un piano di lotta contro la malattia, che fa tante migliaia di vittime ed infligge enormi danni alla popolazione, con l'auspicio che l'anchilostomiasi sia la prima forma morbosa nell'elenco delle malattie professionali risarcibili per i lavoratori dell'Agricoltura e quindi indennizzabili come per i lavoratori dell'industria. Secondo l'A. per tale disposizione il contadino sarà tenuto a sottoporsi a tutte le cure indicate e, se necessario, ospedalizzato e che potranno ancora imporsi tutti i necessari provvedimenti igienico-profilattici, per prevenire la malattia estendendoli ai famigliari, conviventi ed abitanti di zona.

G.

I servizi igienico-assistenziali nelle Aziende industriali e commerciali.

Sotto questo titolo, l'Ente Nazionale di Propaganda per la prevenzione degli infortuni ha testè pubblicato a cura del prof. Giovanni Pancheri della R. Università di Milano, in bella veste tipografica, un volumetto molto interessante, ricco di numerose e chiare illustrazioni (fotografie e disegni), contenente le provvidenze atte a dare al lavoratore il maggiore benessere possibile nei luoghi di lavoro. Il lavoro viene specialmente raccomandato per gli impianti nuovi o per modificazioni da fare nelle Aziende, laboratori, colonie e scuole, per cui sarà veramente prezioso. Il volumetto rilegato in tutta tela può essere richiesto a L. 6 la copia all'E.N.P.I., via Sallustiana, 58, Roma.

G.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

BALESTRAZZI, *Conquiste e mete autarchiche.* — Tipografia Donati, 1939, Parma.

BELLUCCI, *L'assistenza medica nell'assicurazione contro le malattie.* — Estr. dal « Trattato di Medicina Sociale », Wassermann, Milano.

In questa pubblicazione del Prof. Bellucci, che fa parte del Trattato di Medicina Sociale edito a cura della casa Wassermann, l'A. svolge con la sua competenza interessanti e dibattute questioni che si presentano nel campo dell'assicurazione contro le malattie. Egli prima d'ogni altra cosa, in un campo in cui esiste confusione di idee e di parole, comincia col proposito di porre bene in chiaro che cosa è una assicurazione in genere e una assicurazione sociale in specie. Passa quindi ad esaminare la questione delle prestazioni, della libera scelta del medico, del reclutamento dei medici e dei loro rapporti con le Casse. Vengono presi pure in considerazione i problemi dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria, delle prestazioni farmaceutiche, dell'attività profilattica, dell'assicurazione malattie professionali e tubercolosi. c. s.

CASO, *L'autarchia del medicamento italiano.* — Edizioni dell'Istituto Fascista dell'Africa Italiana, 1939, Napoli.

Parla degli sforzi e dei risultati soddisfacenti raggiunti dall'industria nazionale biochimica-farmaceutica e svolge un piano di organizzazione ai fini dell'autarchia. c. s.

CATALOGO DEI PERIODICI. — Edizioni di « Difesa Sociale ».

Con questa pubblicazione si offre conoscenza agli studiosi della ricchissima raccolta di periodici esistente presso la Biblioteca dell'I.N.F.P.S. aperta al pubblico tutti i giorni feriali. La parte prima contiene un elenco dei periodici distinti per nazionalità; la parte seconda contiene un elenco per materia dei periodici italiani e stranieri. c. s.

CAPORILLI, *Concorso d'invalidità nella nuova Legge Infortuni.* — Tesi di diploma presso l'Istituto di medicina legale e delle Assicurazioni della R. Università di Roma, 1939.

CHIAIS, *Valutazione delle varici ai fini dell'Assicurazione Vita.* — Estratto dagli Atti del Comitato Medico Consultivo, vol. 4, 1938, Roma.

DE FAZIO, *Il rene nell'infezione malarica.* — Estr. da « Progressi di Terapia », n. 11, 1935.

FARAONE, *Etiologia e profilassi della delinquenza minorile, nei rapporti col problema della difesa della razza.* — Tesi di diploma presso la Scuola di perfezionamento di medicina legale e delle Assicurazioni, 1938-1939, Roma.

FARAONE, *Sulle cause della restituzione aspecifica delle isoagglutinine nella dimostrazione della sostanza isoagglutinabile delle macchie di sangue.* — Tesina di diploma presso la Scuola di perfezionamento di medicina legale e delle Assicurazioni, 1938-39, Roma.

FIANDACA, *Le proprietà biochimiche e chimico-fisiche del sangue nella vecchiaia.* — Estr. da « Ormoni », 1939.

L'A. dopo aver accennato alla incertezza della maggior parte dei risultati finora segnalati nello studio biochimico del sangue nella vecchiaia riassume le più importanti ricerche eseguite dai vari AA. sulle proprietà ematiche, chimiche e fisicochimiche nell'età senescente. Rileva che mentre le modificazioni ematiche, ove esistano, sogliono essere di modica entità, nei vecchi sani, la limitazione della capacità di adattamento funzionale dei vari apparati costituisce la caratteristica principale dell'età senescente. Considera inoltre l'orientamento neurovegetativo nella vecchiaia. c. s.

FIORI, *Contributo clinico alla cura dell'edema carbonchioso.* — Estr. da « Terapia », n. 163, 1933, Milano.

FIORI, *Dei rapporti tra gruppi sanguigni e splenomegalie malariche.* — Estr. dalla Rivista « Malariologia », fasc. 4, 1932, Roma.

FRACHE, *Simulazione e pretestazioni multiple di infortuni in soggetto epilettico.* — Estratto dal « Zacchia », fasc. 9-12, 1939, Torino.

L'A. studiando un soggetto epilettico, rimasto vittima di un infortunio del lavoro, in coincidenza con i primi accessi di tale morbo, ma che, da questo momento, dà luogo ad una catena di infortuni, evidentemente simulati, conclude il suo lavoro, ammettendo la responsabilità degli atti commessi al di fuori degli accessi e la piena coscienza dell'attività criminosa svolta.

FRACHE, *L'analisi cromatografica nella separazione del pigmento ematico da soluzioni contenenti sangue e colore di anilina.* — Estratto da « Zacchia », fasc. 7-8, 1939, Torino.

Mediante l'indagine cromatografica, l'A. è riuscito ad ottenere il pigmento ematico allo stato puro da una soluzione con una sostanza colorante organica indipendentemente dal rapporto reciproco esistente tra la concentrazione delle due sostanze. Resta pertanto risolto integralmente il problema della separazione del sangue da una sostanza colorante che ne impedisca il riconoscimento spettroscopico.

FRACHE, *Il metodo cromatografico e le sue applicazioni in medicina legale*. — Estratto da « Zacchia », fasc. 5-6, 1939, Torino.

L'A. con esperimenti ripetuti (circa 28) ha potuto dimostrare che la tecnica cromatografica rende possibile il riconoscimento spettroscopico di quantità minime di sangue, anche nelle più forti diluizioni. Tali risultati dicono la possibilità di utilizzare l'analisi cromatografica nelle ricerche medico-legali, in rapporto ai vari quesiti, di ematologia corrente e di tossicologia.

FRACHE - SCATAMACCHIA: *Modificazioni post-mortali del pH. del sangue di coniglio in rapporto all'epoca della morte*. — Estratto da « Zacchia », n. 1, 1938, Torino.

Gli AA. hanno notato, nei loro esperimenti, una sensibile diminuzione del pH. ematico, a varia distanza dalla morte, ma non è stato possibile stabilire una determinazione oraria dell'epoca della morte per l'influenza delle variazioni in vivo del pH. ematico e per quella delle varie condizioni intrinseche ed estrinseche al cadavere.

GRASSI: *La morte improvvisa sul lavoro e sua valutazione medico-legale*. — Tesi di diploma presso la Scuola di perfezionamento in medicina legale e delle Assicurazioni della R. Università di Roma, 1938-39.

IAPICHINO: *Considerazioni circa l'assicurazione d'invalidità presso i vari Enti di Assicurazione*. — Tesi di perfezionamento presso la Scuola di medicina legale e di assicurazione, 1938-39, Roma.

MANAI e FIORI, *Sull'emolisi da cause fisico-chimiche e sulle resistenze globulari*. — Estr. da « Studi Sassaressi », vol. XII, 1934, Sassari.

Viene illustrato un altro metodo di frazionamento dell'emolisi il quale può essere utilizzato per lo studio delle resistenze globulari osmotiche.

c. s.

MAROTTA, *Stanislao Cannizzaro*. — Estr. dai Rendiconti dell'Istituto di Sanità Pubblica, vol. II, parte III, 1939, Roma.

OGGIONI, *La neurorete di Donaggio nella insonnia sperimentale*. — Estr. dal Boll. della Soc. Ital. di Biologia sperimentale, 1938.

L'A. si è servito nel suo studio dei metodi neurofibrillari di Donaggio. L'insonnia da sola non può superare la resistenza della neurorete. Sottoponendo invece gli animali da esperimento all'azione combinata dell'insonnia e della perfrigerazione, la quale agisce da rivelatore, l'A. ha potuto mettere in evidenza interessanti modificazioni della neurorete.

OGGIONI, *Ph e reazione di ostacolo*. — Estr. dal Boll. Soc. Ital. Biologia sperimentale, 1938.

I risultati ottenuti dall'A. confermano che la positività della reazione decorre del tutto indipendente dall'andamento del Ph. c. s.

OGGIONI, *Dati ulteriori intorno al comportamento della neurorete di Donaggio nella intossicazione sperimentale da tiroide secca*. — Estr. dal Boll. Soc. Ital. di Biologia sperimentale, 1938.

L'A. ha riscontrato alterazioni della neurorete nella intossicazione da tiroide secca in particolari condizioni d'esperimento.

OGGIONI, *Ricerche sperimentali sul comportamento della neurorete di Donaggio nella somministrazione di tiroide secca*. — Estr. dal Boll. della Soc. Ital. di Biologia sperimentale, 1938.

La neurorete di Donaggio non presenta alterazioni nel coniglio dopo somministrazione di tiroide secca. Le alterazioni si presentano invece se alla somministrazione viene associata una alimentazione insufficiente (tiroide secca solamente).

c. s.

OGGIONI, *Su di un particolare aspetto della motilità riflessa extrapiramidale*. — Estr. da « Rivista di Pat. Nervosa e Mentale », 1938, Firenze.

L'A. studia i riflessi del piede e altri riflessi tendinei nei parkinsoniani encefalitici. Rileva uno svolgimento dell'onda muscolare con successivi sbalzi e sussulti, talora con rimbalzi e considera tale carattere espressione della motilità riflessa extrapiramidale.

OGGIONI, *Il significato e il valore dei cosiddetti riflessi assiali*. — Estr. da « Giornale di Clinica Medica », 1939.

Lo studio dei riflessi assiali ha messo in evidenza che tali segni possiedono significati diversi e peculiari per ciascuno di essi, significati che l'A. ha cercato di stabilire. c. s.

OGGIONI, *Il comportamento del reticolo neurofibrillare endocellulare di Donaggio nella intossicazione sperimentale da tiroide secca.* — Estr. da « Rivista di Patologia Nervosa e Mentale », 1938, Siena.

Dalle ricerche dell'A. risulta che la somministrazione di tiroide secca in aggiunta all'alimentazione abituale non basta a produrre alterazioni della neurorete anche se si associa l'azione del freddo. Le alterazioni si manifestano se la tiroide viene somministrata da sola all'infucuri di ogni altra alimentazione. c. s.

PATRONATO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA SOCIALE, *Relazione sull'attività svolta nel 1938.* — Supplemento al fasc. 7 de « L'Assistenza Sociale », luglio 1939, Roma.

PEZZOLI, *Conquista economica e morale del lavoro.* — Estr. da « Assistenza Fascista », n. 3, 1939, Roma.

PIAZZA: *La vita della Nazione.* — Officine grafiche Littoria, 1939, Milano.

L'A., in una succinta pubblicazione, studia il settore alimentare della vita economica della Nazione, specialmente per quei prodotti principalissimi ed indispensabili, come il grano, le carni in genere, il latte, i grassi e il pesce e spiega il concetto dell'autarchia che non è fine a se stessa ma stimolo alla nazione, non solo per il fabbisogno della stessa, ma per le esigenze dell'esportazione. Lo studio termina con uno sguardo alla storia agricola e commerciale della Libia.

OGGIONI e TRINCAS, *L'azione degli anestetici sulla fibra mielinica del simpatico.* — Estr. da « La Clinica », 1938.

PUDDU e SIBILIA, *Quattro casi di blocco di branca transitorio.* — Ditta Tipografia Cugiani, Roma, 1939.

RANELLETTI, *Relazione sull'attività didattica e scientifica svolta dalla scuola di perfezionamento in medicina del lavoro nell'anno scolastico, 1938-39.* - Tipografia delle Terme, Roma.

Complessivamente sono state fatte nei due anni 272 lezioni, circa 250 esercitazioni prati-

che e 39 visite di istruzione a stabilimenti industriali di Roma e fuori. c. s.

ROSAMILIA: *Amebiasi bronchiale polmonare.* — Estratto dalla nuova Medicina Italiana n. 6, 1933, Napoli.

ROSAMILIA: *I segni clinici iniziali dell'insufficienza epatica.* — Estratto dalla « Nuova Medicina Italiana », n. 7, 1933, Napoli.

SANTORO, *L'assicurazione della maternità.* — Tipografia Adamo Mattioli, Fidenza.

Relazione sociale letta al XXXV Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, Perugia, 16-18 ottobre 1938. c. s.

SILLA, *La Società Italiana per il Progresso delle Scienze nell'Anno XIII E. F.* — Soc. Ital. per il Progresso delle Scienze, Roma.

L'A. in questa interessante pubblicazione presenta un profilo storico della Società Italiana per il Progresso delle Scienze, ne illustra l'attività nella nuova organizzazione corporativa del Paese e gli elevati compiti di questo sodalizio. c. s.

TODISCO, *L'endoioidina nel prurito vulvare essenziale.* — Estr. da « Progressi di Terapia », n. 1-2, 1937.

TODISCO, *Cefalea ipofisaria e sua cura.* — Estr. da « Progressi di Terapia », n. 10, 1937.

TODISCO, *La specie umana nella sua origine.* — Estr. da « Progressi di Terapia », n. 10, 1937.

TORRACCA, *Necessità di realizzare anche nel settore degli infortuni agricoli il perfezionamento della legislazione sociale tracciato dalla dichiarazione XXVII della Carta del Lavoro.* — Tesi di diploma presso l'Istituto di Medicina legale e delle assicurazioni della R. Università di Roma, 1938-1939.

Vuoti nelle file dei nostri Medici fiduciari.

Dr. Reibaldi Alfredo, Cerignola (Foggia).
 Dr. Costanzo Giuseppe, Coreno Ausonio (Frosinone).
 Dr. Solla Osvaldo, Merano (Trento).
 Dr. Fonte Basso Giov. Battista, Cimadolmo (Treviso).
 Dr. Confalonieri Rinaldo, Stradella (Pavia).

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

(72) Soc. Tip. Castaldi - Via Casilina, 49 - Roma

NUOVE PROVVIDENZE SANITARIE A FAVORE DEGLI ASSICURATI DELL' I.N.A.

LOCRI (Reggio Calabria) — *Casa di Cura Barillaro*. A tutti gli assicurati riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore.

Ricordiamo la interessante pubblicazione:

SOTTO IL PLATANO DI COO - Seconda giornata

Questo volume di circa 300 pagine raccoglie gli articoli di medicina preventiva e di igiene pubblicati nella nostra Rivista durante il biennio 1937-38

Prezzo L. 7 - Per gli assicurati che lo richiedono alle Agenzie Generali od alla Direzione L. 3,50

PROVVIDENZE SANITARIE IN VIGORE

A) Visite mediche periodiche gratuite per il controllo della salute (a tutti, comunque assicurati, ogni due anni, presso i Centri e Consultori dell' I. N. A., vedi tabella a pag. II), completate dalle seguenti ricerche ed esami di laboratorio:

Urine - esame completo chimico e microscopico (compresa la prova di concentrazione);

Espettorato;

Sangue - esame per il dosaggio della glicemia (compresa la prova di carico e la curva glicemica); della azotemia; della uricemia; della colesterinemia; della calcemia; esame per la reazione di Kahn, di Wassermann, di Meinicke, di Ide e citochol;

Elettrocardiogramma;

Misurazione della pressione arteriosa;

Teleradiografia del torace;

Controllo del peso e dell'altezza;

Per l'invio del materiale vedi le Norme più sotto.

Agli assicurati per capitali superiori a L. 20.000 si concede un buono di visita medica gratuita ogni due anni.

Tale buono (Mod. S. S. 80) distribuito dalla Agenzia presso la quale gli assicurati pagano il premio, è utilizzabile presso i Sanitari disposti ad eseguire le visite alle condizioni convenute con il Sindacato Nazionale Fascista Medico e indicate nel retro del buono stesso. Il medico è tenuto al segreto professionale anche verso l'Istituto.

B) Consultazioni gratuite d'igiene (dell'alimentazione, del lavoro, del vestiario, della casa, della famiglia, dello sport, ecc., per la prevenzione delle malattie specialmente infettive) per tutti gli assicurati presso i Centri e Consultori dell' I. N. A.

C) Visite consultive gratuite per la idoneità alla vita coloniale (per tutti gli assicurati presso i Centri e Consultori dell' I. N. A.).

D) Consultazioni gratuite per le seguenti specialità:

Collaudo della vista, dell'orecchio naso e gola e cure odontoiatriche in Roma - Via Sallustiana, 51 (Direzione Servizi Sanitari)

Collaudo della vista in Torino - Via Maria Vittoria I (Centro Sanitario I. N. A.).

E) Prestiti senza interesse per operazioni di alta chirurgia (agli assicurati con polizze ordinarie e collettive per le relative spese debitamente comprovate) (Mod. S. S. 59).

F) Facilitazioni presso medici specialisti (per cure odontoiatriche, oculistiche e otorinolaringoiatriche) vedi tabella a pag. III.

G) Facilitazioni presso ospedali e case di cura (vedi tabella IV).

H) Facilitazioni presso stabilimenti termali (vedi tabella VII).

I) 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° « Sotto il platano di Coò » (Seconda giornata)

4° « Igiene della vita coloniale » del Prof. G. PENSO.

5° « L'Assistenza Sanitaria » Rivista bimestrale d'igiene e di medicina preventiva - Edizione speciale.

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, PALERMO, 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 borico;

per l'esame dell'espettorato: 10-15 cc. di espettorato in un vasetto di vetro o porcellana a collo largo;

per l'azotemia: 10-15 cc. di sangue prelevato a digiuno;

per la colesterinemia: 10-15 cc. idem;

per la calcemia: 10-15 cc. idem;

per la glicemia: 1-2 cc. di sangue prelevato a digiuno, con l'aggiunta di alcuni granellini di fluoruro di sodio, allo scopo di renderlo incoagulabile;

per l'uricemia: 10-15 cc. di sangue, o meglio 5 cc. di siero, prelevato a digiuno e dopo essere stati per 3 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).

CENTRI SANITARI, SUB-CENTRI E CONSULTORI GRATUITI

(I Centri sono indicati in grassetto, i sub-Centri in corsivo con asterisco e i Consultori in corsivo)

L O C A L I T À		L O C A L I T À		ORARIO	ORARIO
PIEMONTE		MARCHE E DALMAZIA			
Torino	Via S. Maria Vittoria, 1.	Ancona	C. Mazzini, 13.	Giorni feriali	Giorni feriali
Alessandria	Via Roma, 14.	Ascoli	P. Popolo - V. Archivio.	2° e 4° lunedì (sospeso)	1° 3° mercoledì
Asi *	Via Aliberti, 2.	Macerata	V. Ricci, 2.	Giorni feriali	Ultimo mercoledì
Biella *	Via Arnolfo, 20.	Pesaro	V. Rossini, 2.	1° e 3° lun. - 2° e 4° giov.	2° 4° martedì
Novara *	Via S. Giacomo, 2.	Zara	Calle Larga.	Giorni feriali	2° giovedì
LOMBARDIA		LAZIO E UMBRIA			
Milano	P. Diaz, 6.	Littoria	P. XXIII marzo - Pal. I.N.A.	Giorni feriali	Domenica
Bergamo	V. Camozzi, 33.	Perugia	P. Vittorio Emanuele, 1.	1° 3° lunedì	2° 4° martedì
Brescia	P. Vittoria - Palazzo INA	Roma	V. Sallustiana, 51.	1° 3° martedì	Giorni feriali
Como	V. D. Fontana, 2.	Roma	V. Tritone, 142.	2° 4° giovedì	Giorni feriali
Cremona	V. Campi, 1.	Terni	V. Tacito.	1° 3° mercoledì	Mercoledì
Legnano	C. Vittorio Emanuele, 5.	Tivoli	V. S. Croce.	2° 4° martedì	1° 3° giovedì
Pavia	C. Mazzini, 3.	Viterbo	C. Vitt. Emanuele.	2° 4° sabato	1° 3° sabato
VENEZIA TRIDENTINA		CAMPANIA			
Bolzano	V. Rosmini, 20.	Avellino	P. Libertà, 52.	Giorni feriali (1)	2° 4° martedì
Bressanone	V. Roma, 5.	Benevento	V. Isabella Morra, 6.	(Sospeso)	1° 3° mercoledì
Rovereto	Agenzia Principale INA.	Caserta	C. Umberto, 53.	2° 4° martedì (2)	2° 4° giovedì
Trento *	V. Bellenzani, 14.	Castellammare di Stabia	V. S. Maria dell'Orto, 3.	Giorni feriali (3)	1° 3° venerdì
VENEZIA VENETA		Napoli	P. Costanzo Ciano, 32.	Giorni feriali	Giorni feriali
Padova	P. Spalato, 1.	Salerno	C. Garibaldi (Pal. Natella).	Lunedì	Lunedì
Belluno	V. Garibaldi, 1.	SICILIA ORIENTALE E CALABRIA			
Treviso	V. Vitt. Emanuele, 29.	Catania	V. A. Musolini, 16.	Giorni feriali	Venerdì e sabato
Udine	V. Suro, 1.	Catanzaro	Seesa Leone.	2° e 4° martedì	2° 4° mercoledì
Venezia *	Calle larga XXII Marzo.	Cosenza	C. Mazzini.	Giorni feriali	Giorni feriali
Verona	V. Vitt. Emanuele, 11.	Messina	V. Colombo, 40.	1° 4° lunedì	1° 3° martedì
Vicenza	P. Roma, 11.	Ragusa	V. M. Coffa, 12.	3° lunedì	2° 4° giovedì (pomer.)
VENEZIA GIULIA		Reggio Calabria	C. Garibaldi, 2.		1° 3° mercoledì
Trieste	P. Dalmazia, 3.	Siracusa	V. del Mille, 2.		
Fiume	V. XXX Ottobre.	SICILIA OCCIDENTALE			
Gorizia	V. Crispi, 9.	Agrigento	V. Roma, 291.	Giorni feriali	1° 3° mercoledì
Monfalcone	V. Duca d'Aosta, 26.	Enna	V. Vitt. Eman. 292.	2° e ultimo giovedì	2° 4° martedì
Postumia	Viale Oberdan, 7.b.	Palermo	V. Maqueda, 182.	1° 3° mercoledì	Giorni feriali
EMILIA		Trapani	V. Torrearsa.	2° 4° martedì	(Sospeso temporan.)
Bologna	V. Pignattari, 1.	SARDEGNA			
Parma	V. Garibaldi, 23.	Cagliari	V. Roma, 73.	Giorni feriali	Giorni feriali
Piacenza	P. Cavalli, 2.	Iglesias	Agenzia Principale INA.	2° 4° giovedì	1° lunedì
Reggio Emilia	V. Emilia S. Stefano, 3.	Nuoro	V. Garibaldi, 81.	2° 4° mercoledì	Ultimo lunedì
		Oristano	Agenzia locale INA.	1° 3° martedì	3° lunedì
		Sassari	P. Italia, 7.	2° 4° sabato	2° lunedì

(1) Mercoledì e venerdì consultorio per la G. I. L. - (2) 1° 3° martedì consultorio per la G. I. L. - (3) Il venerdì riservato alla G. I. L. - (4) 2° lunedì riservato alla G. I. L.

Medici specialisti che accordano facilitazioni ai nostri assicurati

(Riduzione del 30%, sugli onorari fissati dal Sindacato Fascista dei Medici)

O D O N T O I A T R I

- Agrigento:** Dr. A. CUCURULLO.
Canicattì: Dr. G. CASSARO, P. PALMA.
Alessandria: Dr. A. PICCINI, V. della Vittoria 3 - Dr. A. G. PICCIONE, V. Savonarola, 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.
Ancona: Dr. L. PANAREO, C. Vittorio Emanuele III, 9.
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.
Aquila: Dr. G. B. DE ANGELIS.
Arezzo: Dr. M. MICHELINI, V. Francesco Crispi, 2.
Ascoli Piceno: Dr. A. MONDOZZI, V. B. Cairoli - Dr. L. PENNESI, V. Malta Dr. A. TASSONI, V. Malta.
Asti: Dr. A. DEGAN, P. Medici, 1 - Dr. C. IVALDI, C. Dante, 3 - Dr. L. MALAGOLI, V. Cavour.
Bari: *Andria:* Dr. F. SARDANO.
Bergamo: Dr. E. AVETTA, V. Monte Grappa, 7 - Dr. G. BRAUN, Viale Roma, 12 - Dr. G. CALDEROLI, Via XX Settembre, 46 - Cav. Dr. C. CASTELLI, - Prof. Dr. G. CAVAZZENI, V. Roma, 6 - Dr. V. DAL LAGO, P. V. Veneto, 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.
Bolzano: Dr. E. GRONES, C. Vittorio 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, C. Goethe, 6 - Dr. F. SINGER, V. Dante, 38.
Brescia: Dr. O. BERTOLI, C. Magenta, 26 - Dr. E. CASTELLI, V. Dante, 42 - Dr. M. JORI, C. Vittorio Emanuele, 58 - Dr. G. B. RIETTI, V. Mazzini, 6 - Dr. G. RIETTI, V. Mazzini, 6 - Dr. D. SALVAONI, Viale Stazione, 6 - Dr. D. SCACHERI, C. Palestro, 27.
Gardone Riviera: Dr. G. GOIO.
Salò: Dr. G. SIMONI, P. V. Em., 96.
Cagliari: Dr. L. FRONGIA, V. Mando, 88 - Dr. G. PINNA-STARA, Viale Diaz.
Iglesias: Dr. E. SPINAS, V. Roma, 5.
Campobasso: Dr. A. MARTINO - Dr. SANTORO, Manfredi.
Carrara: Dr. G. Batt. LODOVICI, V. Lunense.
Catania: Dr. M. Di GRAZIA, V. Garibaldi, 9 - Dr. S. GRECO, V. Etna, 270 - Dr. G. MILONE, V. Umberto, 41 - Dr. R. MUSUMECI GRASSI, V. Vittorio Emanuele, 215 - Dr. F. POLITI, Via Etna, 208
Catanzaro: Dr. C. CITANNA, Via Monte, 12.
Chieti: Dr. Cav. E. MASTROPASQUA, V. S. Gaetano, 7.
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.
Cosenza: Dr. G. ANDREASSI, V. Mazzini - Dr. O. CERBELLI, P. Ferrovia - Dr. A. CHIMENTI, V. Trento - Dr. F. LOFFREDO, V. Isorzo.
Cremona: Dr. L. BERTOLOTI, Via Beltrami, 4 - Dr. E. REBUZZI, P. Roma, 17 - Dr. R. ZANNINI, V. Blasio, 5.
Casalmaggiore: Dr. O. BOLES.
Cuneo: Dr. F. MANFREDI.
Enna: Dr. D. COLOMBRITA, V. Roma, 262.
Ferrara: Dr. A. CAVALLARI, Largo Castello - Dr. G. FINI, Corso Giovecca, 3 - Dr. D. MORI, V. Cortevicchia, 3 - Dr. A. TESTI, V. Palestro, 21 - Dr. G. TESTI, V. Palestro, 21.
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: Dr. G. ARBORE, - Dr. E. DI MAIO - Dr. G. BUONO di Luciano.
Manfredonia: Dr. P. MELUCCO.
S. Severo: Dr. P. RECCA.
Rimini: Dr. E. LAZZAROTTO - Dr. L. PEDRAZZI - Dr. R. PELOSI.
Genova: Dr. G. MORIANI, P. Corvetto, 1/4 - Dr. F. PUPPO, Salita S. Caterina, 1/2.
Cornigliano: Dr. G. TRAVAGLINI, V. Garibaldi, 13
Gorizia: Dr. P. U. NETZBANDT.
Grosseto: Dr. A. ANGELINI.
Imperia: Dr. R. AMORETTI, V. Alfieri, 18 - Dr. O. DE VECCHI, Via del Monte - Dr. A. LATRONICO, V. Berio, 5-bis - Dr. E. MAGLIONE Imperia-Oneglia - 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. Vittorio Emanuele, 11 - Dr. G. ELENA, V. Carli, 1.
Ventimiglia: Dr. G. BUONSIGNORE, V. Roma, 7 - Dr. F. UGOLINI, V. Cavour, 51.
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.
Lucca: *Altopascio:* Dr. G. L. PIEGATA.
Viareggio: Dr. G. GIUFFRIDA.
Mantova: Dr. G. CONSOLO, C. Umberto I, 89 - Dr. R. LASAGNA, V. Chiasci, 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.
Matera: Dr. D. MARINARO - Dr. S. LO RUSSO.
Messina: Dr. F. TODARO, Via Dei Verdi.
Milano: Dr. G. ALTARA, C. ROMA, 63. - Dr. G. BIAGINI, V. Aversa, 17.
Magenta: Dr. R. RUSSITANO.
Monza: Dr. E. BONSAGLIO, V. Vittorio Emanuele, 1 - Dr. A. CAMPANARI, V. Italia, 13 - Dr. P. SAVIO, V. B. Lumi, 3.
Modena: Gr. Uff. Dr. G. SILLINGARDI, P. Muratori, 31 - Dr. A. TOTARO, V. Emilia, 26.
Napoli: Dr. A. COPPOLA, V. Cesario Console, 3 - Dr. F. DE NOTARIS, Via Cappella Vecchia, 6 - Dr. C. DONATO, V. R. De Cesare, 7 - Dr. V. GIUFFRÈ, V. Santa Brigida, 76 - Dr. G. IZZO, V. Saut'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.
Novara: Dr. F. BORRINI, V. Cavour, 17 - Dr. D. SCENDRATI, C. Regina Margherita, 12.
Palermo: Dr. P. AVELLONE, V. XII Gennaio, 15 - Dr. G. CIMINO, V. Villareale, 6 - Dr. G. DI CARLO, V. Boma - Dr. P. GARLO, Largo S. 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. TEMPASTINI, V. R. Settimo, 24.

Parma: Dr. S. ALBERTI, V. Farini, 52.

Perugia: Prof. Dr. F. BRAJO, Corso Vannucci.

Foligno: Dr. G. BIONDI.

Piacenza: D. E. CAVANNA, GOBBI, V. S. Marco, 5 - Dr. U. M. STRALETTI, V. Chiapponi, 37 - Dr. G. PATRIOLI, V. Sopramuro.

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.

Pola: Dr. F. STOCCO.

Reggio Calabria: Dr. R. S. RETEZ, C. Vittorio Emanuele.

Locri: Dr. G. PELLEGRINO.

Roma: Dr. A. BENEGLIANO, V. Salaria, 44 - Prof. Dr. B. DE VECCHIS, Via Cornelio Celso, 1 - Dr. BONCRISTIANI, V. Arenula, 53 - Dr. A. PIERLUIGI, C. Trieste, 141 - Dr. A. ERCOLANI, Largo Magnagrecia, 3.

Rovigo: Dr. B. BENATTI - Dr. A. BORELLINI.

Adria: Dr. G. FERROCI - Dr. N. GIORDANI.

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

Sassari: Dr. A. FENU, Vico' Bartolinis - Dr. G. NIEDOU, V. Manno - Dr. R. TOCCO, P. Castello.

Savona: Dr. Cav. Uff. G. GASTI, C. Principe Amedeo, 2-5 - Dr. Comm. P. PAGGI, V. Paleocapa, 3 - Dr. G. VETRANA, V. Guidobono, 30.

Siena: Dr. P. MARZANO, V. di Città 3.

Sondrio: Dr. L. OTTANI, V. XXVIII Ottobre, 8.

Taranto: Dr. V. BARBARO, C. Umberto - Dr. F. MONTANARI, P. G. Bruno, 33 - Dr. G. SANTOSTASI - Dr. N. VITANTONIO, C. Umberto.

Teramo: Dr. G. BIANCO - Dr. A. SACCONI.

Torino: Dr. G. BUJATTI, C. Vinzaglio, 104 - Prof. Dr. L. CASOTTI, Via Roma, 15, Palazzo I. N. A. - Dr. E. FAVERO, V. Camerada, 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. Vitt. Veneto, 20.

Trento: Dr. F. AGOSTINI - Dr. C. LACHMANN, P. Silvio Pellico, 2 - Dr. F. RIGHI, V. Belenzani, 27 - Dr. C. SEPPI, V. Gazzoletti.

Arco: Dr. E. PERNECHER.

Levico; Dr. F. CALIARI.

Rovereto: Dr. M. SOMMADOSSI - Dr. G. ZANNINI.

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

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.

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

Tolmezzo: Dr. P. CANDUSIO, P. XX Settembre.

Varese: Dr. R. BERTOLI, V. Orri-goni, 15 - Dr. C. FRANZI, V. Cavour 30 - Dr. S. GUSCETTI, V. 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.

Venezia: Dr. A. SERENA, Cannaregio.

Vercelli: Dr. C. A. POZZOLO, P. Vitt. Emanuele, 2.

Verona: Dr. G. BRIVIO, V. Marsala - Dr. L. CARAZZA, P. Dante, 8 - Dr. E. FRANCHINI, C. Vitt. 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: Dr. L. CARLE, C. Principe Umberto, 53 - Dr. S. FIORETTI, Via Morette - Dr. L. MARTINELLI, S. Corona.

Arcignano: Dr. G. VERONESE.

OCULISTI

Alessandria: Dr. E. ALTARA, Corso Roma, 3 - Dr. F. DURANDO, V. Nuova Legnano, 5.

Casale Monferrato: Dr. A. GUASCHINO, V. Mellana, 2.

Aosta - Ivrea: Dr. C. GARZINO, Osp. Civile.

Arezzo: Prof. Dr. FRACASSI, C. Vitt. Emanuele, 223

Asti: Dr. C. LOVISOLO.

Bergamo: Prof. Dr. A. BUSACCA, V. Tasso, 4 - Prof. Dr. A. SEGUINI, Via Roma, 8 - Dr. G. ZONCA, V. XX Settembre, 14.

Bologna: Dr. L. CAPRA, V. Indipendenza, 2 - Prof. Dr. C. MARIOTTI, Via Castiglione, 5 - Dr. G. NARDI, V. Frasinago, 21 - Dr. D. PALMIERI, V. Righi, 34 - Prof. Dr. G. RICCHI, V. San Stefano, 43 - Prof. Dr. X. NAPOLEONE, V. Guerrazzi, 29.

Bolzano: Prof. Dr. G. MENESTRINA, Osp. Civile - Dr. F. ROSSLER, V. Regina Elena.

Bressanone: Dr. E. NIEDEREGGER.

Merano: Dr. C. BAR, Corso Principe Umberto, 34 - Dr. G. KEISER, Corso Principe Umberto, 32.

Cagliari: Prof. Dr. GALLENGA R., R.

Clinica Oculistica - Prof. Dr. G. MOSSA, V. Pola, 7.

Iglesias: Dr. B. GARAU, Via Umberto, 12.

Serramanna: Dr. L. PITTAU.

Caltanissetta: Prof. Dr. E. CAVALARO, V. Tuminelli, 2 - Prof. Dr. G. NICOLETTI, V. Tuminelli, 4.

Campobasso: Dr. N. BARBATO - Comm. Dr. E. GRIMALDI.

Agnone: Dr. S. SAVASTANO.

Catania: Prof. Dr. M. DE CRISTOFARO, V. Plebiscito, 280 - Prof. Dr. G. FAVALORO, V. S. Maddalena, 59.

Chieti: Prof. Dr. G. COZZOLI, Corso Marruccino, 104.

Lanciano: Dr. V. SERAFINI.

Como: Prof. Dr. G. GASPARINI, Via Volta, 30.

Cuneo - Alba: Dr. G. VARALDI.

Ferrara: Dr. S. CECCOLI, Vicolo del Teatro, 2 - Dr. M. VERZELLA, Corso Porta Mare, 11.

Foggia: Dr. A. ALTAMURA.

Carlantino: Dr. N. DE SIMONE.

S. Severo: Dr. G. COLIO.

Forlì: Dr. P. MARCHINI, C. A. Diaz

Imperia: Dr. M. ODISIO, V. G. Berio, 9.

Oneglia: Dr. G. GRIVA.

Sanremo: Dr. G. GRIVA, V. Vittorio Emanuele, 18 - Dr. M. ODISIO, Via Vitt. Emanuele, 8.

Livorno: Dr. M. PARDUCCI, V. del Fante, 3.

Mantova: Prof. Dr. D. FERRI, Via Battisti - Prof. Dr. PREVEDI, C. Vitt. Emanuele, 7.

Messina: Dr. V. LA ROSA, V. Pavia - Prof. Dr. F. SCULLICA, V. Cavour, 131 isol. 336.

Milano: Prof. Dr. A. BUSACCA, Foro Bonaparte, 46.

Napoli: Prof. G. De Rosa, Via Sanfelice, 33 - Dr. F. GALETTI, Riviera di Chiaia, 32.

Novara: Dr. Prof. G. LADDONI, Ospedale Maggiore, C. Cavour.

Padova: Dr. L. ZOLDAN, Via Altinate, 69.

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, Via Di Marzo, 2 - Dr. G. LA PLAGA, Via Garzilli, 24 - Prof. Dr. S. LONGO, C.

Scinà, 941 - Prof. Dr. P. STELLA, P. Castelnuovo, 4. Parma: Prof. Dr. F. CANDIAN, Viale Umberto I. Perugia: Prof. Dr. C. GIANNANTONI, Corso Vannucci, 9. Pola: Dr. M. DE PIERA. Reggio Calabria: Prof. Dr. G. SALVADORI, V. D. Tripepi, 34. Roma: Prof. Dr. D'AMICO, V. Farini, 6 - Prof. Dr. C. MAZZANTINI, Via Milano, 24 - Prof. Dr. I. NEUSCHÜLLER, V. Regina Elena - Prof. Dr. B. STRAMPELLI, Corso Italia, 33. Salerno: Dr. V. TURCO, C. V. Emanuele, 130. Sassari: Prof. Dr. V. SABA, Via Roma, 14. Taranto: Dr. V. CARDUCCI, V. D'Aquino - Prof. Dr. A. MARICOSCI, V. di	Palma - Dr. R. MARINOSCI, V. Regina Elea, 33 - Prof. Dr. E. VILLASEVAGLIOS, V. De Cesare, 1. Torino: Dr. C. CAFFARATTI, Corso Vinzaglio, 5 - Dr. C. CANTÙ, V. Maddama 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. GRINGOLO, C. 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, C. Vittorio Emanuele, 19 - Prof. Dr. S. PICCALUGA, Via XX Settembre, 60 - Prof. Dr. C. PISSARELLO, C. Siccardi, 9-bis - Dr. G. PRECERUTTI-TAPPARELLI, Via 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, C. Oporto, 31-bis. Trento: Dr. G. GENTILINI, P. Venezia, 2 - Dr. G. GRILLO, V. Santa Maria Maddalena, 21. Trieste: Dr. G. MANZUTTO Via, Roma, 22. Udine: Prof. Dr. A. ALIQUÒ MAZZEI, V. N. Sauro, 1. Varese: Dr. E. MORETTI, V. Piave, 14. Luino: Dr. R. MARGARITELLA, Viale Umberto I, 18. Venezia: Dr. E. NISTA, Calle P. Angelo, 5314. Vercelli: Dr. L. PAGANI, V. Garibaldi, 20. Vicenza: Dr. C. ANTUZZI, P. Duomo, 4.
--	---	---

OTORINOLARINGOIATRI

Alessandria: Dr. F. BADINO, Via Trotti, 12 - Dr. A. AJMONE, V. Faà di Bruno, 18 - Dr. L. BORTOLOTTI, V. S. Giacomo della Vittoria, 25. Casale Monferrato: Dr. G. CUASCHINO, V. Mellana, 2. Aosta - Ivrea: Dr. U. MAGGIOROTTI, P. Lamarmora. Aquila: Dr. S. CIPOLLONI, V. S. Marciiano, 31. Ascoli - Fermo: Dr. A. LODOVICI, V. Sapienza, 4. Asti: Dr. A. GENTILE. Bergamo: Dr. I. CALDEROLI, V. XX Settembre, 46 - Dr. G. PALVIS, V. XX Settembre, 7. Bologna: Prof. Dr. A. CANEPELE, Viale XII Giugno, 12 - Dr. G. B. FACCHINI, V. Artieri, 2. 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, V. Armando Diaz, 13. Cagliari: Dr. A. CANESSA, V. Manno, 5 - Dr. L. LAUDADIO, C. Felice, 28. Iglesias: Dr. A. TORNU, P. Sella. Caltanissetta: Dr. P. RESTIVO, Via Gaetani, 37. Catania: Prof. Dr. GIUFFRIDA, Piazza Cavour, 14. Como: Dr. F. BECCHERLE, V. Volta, 33. Dr. G. TORLASCHI, V. Natta, 7. Cremona: Dr. F. BOCCHI, V. Manna, 8. Cuneo: Prof. Dr. G. DONADEI, Via Gallo, 5. Saluzzo: Dr. U. RACCA, V. Gualtieri, 5. Ferrara: Dr. A. MANFREDI, V. Borgoleoni, 122 - Dr. E. MURATORI, V. Palestro, 62.	Foggia: - S. Severo: Dr. A. CERVASIO. Forlì: Dr. F. SEGANTI, V. Maldenti, 8. Gorizia: Dr. G. COMEL - Dr. S. RUZZATI. Imperia - 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 - Suvereto di Livorno: Dr. L. CHIERICI. Mantova: Dr. FUCCI, V. Carlo Poma, 15 - Dr. L. ZAPPAROLI, C. Vitt. Emanuele, 103. Messina: Dr. C. CAMINITI, V. Garibaldi, 27, isol. 272 - Prof. Dr. G. SALVADORI, V. Colombo, 40 - Dr. V. VALSECCI, V. U. Bassi, 120. Modena: Gr. Uff. Dr. G. SILLINGARDI, P. Muratori, 31. 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. Padova: Prof. Dr. E. RUBATELLI, V. Gabelli, 17. Palermo: Prof. Dr. G. ALAGNA, V. Roma, 391 - Dr. F. CAMPO, V. Stabile, 109 - Dr. G. FERRUZZA, V. Lincoln, 96 - Prof. Dr. A. ZANOLA, V. Rodi, 1. Parma: Prof. Dr. F. LASAGNA, Piazze Cervi, 17 - Prof. Dr. U. TASSI, V. XXII Luglio, 15. Perugia: Dr. A. BAROLA, V. Fani, 2. Pistoia: Dr. M. A. CASANUOVA, Via della Madonna, 9. Pola: Dr. E. MAZZARO. Roma: Prof. Dr. G. TURTUR, Via XX Settembre, 95 - Dr. S. CIPOLLONI,	V. Cola di Rienzo, 297 - Dr. M. MANCIOLI, P. XXVIII Ottobre (ang. V. Flaminia) - Dr. C. MESSANELLI, V. Tevere, 44. Siena: Dr. Prof. L. BELLUCCI. Taranto: Prof. Dr. A. BIASOLI, Via Due Mari, 18 - Dr. V. BATTISTA, Via Cavour, 27 - Dr. V. NATALE, Via Masari, 5. Torino: Dr. E. BATTAGLIOTTI, Via S. Chiara, 20 - Prof. Dr. G. BRUZZONE, V. Confienza, 15 - Prof. Dr. A. CASSASSA, V. Principe Amedeo, 52 - Prof. Dr. I. DIONISIO, Corso Vinzaglio, 10 - Prof. Dr. G. DIONADEI, V. Marco Polo, 19-bis - Dr. A. FERRERO, Via Goito, 6 - Dr. G. LEALE, Corso Oporto, 5 - Prof. Dr. A. MALAN, Corso Oporto, 40 - Dr. P. T. MANCINI, Via Plana, 11 - Dr. C. MEANO, V. Della Rocca, 6 - Prof. Dr. G. PINAROLI, Corso Vitt. Emanuele, 82 - Dr. G. PRECERUTTI-TAPPARELLI G., V. Principe Amedeo, 29 - Dr. C. VASSIA, V. Santa Chiara, 20. Trapani: Dr. M. SAMMARTANO, Via Mercè. Trento: Prof. Dr. G. GARBINI, Via Roma, 37 - Dr. D. MAESTRANI, Via Rosmini, 25 - Dr. Cav. G. MAFFEI, V. Oss. Mazzurana, 16. Trieste: Dr. A. ROCCO, V. Mercato Vecchio, 3 - Dr. Cav. G. MONTINI, Via Cesare Beccaria, 8. Udine: Dr. F. PELLIZZO, Via Rivis, 32. Varese: Dr. S. ROVERA - Dr. G. SIOLI, P. M. Giappa, 14. Somma Lombarda: Dr. P. A. BURATTI. Venezia: Dr. G. BREGANZATO. Vercelli: Dr. P. PETTERINO, Via Ol doni, 1. Vicenza: Dr. E. BASSO, V. Racchetta, 5 - Dr. A. BOER, V. Carpagnon, 13.
---	--	---

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%	MODENA	Casa Prof. Marchetti - Via Giardini 20	30%
BOLOGNA	Osp. « B. Mussolini » dell' I. N. F. A. I. L.	20% 1 ^a e 2 ^a cl. 10% 3 ^a cl.		Casa « Berti »	30%
	Casa « La Policlinica - Umberto I »	30%	NAPOLI	Sanatorio « C. Forlanini »	30% diaria L. 20
	« Villa Rosa » - Via Castiglione, 103	30%		Casa Grimaldi e Principe - Piazza Gesù e Maria, 24	30%
	« Villa Verde » - Via S. Mamolo, 45	30%	PALERMO	Clinica Prof. Arnone - Via Ugdolena, 2	30% 30% retta 20% interventi e ricerche
BRESCIA	Poliambulanza - Piazzale Garibaldi	25 e 30%		Casa « Noto »	
CAGLIARI	Casa Prof. G. Baggio - Piazza S. Benedetto	30%	PALLANZA (Novara)	« Villa Panorama » (cure Arnaldi)	25%
CALTANISSETTA	Casa Dr. Ballati	30%	PAVIA	Casa Prof. E. Morelli - Piazza XXIV Maggio	30%
CATANIA	Istituto Medico del Lavoro - Via De Felice, 37	ass. popolari L. 10 visita annuale	PIACENZA	Casa « Piacenza »	20%
CATANZARO	Ist. clin. diagnost. fisioter. Dr. G. Mazza - Via Duomo	30%	REGGIO EMILIA	« Villa Ida » - Prof. Dr. G. Zironi	30%
COMO	Ist. Cardiolog. Prof. G. Galli - Via Volta 46	30%	S. PELLEGR. TERME (Bergamo)	Casa Dr. M. Quarenghi	20 e 25%
COSENZA	Casa Catalani - Villa Amelia	30%	S. SEVERO (Foggia)	Clin. Troiano - V.le Stazione	30%
GENOVA	Policlinico del Lavoro - Via Benedetto XV	ass. popolari L. 10 visita annuale	TORINO	Ist. Med. preventiva - V. delle Orfane, 8	40%
	Ist. Inalazioni Dr. B. Oxilia - Via XX Settembre 1-2	30%		Clin. malattie professionali - R. Università	ass. popolari L. 11 visita annuale
LOCRI (Reggio C.)	Casa di Cura Barillaro	30%		Istituto terapia octozonica - Corso Oporto 10	35%
MESSINA	Ist. terapia fisica Dr. G. Spagnolio - Piazza Stazione	30%		« Villa Maria » - Villa della Regina, 14	30 e 40%
MESTRE (Venezia)	Osp. Civ. « Umberto I »	10 e 20%	TREVISO	« Villa Bianca » - Prof. A. Grollo	30%
MILANO	Casa « Villa Porpora » - Via E. Carpi 30	30%	TRIESTE	Casa di Duttogliano	20 o 10%

Cliniche specializzate e case di cura

BARI	Clinica Prof. D'Erchia - Via M. Signorile, 2 (ostetricia e ginecologia)	30%	ROMA	Guardia Ostetrica permanente E. Pestalozza	50, 30, 20%
CAGLIARI	Casa B. Salvatore (ostetricia e ginecologia)	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 »
ROMA	Clinica Ostetrica Ginecologica R. Università di Roma Cura della sterilità	A tutte le assicurate visite gratuite giovedì e sabato ore 15	PADOVA	Casa « La Salutare » (località Altichiero) (neurologia)	20%
	Osp. S. Gallicano (dermosifilopatia)	diaria 30,50	TREVISO	Casa Prof. P. Brisotto - Ponte Garibaldi (otorinolaringologia)	30%
	Ist. « Regina Elena » (tumori)	> 35 -	MIAZZINA (Novara)	Casa « Eremo » (malattie polmonari)	15 e 30%
	Clinica Odontoiatrica R. Università	20%			

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	Hotel Trieste e Vittoria: i 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.
AGNANO Napoli)	Acque solfuree calde, acque solfuree clorurate sodiche calde, acque solfuree ferruginose fredde, acque alcaline solfato-sodiche, acque alcaline carboniche calde, acque solfate acide, acque ferruginose carboniche calde - Fanghi minerali vulcanici - Stufe secche da 40 a 75° C.	Stitichezza, epatopatie croniche, colecistiti.	A tutti gli assicurati riduzione del 50% importo diritto di ammissione e 25% importo abbonamenti cure.
BOGNANCO (Novara)	Acque bicarbonate magnesiache 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 - magnesiache. Bibita, bagni, fanghi.	Affezioni vie biliari - Disfunzioni epatiche - Ipertensione (balneoterapia).	10% sugli abbonamenti alle bibite e bagni 1° e 2° classe (per forme popolari anche 3° classe)
CIVITA VECCHIA (Roma)	Acqua solfato-calcica . . .	Reumatismi - Malattie del ricambio, ginecologiche.	20% su tariffe giornaliere in vigore.
FIUGGI (Frosinone)	Acque oligometalliche-radioattive.	Diatesi uricemica - Calcolosi reno-vescicale - Gotta - Cistopielite.	30% su tariffe.
LEVICO (Trento)	Acque arsenico ferruginose solforiche. Bagni.	Anemie - Clorodinie - 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. - colecisti.	10% su tariffe (aprile-luglio e ottobre-novembre).
MONTEGROTTO T. (Padova)	Acque clorurato-sodiche-solfocalciche a 85° C - Fanghi naturali vulcanici.	Artrite - Reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	Terme preistoriche: 20% 1° classe - 15% 2° e 3° classe su cure, pensione, visita medica, ecc.
PORRETTA (Bologna)	Acque salsobromoiodiche aclorurate sodiche-solfuree.	Stitichezza - Epatopatie cr. - colecistiti.	50% ingressi stabilimenti - 25% sulle cure.

Località	Qualità fisico-chimiche delle acque e fanghi	Malattie per le quali si consiglia la cura	Facilitazioni concesse
POZZUOLI (Terme puteolane)	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.
SALSOMAGGIORE (Parma)	Acque salsobromiodiche	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	Assic. ord. e coll. - 20% sulle tariffe, sconti dagli alberghi Porro e Valentini.
S. CASCIANO B. (Siena)	Acque solfato - calcico - carboniche, da 30 a 45° C. - Fanghi vegeto-minerali caldi	Stitichezze - Epatopatie cr. - Colecistiti.	30% su tariffe 1ª classe - 50% su tariffe 2ª classe.
S. PELLEGRINO (Bergamo)	Acque bicarbonato 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. ord. e coll. - 25% sulle tariffe.
SARDARA (Cagliari)	Acqua bicarbonato sodica a 50° - 55° - 68° C.	Ipercloridria - Atonia gastrica Gastroenterite cr.	25% sulle tariffe.
SCIACCA (Agrigento)	Acqua cloruro sodica calcica magnesiaca.	Mal. artritiche - Ricambio - Traumatiche - Ginecologiche.	20% sulle tariffe.
SCRAJO EQUENSE (Napoli)	Acqua salino solfurea	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	25% - 20% - 15% sulle tariffe.
TERMINI IMERESE (Palermo)	Acque clorurato-sodiche-termali-radioattive.	Reumatismo - Artrite cr. - Nevralgie - Gotta.	15% su pensione di L. 30 - 25% su bagno e stufa.
TRESCORE BALNEARIO (Bergamo)	Acqua clorurata sodico calcica - Bagni.	Ipercloridria - Atonia gastrica Gastroenterite cr.	25% sulle tariffe e 50% su tasse di ammissione.

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

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

Isole italiane dell'Egeo

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

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

CALITEA (Rodi Egeo). — Acque clorurate sodiche deboli e forti, utili per affetti da stitichezza - epatopatie croniche - colecistiti.

Riduzioni: A tutti gli assicurati riduzione 30% sulle tariffe in vigore.

Estero

EGITTO. — A) Buono gratuito per 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

(208) Società Tipografica Castaldi - Roma, Via Casilina, 49 - Tel. 70.409

LE PROBABILITÀ DI SOPRAVVIVENZA E LA NECESSITÀ DELL'ASSICURAZIONE-VITA

Per quanto il cumulo del risparmio destinato all'assicurazione sulla vita umana risulti in Italia grandemente accresciuto in questi ultimi anni, esso è tuttavia ben lungi dall'aver raggiunto quelle mete che darebbero un'onesta tranquillità economica a tutte le famiglie italiane.

Forse troppi padri di famiglia non riflettono alla frequenza della mortalità, che incide nei periodi più redditizi per il lavoro umano, e quindi al rischio che essi corrono di non arrivare in tempo a provvedere, come avrebbero voluto, all'avvenire dei propri cari.

Bisogna richiamarli alla realtà, come fa la seguente tabella, che indica le sopravvivenze su ogni mille maschi al termine dei dieci anni successivi ai singoli gruppi di età in essa indicati:

Età iniziale	Su ogni mille maschi risultano sopravvivenuti al termine del periodo di 10 anni	Età iniziale	Su ogni mille maschi risultano sopravvivenuti al termine del periodo di 10 anni
Anni 25	955 individui	Anni 40	924 individui
Anni 30	949 individui	Anni 45	909 individui
Anni 35	939 individui	Anni 50	862 individui

E se poi alle cifre di sopravvivenza sostituiamo quelle corrispondenti di mortalità, ne abbiamo la tabella sottostante, che, con maggiore determinazione, ci pone davanti alla realtà:

Età iniziale	Su ogni mille maschi muoiono nel periodo di dieci anni successivo	Età iniziale	Su ogni mille maschi muoiono nel periodo di dieci anni successivo
Anni 25	45 individui	Anni 40	76 individui
Anni 30	51 individui	Anni 45	100 individui
Anni 35	61 individui	Anni 50	138 individui

Con quale mezzo si può riparare al danno economico derivante dalla morte prematura di un padre di famiglia? Soltanto con l'assicurazione sulla vita e cioè con quella forma di risparmio che prevede e copre il grave rischio, in qualsiasi momento esso si verifichi.

L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

le cui polizze sono garantite anche dallo Stato e godono inoltre del beneficio di partecipare agli utili annuali dell'Azienda, offre ai previdenti svariatissime forme assicurative, in modo che ogni categoria di cittadini trova fra esse quella che più particolarmente le conviene.

ESEMPIO

Un professionista di 30 anni 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 25° 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.

Continua l'emissione delle polizze ordinarie e popolari dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni collegate ai Buoni del Tesoro 1949. I vistosi premi sono riservati agli assicurati.



Corporate Heritage
& Historical Archive