

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno IX
Numero 4
15 Agosto
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

UN PREMIO DI UN MILIONE PER I BUONI DEL TESORO 1949 **vinto da un Assicurato** **dell'Istituto Nazionale Assicurazioni**



L'EMISSIONE DELLE SPECIALI POLIZZE CONTINUA: **APPROFITTAENE !**

Un assicurato dell'Istituto Nazionale residente in una città dell'Emilia, titolare di una polizza abbinata ai Buoni del Tesoro 1949 del capitale di L. 5.000 e per la quale aveva finora speso poco più di 250 lire, ha avuto la fortuna di sentirsi annunciare dallo stesso Istituto che uno dei dieci Buoni del Tesoro collegati alla sua polizza era stato estratto per il premio di

1.000.000 di Lire

e si è pur sentito confermare che la sua polizza continuava a rimanere in vigore e che egli quindi mantiene pieno diritto di concorrere, con i Buoni assegnati al suo contratto, alle estrazioni dei successivi premi.

Questo caso deve far decidere tutti coloro che hanno a cuore non soltanto il proprio avvenire, ma anche quello dei propri cari, a valersi di questa specialissima forma assicurativa creata dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, per sottoscrivere uno o più Buoni Novennali del Tesoro 1949. Con un piccolissimo risparmio, di nessun peso anche per i meno abbienti, ognuno non soltanto compie un saggio atto di previdenza e procede ad un ottimo investimento dei suoi risparmi, ma va anche incontro alla più lusinghiera fortuna.

Ciò è ancora possibile perchè l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, valendosi della scorta dei titoli a sua disposizione, continua ad emettere le sue speciali polizze abbinata ai nuovi Buoni Novennali del Tesoro 5 % 1949 per dar modo a tutti i cittadini di acquistare i Buoni stessi e per di più con pagamento rateale. Tali polizze sono in forma « Ordinaria » e in forma « popolare ».

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, Dott. T. RICCIOTTI

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. A. STARNA, Quando i grappoli si fanno d'oro 158
- b) Prof. M. VELE, I disturbi della vista in rapporto alla luce . 161
- c) Rassegna di articoli d'igiene . 164

2. Studi e ricerche di medicina delle Assicurazioni Vita:

- a) Dott. C. CONFORTO, La prognosi dei restringimenti post-blenorragici in Assicurazione Vita . 166

3. Indagini di Statistica Medica:

- Dott. P. CIATTI, Rilievi statistici sopra alcune malattie infettive causa di sinistro tra gli assicurati dell' I. N. A. 173

4. Notiziario 181

5. Dai Periodici 183

6. Semeiotica di Medicina delle Assicurazioni Vita:

- Dott. V. POLIDORI, L'esame funzionale del cuore e sua importanza in relazione alle visite di Assicurazione Vita . . . 195

7. Varie:

- Dott. P. CIATTI, L'ereditarietà in Assicurazione Vita 202

8. Pubblicazioni ricevute 207

9. Vuoti nelle file dei nostri fiduciari 208

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 quaranta estratti. - Gli originali non si restituiscono.

Consigli agli assicurati**QUANDO I GRAPPOLI SI FANNO D'ORO**

I colli a vigneti che dalla pianura si inseguono, alternati a vallette e ripiani, per salire fino a perdersi nella catena dei monti lontani ove verso oriente segnano l'orizzonte di un nastro d'indaco, hanno assunto adesso un bel verde festoso. Più in basso, la terra nera della recente semina ed i prati ingialliti contrastano con le chiome folte dei vigneti ondeggianti alla brezza vespertina.

Su per i lunghi filari, festonati di tralci, sotto i pampini sfrangiati, la vite matura ormai il suo rosario d'ambra e di rossetto. Il sole saluta la sua figlia prediletta che diviene ogni giorno sempre più porporina mentre viene fatta segno di tanta attenzione, essa se ne sente lusingata e come una elegante signora si rende più attraente dietro la veletta, così l'uva si fa civettuola mentre si va ricoprendo di una patina argentea. Frattanto gli acini, gonfi... di orgoglio, diventano turgici fino a pigiarsi tra loro.

Et varios ponit fetus autumnus, et alte Mitis in apricis coquitur vindemia saxis.

Così, con pochi tocchi, Virgilio dipinge l'autunno portatore, insieme coi più svariati prodotti, anche dell'uva matura che si indora sull'alto delle rocce assolate. Forse, non meglio si potrebbe descrivere la maturazione di questo frutto che diede un nome all'Italia.

Sebbene Noè, avendo abusato del succo fermentato dell'uva, abbia offerto occasione agli astemî ed ai « secchi » dei due mondi di inveire contro il vino; il dolce frutto della vite, consumato come tale, gode oggi ancor più il favore di tutti ed è ben accolto dal più arcigno degli igienisti.

Al solo vederla, nella fruttiera della

nostra modesta tavola, pendula come un gioiello, ricca di tante stalattiti riunite in un unico grappolo, più variata di ogni fiorecenza a corimbo, essa sembra creata apposta per allietare non già la nostra mensa, ma la imbandigione di un satrapo orientale desideroso di offrire agli ospiti, nel cavo di una conchiglia, le perle fragranti e succose cresciute nei giardini della corte.

Ormai l'uva da tavola, frutto ideale anche fuori dei pasti, ha conquistato il più largo favore non solo tra il pubblico cittadino nazionale; ma anche presso quello straniero permettendo una lusinghiera esportazione mercè l'intelligente opera di miglioramento dei viticoltori. Oggi, quasi tutte le regioni d'Italia ci offrono uve per tutti i gusti e delle più diverse varietà.

Quelle da tavola presentano alcune caratteristiche differenti dalle altre per uso vinicolo; le prime hanno una fragranza maggiore ed una polpa più consistente, così pure l'acino si presenta quasi sempre più grande e maturo abbastanza presto; le seconde sono più mostose, più dolci, con buccia più spessa, maturano qualche settimana dopo. Ed eccoci ora ad esaminare un po' più dappresso ciò che mamma natura ha racchiuso in questa piccola ampolla costituita da un acino d'uva.

In questo distinguiamo la buccia, la polpa ed il mosto i quali costituiscono oltre l'85 % dell'acino, vi è infine il vinacciolo, piccolo seme centrale. L'involucro, cioè la modesta pellicola, non rappresenta che il 10 % di peso; ma oltre a possedere un'azione lassativa negli strati più profondi è ricca di vitamine e, verso l'interno, vi sono disposte le sostanze

coloranti che danno il caratteristico aspetto all'acino, dal giallo avorio al rosso rubino il quale, per gradazioni varie, giunge fino al nero pervinca. Tali sostanze sono l'enina per le uve colorate e la quercitina per le uve bianche.

La polpa ed il mosto contengono oltre l'acqua (circa il 75 %) varie importanti sostanze e cioè gli zuccheri, la cellulosa, gli acidi, e tannino in minor quantità. Gli zuccheri costituiscono la sostanza caratteristica e nutritiva fondamentale delle uve raggiungendo, a maturazione avvenuta, il 20-25 % e talvolta più del peso dell'acino. E' nello strato medio della polpa che si raccolgono specialmente gli zuccheri, mentre gli acidi si raggruppano intorno al vinacciolo.

Lo zucchero d'uva è costituito in parti uguali da glucosio e levulosio, a questi dobbiamo la dolcezza del mosto ed il suo potere nutritivo che raggiunge quasi le 70 calorie in valore combustibile per ogni 100 grammi di uva equivalendo quindi al valore energetico di un'eguale quantità di latte. Tra le frutta fresche non è facile trovare un uguale potere nutritivo, perchè quello dell'uva supera tanto le prugne che le mele e le pere le quali presentano un valore di sole 50 calorie.

Ma, accanto allo zucchero, altre sostanze contribuiscono a completare il gusto e le caratteristiche proprie dell'uva; di esse ricorderemo gli acidi malico e tartarico, le sostanze minerali e le proteiche. Tutti noi conosciamo bene i primi per il caratteristico sapore di allappamento che avvertiamo quando la nostra golosità ci spinge a mangiare l'uva non matura, la quale in tale periodo è molto scarsa di zuccheri. Dovremo perciò, come dice Virgilio, attendere che il sole abbia ben maturato i grappoli sul tralcio, perchè l'acido dell'uva acerba risulta dannoso.

D'altra parte, in modico grado, gli

acidi contribuiscono a dare all'uva l'azione dissetante ed il sapore come una bevanda estiva a portata di mano senza ricorrere all'esotico bar. Nè si deve dimenticare, ai fini dell'azione nutritiva, la presenza di sostanze minerali, quali il potassio, il sodio, il calcio il quale da solo raggiunge i 50 mgr. per litro, ecc., come pure alcune sostanze protettiche e numerosi fermenti ad azione protettica, glicolitica ed ossidante.

Nell'uva tutte queste sostanze non si presentano più inerti e dissociate come in una fialetta di specialità farmaceutica, ma costituiscono una sintesi biologica, che possiede una vera forza vitale, resa morbida da un'altra sostanza, la pectina la quale dà il sapore delle singole varietà alla polpa, mentre gli olii essenziali arricchiscono di un profumo fragrante alcune qualità, soprattutto le moscate. Tutte queste sostanze: acide, minerali, aromatiche, che costituiscono il pregio delle uve da tavola, eccitano il metabolismo, l'appetito e riattivano la mineralizzazione organica. Infine, come le altre frutta, l'uva è ricca come abbiamo accennato di vitamine A B e C, sulla importanza delle quali oggi non ci soffermeremo.

Come vedete, l'uva contiene in una piccola sfera una grande ricchezza di sostanze nutritive che offrono un alimento sostanzioso il quale è provvisto anche di alcune qualità curative di cui possiamo beneficiare in questi mesi ed alle quali brevemente accenneremo.

In tali casi parliamo di cura dell'uva o *ampeloterapia* che è praticata specialmente in alcune località, come da noi a Merano, sebbene possa essere eseguita dappertutto; purchè si abbia riguardo di usare frutta matura e ben lavata. Si inizia di solito con la somministrazione giornaliera di un kg. diviso in tre pasti e si raggiungono poi i due-tre chilogrammi.

Questa cura, che ha il vantaggio di essere piacevole, risulta **indicata** in molte malattie digerenti, dalle *dispepsie* ai *catarrhi gastro-intestinali* ed alla stitichezza. Nelle *intossicazioni* da residui alimentari o da rallentamento del ricambio dei tessuti, nelle quali vengono trattenute dai naturali emuntori, quali il fegato e il rene, le scorie formate dall'acido urico e dall'urea; i carbonati alcalini, il cremor di tartaro e i fermenti dell'uva agiscono stimolando le proprietà eliminatrici degli organi intorpiditi da un'alimentazione poco igienica. Per la stessa ragione è stata indicata una tale cura nella *gota*, nell'*obesità* e nelle *diatesi artritiche* in genere.

La scarsenza di albumina e di sale da cucina nel mosto ha fatto consigliare la ampeloterapia nelle *nefriti* acute per la presenza del cremore di tartaro che è pure diuretico; questa azione è molto spiccata in alcune varietà, molto nota all'estero quella albina di Fontainebleau; s'intende che per l'uso dell'uva in questa malattia occorre il consiglio del medico curante. Ma, soprattutto per il potere nutritivo degli zuccheri che sono in uno stadio facilmente assimilabile, l'uva risulta preziosa in tutte le convalescenze delle malattie *infettive*, negli stati anemici e quale ricostituente nei malati di *tubercolosi* polmonare sofferenti di stomaco.

Poichè l'uva è caratterizzata dalla presenza in notevole quantità di glucosio il suo uso è **controindicato** in tutti i casi nei quali l'organismo ha perduto in gran parte la possibilità di utilizzarlo per la combustione interna ed invece lo emette con le urine. Ciò si verifica soprattutto nel *diabete mellito* e nelle forme di *glicosuria endocrina*, *nervosa* ed in quelle dette *normoglicemiche*. E' pure controindicata nelle malattie che si accompagnano ad abbondante urinazione poichè il cremore di tartaro stimola

maggiormente la diuresi; sarà quindi interdetto l'uso dell'uva nei casi di diabete insipido.

Avevate mai sospettato che il grappolo d'uva, tante volte sgranato a tavola sul finir della mensa, racchiudesse tante sostanze così utili al funzionamento del nostro organismo? Ora che vi ho iniziato a questi piccoli tesori nascosti della natura, fate che l'uva non manchi mai dalla fruttiera del vostro desinare. Adesso che si approssima l'autunno, durante il quale i bei grappoli verranno ad allietare in mille cesti le piazze ed i mercati non disdegnate l'uva; sebbene quella da tavola sia più gradevole al palato, anche di quella da vino se ne possono gustare due o tre grappoli al giorno prima che essi, lasciato vedovo il tralcio del quale formarono per tanti mesi il fecondo ornamento, passino a fermentare nei tini delle cantine.

Perchè se dal punto di vista nutritivo, tutte le uve sono buone per il consumo fresco, il gusto di ognuno potrà dare la preferenza alla varietà che crede. Tra quelle da tavola la schiavona, la merano, la regina, il moscato sono ormai a nostra disposizione; i grossi chicchi alabastrini che traboccano dall'orlo della fruttiera sembrano perle allettatrici di un ricco monile orientale.

Forse, un poeta l'avrebbe fatta sorgere da una leggenda delle « Mille e una notte », così: la bella favorita del califfo di Bagdad piangeva segretamente da tante notti e tanti mesi il suo amore lontano che alfine una buona fata, commossa da tanto dolore, volle eternare quelle lacrime trasformandole in acini di uva per farne un pendaglio di nuova foggia che inviò all'amante sognato. Così si spiega perchè le lacrime di amore siano tanto... dolci e perchè l'uva abbia una foggia tanto diversa da tutti gli altri frutti.

Dott. A. STARNA

I disturbi della vista in rapporto alla luce

La luce che di riflesso emana dai vostri occhi è l'effetto di particolari vibrazioni eterree. Quanto vi circonda ed il vostro occhio può abbracciare, è sempre effetto di queste vibrazioni, le quali sono provocate dalla sorgente luminosa che proviene dall'ambiente. Mentre la luce è indispensabile per una buona visione, occorre che essa sia mantenuta entro certi limiti.

Che cosa è dunque la luce? Perchè questa luce che costituisce la più gran parte della felicità umana a volte arreca un senso di fastidio ed altre ancora un senso di dolore?

Secondo gli accertamenti della fisiologia essa è lo stimolo adeguato delle sensazioni visive ed è costituita da rapidissime vibrazioni dell'etere le quali attraverso la pupilla vanno ad eccitare degli elementi sensibilissimi retinici, designati alla recezione delle immagini, chiamati coni e bastoncelli. E precisamente, le vibrazioni dell'etere sotto forma di raggi attinici attraversando la retina in tutto il suo spessore, sono trasformate, allorchè raggiungono lo strato dei coni e dei bastoncelli, in eccitazioni nervose e dalle fibre nervose a mezzo del nervo ottico e vie ottiche vengono trasportate alla corteccia cerebrale.

I coni ed i bastoncelli non sono altro che la parte terminale delle fibre del nervo ottico e secondo i fisiologi « sono analoghi in qualche modo alle lastre sensibilizzate dei fotografi perchè secernono delle sostanze fotochimiche capaci di liberare delle energie tensive per compiere un lavoro maggiore di quello dello stimolo delle vibrazioni dell'etere ».

Attraverso il foro pupillare che regola la quantità di luce, le vibrazioni eterree eccitano i coni ed i bastoncelli, permettendo al nostro occhio di perce-

pire non soltanto la luce ed i colori, ma di apprezzare la forma, la posizione, la grandezza e la struttura di tutti i corpi che ci circondano.

Perchè il fenomeno luce possa essere perfettamente utilizzato ai fini della visione, occorre che i tessuti oculari siano in condizioni fisiologiche e non presentino anomalie di sorta.

Voi tutti conoscete come la pupilla sotto lo stimolo luminoso si restringe, mentre a luce tenue si dilata; ciò costituisce la naturale difesa dell'occhio ai fini di permettere la visione migliore possibile. Ma se lo stimolo luminoso è troppo forte o la pupilla rimane leggermente dilatata, si verifica un fenomeno conosciuto sotto il nome di abbagliamento.

L'abbagliamento si ha anche per incongrua illuminazione. Esso provoca una specie di fastidio.

Nei tentativi di fissare una sorgente troppo viva senza occhiali protettivi (ad es. il sole nelle eclissi, o forti lampade elettriche), può avvenire una piccola causticazione nella retina che si traduce in una piccola zona cieca centrale nel campo visivo.

L'abbagliamento si può pure riscontrare nelle operazioni o nei traumi dell'iride nei quali la pupilla per la sua forma a buco di serratura, permette l'entrata di un fascio maggiore di raggi; in seguito ad istillazioni atropiniche le quali dilatano la pupilla e permettono così ai raggi marginali di penetrare nell'occhio ed arrecare il suddetto disturbo; negli individui con alterato senso cromatico e qualche volta quando vi sono piccole macchie biancastre sulla cornea (cicatrici da pregresse ulcere corneali).

L'abbagliamento poi può essere congenito, come negli albinici e nelle persone

con iridi chiare. Sappiamo che nei suddetti individui l'iride è talmente povera di pigmento che la luce penetra attraverso i suoi interstizi e si porta sulla retina determinando l'ammiccamento delle palpebre. A volte anche nei miopi, a cagione di una modica dilatazione, si nota ammiccamento per evitare i cerchi di diffusione. Il passare improvvisamente da un ambiente poco illuminato ad uno molto illuminato può causare lo stesso disturbo ed è frequente pure nei convalescenti per la modica dilatazione pupillare.

L'abbagliamento è un senso di fastidio solamente di qualche istante, se in rapporto ad una luce troppo viva, e nei casi in cui il disturbo perdura, è in rapporto ad una alterazione anatomica. Negli albinici perciò è consigliabile l'uso di lenti protettive leggermente affumicate. L'abbagliamento è un fenomeno puramente fisiologico da mettersi in rapporto alla stimolazione troppo rapida dei coni e dei bastoncelli periferici per opera dei raggi marginali che eccitano la periferia retinica.

Mentre il suddetto disturbo è fisiologico, la fotofobia è sempre patologica. Al senso di fastidio si aggiungono il dolore, secrezione congiuntivale od altri disturbi. Si tratta di uno stimolo a sfuggire la luce perchè questa dà origine a un profondo dolore endoculare. Questo sintoma è frequente specialmente nelle infiammazioni del segmento anteriore dell'occhio (cornea, iride e corpo ciliare) perchè i vasi iridei si congestionano in conseguenza dell'eccitazione di un ganglio nervoso chiamato sfeno-palattino.

La congestione di questi vasi sanguigni determina la compressione dei nervi sensitivi e dà così origine alla sensazione dolorosa della luce.

Vi è una stagione dell'anno in cui la fotofobia è particolarmente frequente.

Infatti in primavera, quando la luce si fa più intensa, in alcune persone si accentua la sensibilità non solo alla luce, ma anche al caldo, alla polvere, al vento. Questa sensibilità è sovente accompagnata dalla lacrimazione e da notevole prurito agli occhi, specialmente nelle ore calde.

Questi sintomi sono particolarmente frequenti in una malattia della congiuntiva chiamata, a causa della stagione in cui si manifesta, congiuntivite primaverile.

Da quale agente sia provocata questa infiammazione non si conosce; solamente sappiamo che compare in primavera, ha il suo acme in estate, regredisce in autunno e scompare quasi nell'inverno. E' una malattia a decorso di anni ed è frequente nei bambini piuttosto linfatici. Scompare spontaneamente generalmente nella pubertà.

I sintomi visibili di questa congiuntivite sono, per i profani, quelli comuni alle congiuntiviti in genere e cioè lacrimazione ed arrossamento della congiuntiva.

Un'altra congiuntivite in cui si manifesta la fotofobia è la congiuntivite flettenuolare, la quale si riconosce facilmente per un piccolo nodulo grigiastro situato al limite fra cornea e sclera della grandezza di una piccola punta di spillo, circondato da vasellini rossi provenienti dalla congiuntiva.

Questa congiuntivite molto comune, si riscontra in special modo negli adenoidi, nei bambini indeboliti o convalescenti da malattie esantematiche oppure in uno stato pretubercolare. Inoltre il raffreddore, l'infiammazione delle ghiandole sebacee del bordo ciliare (blefarite), l'otorrea cronica, le proliferazioni adenoidi, le tumefazioni delle ghiandole cervicali, ne favoriscono la insorgenza.

Un'altra congiuntivite che ha molta analogia con questa e che da molti viene

anzi confusa con la suddescritta, è l'eczematosa. Il più delle volte essa è provocata da un eczema. Se si osservano attentamente questi bambini si nota che la luce reca ad essi tale fastidio e dolore che vanno a nascondersi negli angoli più bui delle stanze, tengono il capo reclinato sul petto e gli occhi strettamente chiusi quasi in uno spasmo. Anzi, per impedire che un minimo di luce penetri attraverso le palpebre chiuse, tengono le manine dinanzi agli occhi.

Sovente però, l'infiammazione non si limita alla congiuntiva, ma si propaga all'iride. E il senso di dolore è più forte inquantochè l'iride e il corpo ciliare sono congesti e allora i piccoli nervi acquistano maggiore sensibilità perchè in seguito al restringimento della pupilla vengono compressi.

L'infiammazione e la conseguente congestione dei vasi dell'iride può essere provocata da varie affezioni. Spesso è il reumatismo che determina l'insorgenza di una irite reumatica. In questa forma oltre alla lacrimazione e all'arrossamento della congiuntiva, appare un abbassamento della palpebra superiore, diminuzione della acutezza visiva ed intenso dolore. L'affezione è di solito bilaterale.

Altre cause sono poi rappresentate dalla blenorragia, diabete, gotta, lue, infezione settica, tubercolosi e traumatismi dell'occhio.

Meritano speciale menzione questi ultimi i quali in alcuni casi danno una sindrome caratteristica. Quando una scheggia di ferro è penetrata nell'occhio e per varie ragioni non è stata possibile l'estrazione, l'occhio corre sempre un serio pericolo. Apparentemente guarito, dopo un certo tempo, per cause ignote, comincia a dar segno di sè, con l'irritare l'occhio indenne. E cioè il corpo estraneo fino a quel momento asettico, comincia ad infettarsi e causa fo-

tofobia nell'altro occhio. Questa affezione è nota col nome di oftalmia simpatica. L'immediato intervento dell'oculista può salvare la vista dell'occhio sano. E precisamente, sacrificando l'occhio con scheggia endoculare, altrimenti la cecità bilaterale è certa.

Un'altra affezione abbastanza comune inizia con la fotofobia. E' questa la cheratite dei mietitori così chiamata perchè appare appunto all'epoca della mietitura. E' sufficiente che la resta del frumento strisci leggermente sulla cornea perchè vi determini una ferita che lasciata a sè dà origine ad una ulcerazione con tendenza a propagarsi. Se l'occhio non viene curato opportunamente a tempo, l'infiammazione si propaga a tutto l'interno del bulbo oculare.

I mietitori sovente sorvolano su di una semplice lacrimazione e sulla fotofobia. Il raccolto per essi rappresenta tutto e dimenticano che un occhio non curato è perduto per sempre.

Non avete mai visto in campagna qualche contadino che abbia sofferto di questa cheratite? L'occhio molto spesso è rimpicciolito a causa di una atrofia ed ha perduto la sua funzione. Questo avviene proprio nei casi trascurati, mentre con una cura appropriata, l'occhio guarisce oppure quale esito di una cicatrice, rivela una semplice macchiolina bianca che altera menomamente l'acutezza visiva. In altri casi la macchia è più estesa ed occupa quasi tutta la cornea, e questo accade nelle persone che non sono ricorse subito alle cure di uno specialista oppure nei casi di grande virulenza.

L'abbagliamento dunque è causato da una maggiore quantità di raggi penetrata nell'occhio che stimola gli elementi recettori della retina, è un fenomeno puramente fisiologico il cui rimedio è dato dall'uso di lenti protettive. A diffe-

renza la fotofobia è un fenomeno patologico, legato sempre ad una infiammazione delle membrane oculari, in special modo dell'iride e del corpo ciliare. Anche essa trova giovamento nell'uso di lenti protettive leggermente affumicate. Queste però non sono sufficienti, perchè l'occhio ha bisogno di cure dirette e frequenti, di riposo, per riacquistare la prima acutezza visiva, senza escludere le

cure generali che hanno la loro parte, specie nelle forme secondarie, e che sono indispensabili per un miglioramento dell'organo visivo.

Perciò nei casi di fotofobia, si deve ricorrere all'opera di uno specialista perchè possa indirizzarci sulle cure adatte a ristabilire la vista compromessa.

Prof. MARIA VELE

RASSEGNA DI ARTICOLI D'IGIENE

Viva Cien Años, vol. 9°, n. 1, aprile 1940, Buenos Aires.

ALZUA M., *L'ago-puntura cinese.*

Sebbene fosse stato introdotto empiricamente tale metodo dai cinesi 4700 anni or sono con le più svariate indicazioni, esso presenta delle basi scientifiche che l'Autore ricorda, secondo il quale esistono delle zone cutanee di dolore irradiato dagli organi interni; secondo questo metodo cinese si procede all'applicazione tanto nella regione dolente quanto sull'organo corrispondente alla detta regione. Un simile metodo ha trovato qualche possibilità di applicazione in Europa nella cura della sciatica.

OTERMIN AQUIRRE, *La meravigliosa storia di un globulo bianco.*

Vengono espone brillantemente ed in modo figurato le origini e le funzioni importantissime dei globuli bianchi che nel torrente circolatorio possono essere chiamati a combattere contro i germi d'inquinamento, come pure, fuoriuscendo dai vasi in occasione di ferite, foruncoli, ecc., passano nei vari tessuti ed interstizi per circoscrivere le infezioni.

BROWM A., *Perchè si ammalano i nostri piedi.*

In questo articolo l'Autore ricorda come, a differenza del bambino, l'adulto perda molta della capacità di esercizio ai piedi a differenza dei selvaggi andando incontro a deformazioni e malattie locali. Tale conseguenza è dovuta sia all'uso di calzature inadatte sia alla sopravvenuta deficienza del tono muscolare all'estremità inferiore. Dopo aver riferito le esperienze che comprovano la difettosa distribu-

zione del peso del corpo il quale, a causa delle calzature, gravita in modo eccessivo sul primo metatarso, viene messo in rilievo che il rilasciamento dei legamenti del primo metatarso deforma maggiormente il piede.

Anche il rilasciamento delle aponeurosi dell'arco plantare facilitano la formazione di un fenomeno doloroso molto comune, il piede piatto.

BELLINOTTO A., *L'alitosi.*

L'Autore descrive le cause di questo disturbo non solo antiestetico ma che costituisce l'espressione di una alterazione della bocca, ed espone il modo di evitarlo o ridurlo attraverso un'adeguata igiene alimentare.

Idem, vol. 9°, n. 2, 17 aprile 1940, Buenos Aires.

FONTAN BALESTRA, *L'itterizia.*

Sebbene questa malattia tenda spesso a risolvere felicemente essa deve essere curata e vanno ricercate le cause che l'hanno determinata. L'Autore distingue la itterizia in meccanica da cause varie, epatica di natura infettiva ed emolitica molto spesso di natura congenita familiare. Successivamente vengono descritti i diversi meccanismi di formazione ed infine sono ricordati i diversi segni che accompagnano l'itterizia come pure le norme dietetiche da seguire in attesa del medico cui solo spetta istituire la terapia in questa sindrome.

ARGIBAY E., *Malati che si curano lavorando.*

L'Autore descrive una visita fatta presso l'Ospedale Durand ove nel Centro di orientamento e di aiuto dell'invalidità s'insegnano i

riadattamenti funzionali per traumatizzati ed operati in modo da restituire alla società un soggetto non inutile ma che abbia ripreso una capacità lavorativa retribuibile diversa dalla antica professione.

La Vie Saine, anno 8° n. 1, marzo 1940.

SCHOHAUS, *Come insegnare ad amare la natura?*

Viene messo in rilievo come purtroppo in molti soggetti sia scarsa la sensibilità per tutto ciò che vive nella natura intorno a noi; la civilizzazione, la vita cittadina, le preoccupazioni hanno troppo allentato questi legami istintivi che, per vie impercettibili, ci guidano sulle vie dell'arte, della religione e della morale.

Purtroppo nell'uomo dei nostri paesi l'amore alla natura non è primitivo ma secondario al senso psicologico della pietà che alcune dottrine moderne considerano come senso di debolezza. L'Autore invece desidera che il bambino venga educato alla contemplazione primitiva, disinteressata e profonda della natura e venga istruito sulle meraviglie del creato ed egli stesso abbia cura delle pianticelle e degli animali domestici.

SCHNEIDER, *Far da sè o chiamare il medico?*

Vengono descritte le cause di alcuni disturbi fondamentali come la febbre, la tosse e la diarrea ed i rimedi sintomatici in attesa del medico.

Minerva Medica, n. 23, 1940, Torino.

REITER, *I pericoli del fumo nella donna.*

L'A., Presidente dell'Ufficio di Sanità del Reich tedesco, ha pubblicato un lavoro concernente l'influenza pernicioso che ha sul corpo femminile il veleno contenuto nel fumo del tabacco. Oltre la nicotina vi è specialmente ossido di carbonio. Quest'ultimo agisce sul sangue in grado non minore di una intossicazione propriamente detta con ossido di carbonio (*Le Siècle Médical*, 1° maggio 1940). Queste constatazioni scientifiche portano ad affermare che l'uso del tabacco da parte della donna agisca in modo svantaggioso sulla salute del popolo tedesco, dato che la donna è più disposta dell'uomo all'intossicazione. Il fatto del fumare nuoce alla progenitura della futura madre.

Assistenza Sociale Agricola, n. 3-4, 1940, Roma.

RUATA, *La lotta contro le mosche.*

L'A., dopo aver ricordato le molestie insopportabili e più ancora i grandi pericoli sanitari, che sono connessi alla vita delle mosche, come agenti di diffusione delle più gravi malattie contagiose (tifo, colera, enteriti, tubercolosi, ecc.) e avere accennato alla loro prodigiosa prolificità, per cui da un solo antenato nello spazio di 6 mesi possono discendere non meno di 122 quadrilioni di mosche, passa ad esporre un programma di lotta efficace e sicura per la loro distruzione; che anzitutto deve essere impegnata in una sola parola: crociata alla sporcizia. In questa lotta che non è facile nè lieve occorre la collaborazione cosciente e volenterosa dello Stato e delle popolazioni inquantochè bisogna operare anzitutto nell'aggregato urbano, rimuovendo ogni focolaio di diffusione delle mosche, con una tenuta igienica quanto più perfetta dell'abitato e bisogna operare anche nella casa, sopprimendo le raccolte d'immondizie, sottoponendo ad irrorazioni sistematiche con miasmina tutti i focolai capaci di dare vita alle mosche. come pollai, porcili, concimaie, depositi di spazzature, condotti luridi allo scoperto. Contro gli insetti alati raccomanda di disporre dei fascetti di leccio, di pungitopo o di felci, intorno alle concimaie, ai cumuli di spazzatura, nelle stalle e in qualsiasi altro punto, che bisogna proteggere, con i quali mezzi si otterrà lo sterminio degli insetti alati e la loro sparizione dai centri urbani e rurali.

Rinascenza medica, n. 12, giugno 1940, Napoli.

Potere battericida del vino.

Viene recensito uno studio di De Chiara il quale da 15 qualità di vini provenienti da varie regioni italiane ha stabilito che, anche diluito, il vino sterilizza le acque inquinate sia dal vibrione colerico che dei gruppi tipo-coli-dissenterici. Il vino quindi, il cui potere microbicida spetta in parte all'alcool ed in parte all'acidità, è praticamente un utile mezzo per rendere innocue le acque sospette distruggendo quei microbi che possono essere causa di malattie infettive. Ciò dimostra che la scienza medica dopo essersi tanto accanita contro il vino gli riconosce qualche azione utile naturalmente purchè usata con discrezione.

Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita**La prognosi dei restringimenti post-blenorragici
in assicurazione vita**

Dottor CORRADO CONFORTO

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

Malgrado la diffusa profilassi contro la blenorragia, questa resta la più frequente tra le malattie contagiose. Questa affermazione, formulata da FOURNIER molti anni fa, resta ancora applicabile ai nostri giorni, per quanto la terapia, bisogna riconoscerlo, abbia fatto delle notevoli acquisizioni. Ma più che l'uretrite acuta, come fa notare GUIARD, sono temibili i postumi lontani.

Non è compito di questa trattazione considerare tutte le conseguenze possibili dell'uretrite blenorragica, ma essa si limita a quelli uretrali, che, rispetto agli altri, sono i più frequenti ad osservarsi. Si è molto discusso se questa affezione sia in diretto rapporto all'intensità della infezione o invece alla durata di questa; ma mancando un reperto anatomico-patologico sicuro della blenorragia acuta, con quadro ben definito, si discute ancora su questo punto, pur ammettendo alcuni particolari, che fanno luce sulla patogenesi dei restringimenti.

Si è notato infatti che questi hanno per lo più sede nell'uretra anteriore, nella sola parte cioè dove sono i corpi spongiosi, in quanto l'uretra posteriore, come è noto, ne è completamente sprovvista; e che la disposizione a filiera dei punti ristretti è dovuta specialmente al carattere della infezione a focolai disseminati. Infine si è osservato che i restringimenti possono stabilirsi più o meno precocemente dopo infezioni blenorragiche di lieve entità e magari mancare do-

po blenorragie acutissime, anche accompagnate da notevoli complicazioni. In conclusione può ritenersi fondamentale che il solo rilievo anamnestico di pregressa blenorragia deve sempre far pensare ad un possibile stabilirsi dei restringimenti uretrali indipendentemente dell'intensità della malattia stessa. Da alcuni AA. francesi, tra i quali GUIARD, si ammette una predisposizione personale verso i restringimenti; ma questa tesi non ha trovato molti fautori. Altri invece come THOMPSON, GETZ, ammettono una predisposizione locale alla stenosi. LEGUEU invece ammette più probabile che la precocità delle stenosi sia in rapporto all'intensità e alla gravità delle lesioni uretrali, che, in ragione diretta, provocherebbero processi cicatriziali adeguati; coesistono però delle anomalie congenite, come l'ipospadia e la fimosi, che favoriscono la persistenza della blenorragia.

Nei riguardi del periodo d'insorgenza LEGUEU nota che esso varia dai dieci ai quindici anni dopo il verificarsi della infezione acuta, così i restringimenti uretrali sono propri dell'età adulta dell'uomo, ed è perciò che essi interessano particolarmente la medicina delle assicurazioni vita.

I ristretti uretrali hanno un'età media oscillante dai trenta ai cinquanta anni; essi raggiungono così i limiti inferiori della frequenza dei prostatici, con i quali hanno in comune alcuni sintomi non

del tutto differenziabili, per quanto GABOT abbia dimostrato che restringimenti uretrali post-blenorragici e ipertrofia prostatica sono termini antitetici.

Il carattere subdolo e insidioso dello stabilirsi dei restringimenti, fa sì che questi insorgono inaspettati; mentre le modificazioni anatomiche subite dall'uretra passano inosservate, perchè compensate nella loro funzione dalla « vis a tergo » esercitata dai muscoli della minzione e specialmente dal detrusore. In genere si tratta di restringimenti multipli a filiera che, come afferma GUYON, sono più temibili quanto più sono disposti vicino al cul di sacco uretrale. Essi possono avere forma diversa: ad anello, a briglia parzialmente disposta tra l'una e l'altra parte dell'uretra, che però, come asserisce LEGUEU, non viene mai ad obliterarsi completamente. Quello che molesta di più della modificazione del lume e per conseguenza del calibro dell'uretra è la deviazione del canale stesso, che viene a presentare delle sinuosità, rendendo l'uretra spesso impenetrabile dalla sonda. A monte del punto ristretto si verifica una dilatazione del canale uretrale, dove le urine rimangono ferme provocando flogosi locali, che possono dare il primo segno esteriore del restringimento. Questo è il punto di partenza delle infezioni, che successivamente finiranno con l'interessare la vescica, in quanto a contatto con l'ostacolo, questo organo cerca di sormontarlo con contrazioni sempre più vigorose, fino a che si stabilisce la « asistolia vescicale ». Questa porta la classica ritenzione, aggravata dall'infiammazione locale anzidetta, che nel contempo provoca lo spasmo del lume uretrale. Si ha così una sproporzione evidente tra il grado di stenosi e il corteo sindromico troppo eclatante.

Il ripetersi di questi accidenti e il progredire della infezione delle urine

portano per conseguenza la cistite cronica e la pielonefrite ascendente con tutte le ben note complicazioni. La diagnosi di restringimento uretrale in atto non richiede uno speciale addestramento tecnico in quanto dà dei segni facilmente apprezzabili; non così la prognosi che richiede una osservazione tecnica più fina. Gli AA. in genere ammettono nel decorso di questa malattia un periodo di latenza che può essere di molti anni dalla decorrenza dall'ultima infezione blenorragica fino alla comparsa dei primi sintomi del restringimento, quando cioè si viene a formare uno ostacolo che modifica il corso dell'urina nell'uretra. Segue a questo periodo quello della reazione, come lo ha definito LEGUEU, nel quale insorgono i disturbi meccanici controsegnati dalla difficoltà del mingere e dalle modificazioni del getto. Questo è il periodo nel quale il malato si accorge degli effetti della malattia, e per noi medici di assicurazione è di grande importanza, in quanto i sintomi indissimulabili da parte del malato possono metterci sulla via della giusta diagnosi. Il terzo periodo è detto dell'intolleranza, perchè la vescica stanca di uno sforzo continuo, si mette in ritenzione, che è incompleta con o senza distensione. Quando questi fatti si fanno cronici gli ureteri sono forzati, sopraggiunge l'infezione e le urine divengono torbide, le lesioni si estendono in profondità realizzando dei processi flogistici periuretrali e degli organi contigui e così il restringimento uretrale, affezione originariamente locale, viene ad interessare tutto l'albero urinario e lo stesso organismo. Il 2° periodo merita un particolare studio da parte nostra in quanto è quello che più frequentemente cade sotto la nostra osservazione. In esso sono distinguibili due gruppi di sintomi di cui il primo dissimulabile è di scarso interesse medico legale, mentre il secondo è più in-

teressante perchè indissimulabile. Al primo appartengono le uretriti croniche con o senza goccia mattinale. LEGUEU sostiene che un grande numero dei restringimenti uretrali si manifestano con una gocciola mattinale, dovuta alla flogosi cronica, che spesso si annida a monte del restringimento.

E' interessante la statistica che riporta CHRISTEN della Clinica Urologica di Burckhardt: su 400 ristretti 124 erano venuti a consultarsi per una uretrite. Si trattava di malati che non avevano avuto blenorragia da più di 20 anni, e che da qualche tempo avevano notato che senza causa occasionale si veniva a formare al mattino sul meato una goccia viscida biancastra, quasi muco purulento. All'esame microscopico si potevano notare dei rari leucociti e molte cellule epiteliali. Il sondaggio di questi malati mostrava sempre l'esistenza di restringimenti uretrali di varia entità. A questo proposito posso citare, a conferma di quanto sopra, tre casi da me osservati nel Centro Sanitario di Bolzano. Trattavasi di assicurati che si erano sottoposti a visita prematrimoniale e desideravano sapere se il loro stato era contagioso per la moglie e per gli eventuali nascituri.

L'esame ripetuto del secreto mattinale fu negativo per la ricerca del gonococco mentre fu notato per tutti e tre i casi il reperto microscopico già descritto. Supponendo l'esistenza di notevoli restringimenti uretrali gli assicurati furono indirizzati al competente specialista che confermò la diagnosi. LEGUEU, nell'esposizione della sua statistica, conclude che bisogna esaminare l'uretra dei soggetti portatori di uretrite cronica, in quanto quasi sempre si tratta di ristretti; ma per noi, in assicurazione vita, questo sintoma non è sufficientemente obbiettivabile, in quanto l'assicurato può anche tacere la presenza della goccia mattinale. Molto più interessanti sono

per noi invece i sintomi del secondo gruppo costituito dalle alterazioni della minzione e dalle modificazioni del getto. Non è mai abbastanza raccomandato al medico di assicurazione vita di assistere alla minzione dell'assicurato, perchè vi si possono rilevare delle utilissime constatazioni, e tante volte palesare delle dissimulazioni, come io dimostrai in un mio lavoro sul diabete mellito in assicurazione. Nel caso dei restringimenti il comportamento della minzione è uno dei sintomi più obbiettivabili; infatti questa può essere o ritardata o difficile. Nel primo caso il paziente ha un vivo stimolo di urinare, ma l'urina tarda a presentarsi, malgrado i tentativi del soggetto, che assume una posizione in avanti di sforzo, e non col busto flesso le gambe larghe come i prostatici, ma a busto eretto, facendo agire più i muscoli addominali, che sono quelli che determinano la vis a tergo della minzione. Il fenomeno è certamente più osservabile al mattino, in quanto la lunga permanenza dell'urina in vescica ha determinato la congestione di tutti gli organi limitrofi. Il ritardo della minzione può avere anche altre cause, non esclusa quella nervosa, come io ebbi a osservarla durante la mia permanenza nel Centro Sanitario di Padova. Trattavasi di un soggetto nevropatico che non riuscì ad urinare in mia presenza per cui non si poté procedere alla definizione della visita medica che fu poi ultimata a Cagliari da altro collega. In questa evenienza però sono quasi sempre riscontrabili tare nevropatiche (esaurimento, nevrastenia, tics, ecc.); in quel caso ricordo che l'assicurato accusò « impotentia coeundi ». Il rilevare nell'anamnesi la blenorragia è sufficiente per indirizzare alla giusta diagnosi. Il ritardo minzionale si accompagna quasi sempre all'altro della minzione difficile che ne completa il quadro. Questo è prodotto dallo sforzo necessa-

rio per fare passare attraverso tutta la filiera dei restringimenti l'urina, specialmente quando la vescica è eccessivamente piena, impedendo così una valida contrazione del detrursore.

Anche il prostatico avverte un tale ostacolo, ma il suo comportamento durante la minzione è differente, in quanto egli si sforza al principio, fino a quando il getto si inizia; successivamente lo sforzo cessa mentre il ristretto continua a ponzare per tutto il periodo della minzione. Un altro segno importante è la durata della minzione stessa, rapportata alla quantità di urina emessa; il ristretto impiega molto ad urinare, non così il nevropatico nè il prostatico, a meno che questo non sia anche ristretto, evenienza assai rara in quanto le due affezioni sembrano antagonistiche. Il secondo gruppo di sintomi comprende: la modificazione del getto, la sua forza, la continuità, la fine della minzione, che va sotto il nome di incontinenza post-minzionale. Il sintoma più caratteristico del restringimento uretrale è certamente dato dalla modificazione del getto: esso è costante e inoltre si può aggiungere che è patognomonico del restringimento uretrale in quanto nessuna altra affezione lo può produrre. Si è detto che la ristrettezza congenita del meato può dare modificazioni della minzione, ma si può obiettare che l'affezione è facilmente osservabile dall'esterno, non solo, ma la anamnesi mostra facilmente che il soggetto è stato sottoposto a cure fino dall'infanzia alla quale rimonta l'osservazione del paziente; lo spasmo è facilmente scartabile in quanto è accessuale, colpisce soggetti tarati ed è intervallato da periodi, nei quali non si nota alcun segno di alterazione della minzione. La forma del getto è quasi sempre biforcata in due e anche tre getti, la sua continuità è frequentemente interrotta, le sue riprese sono più o meno lunghe, nel-

la sua forza il getto è piccolo, filiforme, talvolta a goccia a goccia, a meno che il soggetto non lo interrompa permettendo che nell'uretra si accumuli una certa quantità di urina; la sua proiezione è corta, senza vigore, verticale. Chi ha osservato una volta sola la minzione di un ristretto conosce come sia facile stabilire i caratteri, che per la loro chiarezza sono abbastanza attendibili per indirizzare ad una diagnosi, che può poi essere corredata dagli altri elementi necessari.

Quando la minzione è terminata alcune gocce scolano ancora, in notevole quantità; questo residuo, più o meno notevole, è dovuto alle piccole quantità di urina, che si sono accumulate a monte del restringimento e che sono cacciate a poco a poco dalla elasticità del canale. Non è il caso di parlare della ritenzione acuta, completa, assoluta dell'urina, perchè essa non cade sotto l'osservazione diretta del medico di assicurazione, se non eccezionalmente come rilievo anamnestico. Merita invece di essere illustrata l'incontinenza di urina, di cui io ho osservato qualche caso in persona di assicurati, venuti per provvidenze sanitarie. Si tratta di ritenzione incompleta, senza distensione della vescica e si deve al fatto che a causa dei restringimenti, la vescica non vi svuota completamente, resta in essa, quello che in urologia si chiama un residuo vescicale. Cioè una certa quantità di urina pressochè costante, riscontrabile sia il giorno che la notte; essa sta a misurare il livello della contrazione vescicale e può rimanere latente per lunghi anni fino a che si mantiene asettica. Quando per la lunga permanenza in vescica, si verificano le urine torbide, allora si manifestano i primi sintomi di incontinenza, che presso i ristretti si manifestano durante il giorno, mentre nei prostatici sempre di notte, sotto forma di un bisogno imperioso di urinare, che non soddisfatto può por-

tare l'emissione involontaria dell'urina. La ritenzione è in diretto rapporto alla cistite, il cui primo segno è la purulenza delle urine; ma successivamente essa assume un particolare carattere di violenza specialmente per i dolori che provoca, tanto da ricordare la cistite tuberculare, anche perchè si verificano spesso ematurie, in quanto si formano, come nella forma specifica, delle ulcerazioni del fondo, dovute alla permanenza del residuo vescicale settico, che è in ultimo il movente delle infezioni ascendenti dell'albero urinario culminanti colla pielonefrite.

I brevi cenni esposti sulla diagnosi, limitandosi alla sintomatologia esterna, in quanto è quella più facilmente osservabile dal medico di assicurazione, per quanto insufficienti in certi casi, pure possono bene orientarci. Non è il caso di escludere che il miglior mezzo per stabilire il grado dei restringimenti è senza dubbio il cateterismo uretrale specialmente per definire la sede, la forma e la disposizione dei restringimenti, e quello vescicale per misurare il residuo e valutarne il grado di setticità con un esame completo delle urine. Ma il cateterismo non è nella pratica assicurativa corrente e la valutazione dei restringimenti, attraverso questa manovra, è di competenza dell'urologo, al quale dobbiamo indirizzare l'assicurando quando abbiamo intravisto l'esistenza del restringimento. Noi però medici di assicurazione possiamo essere chiamati a dare il nostro giudizio prognostico, quando la diagnosi di restringimento è stata assodata.

A questo scopo mi permetto esporre i criteri principali che debbono prevalere per la valutazione del rischio in base ai criteri clinici e anamnestici. Nei riguardi dell'anamnesi remota stabilito che sia avvenuta una pregressa blenorragia bisogna accertare se l'infezione fu

una o ripetute, il loro decorso, la durata, le complicazioni insorte, l'età del paziente per rapportarla a quella dell'ingresso in assicurazione, le malattie concomitanti o intercorrenti. La sifilide pare che agevoli la formazione dei restringimenti, come anche l'alcoolismo, molta influenza hanno anche le cure malfatte, specialmente le iniezioni uretrali troppo energiche, e alcuni medicinali usati a dosi improprie, ma questi particolari sfuggono nell'anamnesi per quanto ben raccolta; comunque infezioni ripetute naisseriane con trattamento prolungato, anche se i sintomi di restringimento sono di lieve entità, devono sempre pesare nel giudizio del rischio anche se l'esame delle urine è normale, e il periodo intervallato tra la assunzione in assicurazione e la fine dell'infezione superi i 15 anni, e l'età del paziente i 40. Una prognosi più rigorosa si stabilirà quando, oltre ad avere modificazioni del getto e della minzione, si ha il caratteristico reperto urinario con tracce di albumina, cellule di sfaldamento delle basse vie urinarie, leucociti disfatti ed una discreta batteriuria. In questo caso oltre ai restringimenti bisogna ammettere che coesistono fatti vescicali di una certa entità che preludono una cistite diffusa. In questa evenienza bisogna però ricercare nel sedimento che non vi siano elementi renali, e l'azotemia sia nei limiti normali, bisogna in una parola escludere che il rene sia interessato. A questo proposito bisogna notare che è di grande importanza il mettere in evidenza la presenza di globuli rossi nell'esame microscopico e il notare il loro stato di conservazione, in quanto essi stanno a dimostrare le condizioni della mucosa vescicale. I loro caratteri differenziali con le emazie di origine renale (in formazione cilindroide) o uretrale (notare il colorito dell'urina e i suoi caratteri organolettici), sono sufficienti a potere

orientare il ricercatore verso la loro provenienza.

Il 3° quadro, il più grave, è contrassegnato da alterazioni della minzione con fatti di ritenzione, notevole batteriuria e ematuria microscopica, albuminuria con elementi renali e leucociti. In questo caso è spesso positiva la prova di Thompson. Ma il quadro più frequente è un quadro intermedio tra il 1° e il 2°; in esso possono anche mancare i sintomi uretrali o per lo meno possono essere assai lievi; ma di notevole importanza è la concomitanza del dato anamnestico della blenorragia con il reperto microscopico così concepito: tracce di albumina, senza elementi renali, azotemia normale, cellule di sfaldamento delle basse vie urinarie, qualche leucocito, nè emazie, nè batteri. Le tracce di albumina trovano la loro ragione di essere nel processo flogistico a monte del restringimento uretrale; esso può avere, come si è detto, come sola manifestazione esterna la gocchetta mattinale controllabile solo dal paziente. Quando si osserva una tale albuminuria si ha ragione di ritenere che nell'80 % dei casi si è in presenza di ristretti allo stato iniziale. Questo reperto è frequentissimo in assicurazione vita, come dimostra la nostra pratica, esso non trova alle volte una sufficiente spiegazione patogenetica, anche perchè non sono a nostra disposizione tutti i mezzi diagnostici richiesti dalla pratica urologica come per esempio il cateterismo.

Comunemente si crede che l'esplorazione strumentale dell'uretra può definire con un numero il grado del restringimento uretrale e che una volta definito questo numero si possa avventurare senz'altro una prognosi. Si può rispondere con LEGUEU che più che, un numero indicatoci da uno dei tanti uretrometri (REYBARD, OTIS, WEIR, ecc.) o esploratori metallici, interessano, per una si-

cura prognosi, i caratteri del restringimento, e cioè la sede, la forma, la consistenza e la dilatabilità. Per la localizzazione bisogna tenere presente i restringimenti del meato che comportano sempre un prognostico più grave, perchè essi sono eminentemente cicatriziali, di origine anteriore alla infezione blenorragica, che vi si sovrappone. Ne consegue che questo tipo di restringimento ha tutti i caratteri di quello traumatico, è cioè difficilmente dilatabile e si riforma con disperata tenacia (LEGUEU).

In quanto alla forma bisogna notare che essa ha una basilare importanza per la prognosi; una semplice briglia stretta ha un prognostico molto più favorevole che un restringimento cilindrico che interessa il canale per una notevole estensione sia ininterrottamente sia ad intervalli. In quest'ultimo caso è importante stabilire lo stato dell'uretra fra i diversi punti ristretti; per esempio, se l'uretra fra due anelli ristretti è sana, dilatabile, con un tono di elasticità ben conservato, i restringimenti hanno una prognosi favorevole; mentre se l'intervallo uretrale compreso, come si è detto, fra i due punti è duro, mancante di elasticità, che come è noto serve per proiettare fuori le gocce di urina che vi ristagnano, anche se il lume dell'uretra non è molto alterato, e il canale è normale nella sua direzione, ciò che avviene se l'indurimento è cilindrico, il prognostico è sempre grave, perchè permanendo in questo tratto di uretra l'urina stagnante, si formano con molta facilità adeniti, follicoliti suppurate, e poi le periuretriti.

La consistenza è un carattere difficile ad apprezzare, per quanto in alcuni casi, non rari, essa sia rilevabile dall'esterno; infatti con un Beniqué introdotto nell'uretra, si possono palpare dei nodi fibrosi, che alle volte si vincono con il massaggio esterno, ma che non sempre

scompaiono del tutto. Ve ne sono infatti alcuni callosi, duro-elastici, che comportano un prognostico di notevole gravità, specialmente se la loro estensione è notevole e altera la direzione del condotto urinario e il suo lume.

Nei riguardi della dilatabilità è da notare che essa non si può esprimere con un numero pari al calibro della sonda che esplora, ma con quello che contrassegna il calibro di una sonda media e di una massima, senza dire che vi sono restringimenti in parte attraversabili con un numero di sonda, e in parte penetrabili solo alla minugia. Come è chiaro la prognosi non è possibile esprimerla con il numero di un esploratore; essa è un insieme di caratteri apprezzabili solo dallo specialista urologo che deve apportare, per definirla, il contributo della sua esperienza. Lo stesso si può dire nei riguardi della classificazione dei restringimenti tentata da alcuni AA. (OTIS ed altri). Una classificazione è del tutto scolastica e non può avere una applicazione pratica e tanto meno medico-legale.

La prognosi deve essere inoltre completata dall'esame della vescica e da quello generale, e in quanto bisogna convenire con il LEGUEU: che « si urina più con la propria vescica che con il canale

uretrale ». Sembra infatti paradossale che non esista regolare proporzione fra ristrettezza del canale e il funzionamento della vescica. Si può in effetto urinare sufficientemente con un canale uretrale in cattive condizioni, se però il funzionamento della vescica è ben conservato. Ciò che si può esprimere dicendo che la contrattilità vescicale determina la minzione, presupponendo, naturalmente, uno sforzo sempre più notevole in proporzione al grado degli ostacoli che eventualmente si trovano nell'uretra. Ma anche lo sforzo vescicale ha un limite, che una volta raggiunto provoca la « asistolia vescicale » e allora si stabilisce la ritenzione anche se il canale non è molto ristretto. Questo sintoma bisogna che sia sempre ricercato in quanto il più delle volte è latente, nè è facilmente spiegabile. A tale scopo si invocano le due ben note teorie: quella della inibizione riflessa e quella dello spasmo, ma nel caso dei restringimenti uretrali entrambe soddisfano poco.

La prognosi dei restringimenti uretrali già urologicamente trattati è di notevole importanza in assicurazione vita e merita perciò di essere a parte considerata.

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**Rilievi statistici sopra alcune malattie infettive
causa di sinistro negli assicurati dell' I. N. A.**

Dott. CIATTI PIETRO.

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

L'indagine di cui verrò esponendo i risultati si riferisce a 2146 assicurati maschi del portafoglio diretto dell'I.N.A. deceduti per alcune malattie infettive nel quinquennio 1933-37.

Mi sono limitato alle infezioni più importanti rapportando il numero dei deceduti per esse al numero dei deceduti per tutte le cause di morte ed ho escluso, fra le altre, le malattie che colpiscono l'uomo preferibilmente nell'età giovanile; ho studiato tali cause di morte in rapporto alle regioni nelle

quali si trovavano le Agenzie presso cui gli assicurati erano morti, in rapporto alla professione dell'assicurato al decesso e la ripartizione percentuale dei contratti fra le singole malattie da infezioni considerate.

La tabella I, che direi quasi riassuntiva, dimostra la distribuzione percentuale dei sinistri verificatisi nell'I.N.A. per le malattie infettive considerate.

Da essa risulta, in modo evidente, come la tbc. polmonare abbia mietuto nel quinquennio considerato il maggior numero di vittime (23,25%) seguita subito dopo dalla broncopolmonite (20,22%).

Seguono l'influenza con il 16,77 %, la polmonite con il 14,72 %, la setticemia con il 9,18 %, ogni altra forma di tbc. con il 4,85 %, la tifoide con il 4,61 %, la meningite con il 2,28 %, la malaria con l' 1,77 %, il reumatismo con l'1,68%, la sifilide con lo 0,67 %.

Per quanto riguarda la tbc. è probabile che il numero dei morti per tale malattia sia superiore a quello indicato potendo essere esclusi quei casi che, pur essendo di natura tubercolare, possono essere stati dichiarati come casi di bronchite cronica, di meningite semplice, di pleurite o di peritonite senza che ne fosse specificata la natura.

Per quanto riguarda la broncopolmonite è probabile che molti dei casi sopra riferiti siano da riportarsi a forme di origine influenzale per le quali non era indicata la natura; in tal caso le cifre dei morti di broncopolmonite dovreb-

TAB. I

Assicurati maschi deceduti per malattie infettive dal 1933 al 1937 (Portafoglio diretto C. V. M.).

Cause di morte	Cifre assolute	%
Tifo	99	4,61
Influenza	360	16,77
Tbc polmonare.	499	23,25
Ogni altra forma di tbc.	104	4,85
Sifilide	14	0,67
Setticemia	197	9,18
Malaria	38	1,77
Reumatismo art.	36	1,68
Meningite	49	2,28
Broncopolmonite	434	20,22
Polmonite	316	14,72
Totale	2146	100,00

bero diminuire per andare ad arricchire il complesso dei morti per influenza.

Anche per la sifilide è necessario prendere le cifre riportate con le debite cautele in quanto che essa è raramente indicata come causa diretta di morte negli adulti sfuggendo quindi in gran parte ad una esatta rilevazione.

Questa malattia dà il massimo numero di morti nel primo anno di vita per poi andare rapidamente a diminuire nelle età successive.

Per le morti per setticemia ritengo pure necessario una cauta valutazione dei dati riportati inquantochè spesso sotto la parola setticemia si nasconde una causa primitiva che è stata realmente il movente dell'infezione generalizzata.

La tabella II riportata in cifre proporzionali a 100 assicurati deceduti per tutte le cause il numero di morti per le malattie infettive considerate per cia-

TAB. II

Assicurati deceduti per malattie infettive considerate in cifre relative al totale delle cause di morte per regioni del Regno (1933-37).

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Morti per tutte le cause (a)	Morti per le malattie infettive (b)	$b \times 100$ a	REGIONI	Morti per tutte le cause (a)	Morti per le malattie infettive (b)	$b \times 100$ a
Italia Settentrionale . . .	4.120	1.058	25,68	Piemonte	806	180	22,33
				Liguria	371	98	26,42
				Lombardia	1.385	357	25,78
				Tre Venezie	948	249	26,27
				Emilia	610	174	28,52
				Toscana	472	135	28,60
				Marche	259	62	23,94
Italia Centrale	1.682	422	25,09	Lazio	650	151	23,23
				Umbria	101	26	25,74
				Abruzzi e Molise . . .	200	48	24,00
				Campania	695	197	28,35
				Puglie	412	113	27,43
Italia Meridionale	1.423	410	28,81	Lucania	108	29	26,85
				Calabria	208	71	34,13
				Sicilia	660	180	27,27
Italia Insulare	814	235	28,87	Sardegna	154	55	35,71
				Colonie	23	6	26,09
Colonie ed Estero	94	21	22,34	Estero	71	15	21,13
Totale	8.133	2.146	26,39		8.133	2.146	26,39

scuna ripartizione geografica e regione del Regno.

Da essa è possibile vedere come il maggior numero relativo di decessi si sia verificato nell'Italia insulare col 28,87% a cui segue subito l'Italia meridionale con il 28,81%. Percentuali un po' minori, ma poco diverse tra loro, dimostrano l'Italia settentrionale e centrale (con rispettivamente il 25,68% e il 25,09%). Seguono le colonie e l'estero con il 22,34%.

Fra le singole regioni la Sardegna è quella che presenta il maggior numero di decessi per le malattie infettive studiate (35,71%). Seguono la Calabria (34,13%), la Toscana (28,60%), l'Emilia (28,52%), la Campania (28,35%), le Puglie (27,43%), la Sicilia (27,27%), la Lucania (26,85%), la Liguria (26,42%), le Tre Venezie (26,27%), la Lombardia (25,78%), l'Umbria (25,74%), l'Abruzzi e Molise (24%), le Marche (23,24%), il Lazio (23,23%), il Piemonte (22,33%).

Passando alla ricerca delle malattie infettive, fra quelle considerate (v. Tab. III), che hanno, relativamente alle altre, mietuto maggior numero di vittime fra gli assicurati ciascuna regione risulta:

1° - per il Piemonte la tbc. polmonare (28,89%), la broncopolmonite (18,89%) e la polmonite (16,68%);

2° - per la Liguria la broncopolmonite (28,68%), la tbc. polmonare (27,56%) e la polmonite (11,22%);

3° - per la Lombardia la tbc. polmonare (21,57%), la broncopolmonite (19,89%) e la polmonite (17,37%);

4° - per le tre Venezie la tbc. (36,14%), la broncopolmonite (13,26%) e la polmonite (12,86%);

5° - per l'Emilia la tbc. polmonare (29,89%), la broncopolmonite (21,85%) e l'influenza (14,95%);

6° - per la Toscana la tbc. polmonare (31,86%), la broncopolmonite (22,96%) e la polmonite (14,82%);

7° - per le Marche la tbc. polmonare (32,26%), la broncopolmonite (17,74%) e la polmonite (14,52%);

8° - per il Lazio la tbc. polmonare (17,22%), la broncopolmonite (17,88%), e la influenza (19,21%);

9° - per l'Umbria l'influenza e la polmonite (23,08%), la setticemia e la broncopolmonite (19,23%);

10° - per gli Abruzzi e Molise la broncopolmonite (29,18%), l'influenza (20,83%), la tbc. polmonare e la polmonite (14,58%);

11° - per la Campania la broncopolmonite (29,44%), l'influenza (22,84%) e la polmonite (15,74%);

12° - per le Puglie l'influenza (25,67%), la broncopolmonite (22,13%) e la tbc. polmonare (16,81%);

13° - per la Lucania la polmonite (24,14%), l'influenza (20,69%) e la broncopolmonite (20,69%);

14° - per la Calabria l'influenza (23,93%), la polmonite (19,72%) e la setticemia (14,08%);

15° - per la Sicilia l'influenza (24,45%), la broncopolmonite (19,44%) e con parità la tbc. polmonare e la setticemia, le polmoniti (19,72%);

16° - per la Sardegna la tbc. polmonare (30,91%), la malaria (25,45%) e con parità l'influenza; la broncopolmonite (10,91%);

17° - nelle Colonie la tbc. polmonare e la broncopolmonite (33,33%);

18° - all'Estero il tifo (26,67%).

Ricercando in quale regione d'Italia ciascuna malattia infettiva abbia dato il maggior numero di morti si osserva che:

1° - per il tifo il Lazio con il 10,60%;

2° - per l'influenza le Puglie con il 25,67%;

TAB. III

Distribuzione percentuale degli assicurati maschi (Portafoglio diretto C. V. M.) deceduti per alcune malattie infettive nel quinquennio 1933-37 per causa di morte e per regioni.

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	Piemonte	Liguria	Lombardia	Tre Venezie	Emilia	Toscana	Marche	Lazio	Umbria	Abruzzi e Molise	Campania	Puglie	Lucania	Calabria	Sicilia	Sardegna	Colonie	Estero	TOTALE
Tifo.	3,89	7,14	3,64	4,02	4,02	2,22	6,45	10,60	3,85	4,17	4,56	2,65	—	4,23	4,44	3,64	—	26,67	4,61
Influenza	12,78	10,20	15,41	10,44	14,95	12,59	11,29	19,21	23,08	20,83	22,84	25,67	20,69	23,93	24,45	10,91	16,67	20,00	16,78
Tbc polmonare	28,89	27,56	21,57	56,14	29,89	31,86	32,26	17,22	11,53	14,58	12,69	16,81	10,34	12,68	13,89	30,91	33,33	13,33	23,25
Ogni altra forma di tbc	3,89	4,08	6,16	8,43	4,02	4,44	4,84	3,97	—	4,17	2,54	3,54	6,90	1,41	3,89	7,27	16,67	13,33	4,85
Sifilide.	0,55	1,02	0,84	0,40	0,57	—	—	1,32	—	—	0,51	—	—	—	2,22	—	—	—	0,65
Setticemia.	9,44	5,10	7,84	9,63	10,34	8,89	4,84	10,60	19,23	8,33	8,63	7,08	6,90	14,08	13,89	1,82	—	13,33	9,18
Malaria	1,11	1,02	0,28	0,80	1,15	2,22	—	1,32	—	2,08	0,51	—	10,34	5,63	1,11	25,45	—	—	1,77
Reumatismo	0,55	3,06	2,90	2,01	1,72	—	1,61	0,66	—	—	0,51	3,54	—	4,23	1,11	1,82	—	6,67	1,68
Meningite	3,33	1,02	4,20	2,01	2,87	—	6,45	0,66	—	2,08	2,03	2,65	—	1,41	1,67	—	—	—	2,28
Broncopolmonite	18,89	28,58	19,89	13,26	21,85	22,96	17,74	17,88	19,23	29,18	29,44	22,13	20,69	12,68	19,44	10,91	33,33	6,67	20,22
Polmoniti	16,68	11,22	17,37	12,86	8,62	14,82	14,52	16,56	23,08	14,58	15,74	15,93	24,14	19,72	13,89	7,27	—	—	14,73
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

3° - per la tbc. polmonare le Marche con il 32,26 %;

4° - per ogni altra forma di tbc. la Sardegna con il 7,27 %;

5° - per la sifilide la Sicilia con il 2,22 %;

6° - per la setticemia l'Umbria con il 19,23 %;

7° - per la malaria la Sardegna con il 25,45 %;

8° - per il reumatismo la Calabria con il 4,20 %;

9° - per la meningite le Marche con il 6,45 %;

10° - per la broncopolmonite la Campania con il 29,44 %;

11° - per la polmonite la Lucania con il 24,14 %.

La tabella IV riporta, in cifre proporzionali a 100 assicurati deceduti per tutte le cause, il numero di morti per malattie infettive considerate per ciascuna categoria professionale a cui gli assicurati appartenevano.

Da essa è possibile rilevare come il maggior numero relativo di morti si sia avuta nella categoria degli agricoltori (33,90 %), a cui seguono il personale di fatica e di servizio (33,81 %), gli addetti ai trasporti (30,83 %), gli operai di mestieri pericolosi (30,68 %), le condizioni non professionali (29,11 %), il personale subalterno dello Stato (28,44 per cento), gli appartenenti ai corpi armati dello Stato (28,15 %), gli industriali e commercianti (25,90 %), gli impiegati ed ufficiali (25,69 %), i professionisti liberi (24,91 %), i venditori e rappresentanti (23,42 %) ed i benestanti (20,99 %).

La ricerca della malattia infettiva che più ha colpito ogni classe professionale (v. Tab. V) dà i seguenti risultati:

1° - per gli agricoltori la broncopolmonite (23,53 %), la polmonite (19,33 %) e la tbc. polmonare (18,50 %);

2° - per gl'industriali la broncopolmonite (20,35 %), la tbc. polmonare (20,06 %) e l'influenza (17,51 %);

3° - per i venditori e rappresentanti la broncopolmonite (22,97 %), la tbc. polmonare (22,30 %), l'influenza con il (17,57 %);

4° - per gli operai la broncopolmonite (24,43 %), la tbc. polmonare (28,25 %) e la polmonite (16,79 %);

5° - per gli addetti ai servizi di trasporto la tbc. polmonare (28,39 %), la broncopolmonite (22,97 %), l'influenza e la polmonite (13,81 %);

6° - per le persone di servizio e di fatica la tbc. polmonare (31,91 %) se-

TAB. IV

Assicurati deceduti per le malattie infettive considerate in cifre relative al totale delle cause di morte per gruppi professionali (1933-937).

Gruppi di professioni	Morti per tutte le cause (a)	Morti per le malattie infettive (b)	$\frac{b \times 100}{a}$
Agricoltori di ogni specie	351	119	33,90
Industriali e commercianti	1.367	354	25,90
Venditori in genere e rappresentanti	632	148	23,42
Operai di mestieri pericolosi	427	131	30,68
Addetti a servizi di trasporto e FF. SS.	240	74	30,83
Personale di fatica e di servizio	139	47	33,81
Personale subalterno dello Stato e di altri Enti Pubblici	225	64	28,44
Corpi armati dello Stato, Aeronautica, Esercito, Marina	270	76	28,15
Impiegati ed Ufficiali	2.145	551	25,69
Professionisti liberi, culto ecc.	1.754	437	24,91
Benestanti	243	51	20,99
Condizioni non professionali	292	85	29,11
Imprecisate	48	9	18,75
Totali	8.133	2.146	26,39

TAB. V

Distribuzione percentuale degli assicurati maschi (Portafoglio diretto C. V. M.) deceduti per alcune malattie infettive per cause di morte e professioni.

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI PROFESSIONI													
	Agricoltori di ogni specie	Industriali e Commercianti	Venditori in genere e rappresentanti	Operai	Addetti a servizi di trasporto, ecc.	Persone di servizio o di fatica	Pers. sub. dello Stato e di altri Enti Pubblici	Corpi armati dello Stato e di altri Enti Pubb.	Impiegati, Ufficiali, ecc.	Culto, professioni ed arti liberali	Proprietari e benestanti	Condizioni non professionali	Professioni non specificate	Totali
Tifo	5,88	5,08	5,40	2,29	1,35	4,26	—	6,58	4,17	4,81	5,88	8,24	11,11	4,61
Influenza	11,76	17,51	17,57	9,16	13,51	8,51	6,25	13,16	17,24	22,88	29,42	8,24	11,11	16,78
Tbc. polmonare	18,50	20,06	22,30	28,25	28,39	31,91	35,94	34,20	24,87	18,99	11,76	25,88	33,33	23,25
Ogni altra forma di tbc.	2,52	4,80	4,73	4,58	4,05	8,51	7,81	6,58	5,26	4,12	3,92	5,88	—	4,85
Sifilide	—	0,28	—	—	1,35	—	3,13	1,32	0,73	0,92	—	1,18	—	0,65
Setticemia	6,72	10,17	10,14	9,16	5,41	8,51	6,25	2,63	8,71	11,44	11,76	9,41	—	9,18
Malaria	9,24	1,98	0,67	0,76	2,70	2,13	1,56	2,63	1,45	0,92	—	—	—	1,77
Reumatismo	2,52	1,13	2,03	0,76	6,76	4,26	—	1,32	2,00	1,14	1,96	—	—	1,68
Meningite	—	2,54	2,03	3,82	—	6,38	1,56	1,32	1,09	3,89	—	3,53	11,11	2,28
Broncopolmonite . . .	23,53	20,35	22,97	24,43	22,97	12,77	18,75	17,10	20,69	17,85	19,61	17,64	33,34	20,22
Polmoniti	19,33	16,10	12,16	16,79	13,51	12,77	18,75	13,16	13,79	13,04	15,69	20,00	—	14,73
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

TAB. VI

Assicurati maschi (Portafoglio diretto C. V. M.) morti per alcune malattie infettive nel quinquennio 1933-37 distribuiti per cause di morte e professioni.

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI PROFESSIONI													
	Agricoltori di ogni specie	Industriali e Commercianti	Venditori in genere e rappresentanti	Operai	Addetti a servizi di trasporto, ecc.	Persone di servizio e di fatica	Pers. sub. dello Stato e di altri Enti Pubblici	Corpi armati dello Stato e di altri Enti Pubb.	Impiegati, Ufficiali, ecc.	Culto, professioni ed arti liberali	Proprietari e benestanti	Condizioni non professionali	Professioni non specificate	Totali
Tifo	7	18	8	3	1	2	—	5	23	21	3	7	1	99
Influenza	14	62	26	12	10	4	4	10	95	100	15	7	1	360
Tbc. polmonare	22	71	33	37	21	15	23	26	137	83	6	22	3	499
Ogni altra forma di tbc.	3	17	7	6	3	4	5	5	29	18	2	5	—	104
Sifilide	—	1	—	—	1	—	2	1	4	4	—	1	—	14
Setticemia	8	36	15	12	4	4	4	2	48	50	6	8	—	197
Malaria	11	7	1	1	2	1	1	2	8	4	—	—	—	38
Reumatismo	3	4	3	1	5	2	—	1	11	5	1	—	—	36
Meningite	—	9	3	5	—	3	1	1	6	17	—	3	1	49
Broncopolmonite . . .	28	72	34	32	17	6	12	13	114	78	10	15	3	434
Polmoniti	23	57	18	22	10	6	12	10	76	57	8	17	—	316
Totali	119	354	148	131	74	47	64	76	551	437	51	85	9	2.146

guita dalla broncopolmonite e polmonite (12,77 %);

7° - per il personale subalterno la tbc. polmonare (35,94 %), la broncopolmonite e polmonite (18,75 %);

8° - per i corpi armati dello Stato la tbc. polmonare (34,20 %), la broncopolmonite (17,10 %) e la polmonite (13,16 %);

9° - per gli impiegati, ufficiali, ecc. la tbc. polmonare (24,87 %), la broncopolmonite (20,69 %) e l'influenza (17,24 %);

10° - per il culto e le arti liberali l'influenza (22,88 %), la tbc. polmonare (18,99 %) e la broncopolmonite (17,85 %);

11° - per i proprietari e benestanti l'influenza (29,42 %), la broncopolmonite (19,61 %) e la polmonite (15,69 %);

12° - per le condizioni non profes-

sionali la tbc. (25,88 %), la polmonite (20 %) e la broncopolmonite (17,64 %);

13° - per le professioni non specificate la tbc. (33,33 %) e la broncopolmonite (33,33 %).

Andando a ricercare quale sia la professione in cui ciascuna malattia si è dimostrata più frequente (v. Tab. VI) risulta, escludendo le professioni non specificate:

1° - il tifo fra gli appartenenti alle condizioni non professionali con l'8,24 % e gli agricoltori con il 5,88 %;

2° - l'influenza fra i proprietari e benestanti con il 29,42 % fra il culto e le arti liberali con il 22,88 %;

3° - la tbc. polmonare fra il personale subalterno dello Stato e di altri Enti pubblici con il 35,94 % e fra i Corpi Armati con il 34,20 %;

4° - ogni altra forma di tubercolosi fra il personale di servizio e di fatica

TAB. VII

Assicurati maschi (Portafoglio diretto C. V. M.) morti per alcune malattie infettive nel quinquennio 1933-37 distribuiti per cause di morte e regioni.

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	Piemonte	Liguria	Lombardia	Tre Venezie	Emilia	Toscana	Marche	Lazio	Umbria	Abruzzi e Molise	Campania	Puglie	Lucania	Calabria	Sicilia	Sardegna	Colonie	Esteri	Totali
Tifo	7	7	13	10	7	3	4	16	1	2	9	3	—	3	8	2	—	4	99
Influenza	23	10	55	26	26	17	7	29	6	10	45	29	6	17	44	6	1	3	360
Tbc. polmonare	52	27	77	90	52	43	20	26	3	7	25	19	3	9	25	17	2	2	499
Ogni altra forma di tbc.	7	4	22	21	7	6	3	6	—	2	5	4	2	1	7	4	1	2	104
Sifilide	1	1	3	1	1	—	—	2	—	—	1	—	—	—	4	—	—	—	14
Setticemia	17	5	28	24	18	12	3	16	5	4	17	8	2	10	25	1	—	2	197
Malaria	2	1	1	2	2	3	—	2	—	1	1	—	3	4	2	14	—	—	38
Reumatismo	1	3	10	5	3	—	1	1	—	—	1	4	—	3	2	1	—	1	36
Meningite	6	1	15	5	5	—	4	1	—	1	4	3	—	1	3	—	—	—	49
Broncopolmonite	34	28	71	33	38	31	11	27	5	14	58	25	6	9	35	6	2	1	434
Polmoniti	30	11	62	32	15	20	9	25	6	7	31	18	7	14	25	4	—	—	316
Totali	180	98	257	249	174	135	62	151	26	48	197	113	29	71	180	55	6	15	2146

con l'8,51 % e fra i Corpi Armati dello Stato con il 6,58 %;

5° - la sifilide fra il personale subalterno dello Stato e di altri Enti con il 3,13 % e fra gli addetti ai servizi di trasporto con l' 1,35 %;

6° - la setticemia fra i proprietari e benestanti con l'11,76 % e fra il Culto e professioni ed arti liberali con l' 11,44 %;

7° - la malaria fra gli agricoltori di ogni specie con il 9,24 % e fra i Corpi Armati dello Stato con il 2,63 %;

8° - il reumatismo articolare fra gli addetti ai servizi di trasporto con il 6,76 % e fra personale di servizio e di fatica con il 4,26 %;

9° - la meningite fra il personale di servizio e di fatica con il 6,38 % e fra gli appartenenti al culto, ecc. con il 3,89 %;

10° - la broncopolmonite fra gli operai con il 24,43 % e fra gli agricoltori con il 23,53 %;

11° - la polmonite fra le condizioni non professionali con il 20 % e fra gli agricoltori con il 19,33 %.

Voglio in ultimo riportare nella tabella VIII a fianco, data la parte importante che le malattie infettive presentano nella ripartizione dei sinistri nel quinquennio considerato (il 26,39 % nei confronti degli assicurati deceduti per tutte le cause di morte), la distribuzione di contratti sinistrati per le malattie infettive considerate.

Da tale tabella si rileva come, nella ripartizione percentuale, il primo posto spetta alla tbc. polmonare (22,43 %) seguita dalla broncopolmonite (20,24 %), dall'influenza (18,13 %), dalla polmonite (13,87 %) e dalla setticemia (10,41 %).

Seguono, con percentuali di gran lunga minori il tifo (4,5 %), ogni altra forma di tbc. (4,19 %), la meningite (2,26 %), il reumatismo articolare (1,75 %), la malaria (1,60 %) e la sifilide (0,61 %).

Ritengo che dato lo scarso numero dei casi non si possa tirare conclusioni definitive. E' evidente però che la maggior parte dei sinistri per le malattie da infezione considerate sia dovuto a forme infettive localizzate all'apparato respiratorio.

TAB. VIII

Contratti sinistrati per alcune malattie infettive nel quinquennio 1933-1937 (Portafoglio diretto C. V. M.)

CAUSE DI MORTE	Contratti	
	Cifre assolute	%
Tifo	124	4,51
Influenza	498	18,13
Tubercolosi polmonari	616	22,43
Ogni altra forma di tbc.	115	4,19
Sifilide	17	0,61
Setticimia	286	10,41
Malaria	44	1,60
Reumatismo articolare	48	1,75
Meningite	62	2,26
Broncopolmonite	556	20,24
Polmonite	381	13,87
Totale.	2.447	100

L' ARALDO DELLA STAMPA

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

Fondata nel 1918 - Direz. Amministr.: Via Ripetta, 226 - ROMA

Notiziario**Distribuzione e utilizzazione dei buoni gratuiti di visita medica periodica dell' I.N.A.**

A N N O	Buoni distribuiti N.	Buoni utilizzati N.	Percentuale utilizzata sui distribuiti %	Importo onorari medici Lire	Visite collaudo salute presso Centri e Con- sultori I.N.A.
Quadriennio 1931-1934	5.919	2.824	47,71	56.480	
1935	2.669	1.599	59,91	31.980	127
1936	3.438	1.737	50,52	34.740	532
1937	2.618	1.569	59,93	31.380	3.677
1938	2.639	1.586	60,09	31.720	9.984
1939	2.561	1.471	57,43	29.420	17.816
Totale 1931-1939	19.844	10.786	55,49	215.720	32.086

Note ed appunti**UNA NUOVA ASSOCIAZIONE DI STUDI DI ASSICURAZIONE.**

Si è costituita recentemente nella repubblicana cubana l'« Asociacion Cubana de Estudios de Seguros » che ha sede in Avana, Aguiar 411.

Tale associazione si propone lo scopo di realizzare studi ed indagini scientifiche di assicurazione con speciale riguardo a Cuba, sia per quanto riguarda la tecnica che la legislazione come pure per la matematica e la medicina delle assicurazioni. L'Associazione ha anche il fine di mantenere gli scambi internazionali con associazioni similari delle quali si promette la creazione di numerose altre nell'America Latina.

Mentre ci congratuliamo con la nuova associazione facciamo gli auguri di una fervida e proficua attività scientifica ai colleghi della Repubblica Cubana.

APPROVAZIONE DI ALCUNE TARIFFE DI ASSICURAZIONE DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE SULLA VITA.

Con decreto in data 19 aprile 1940-XVIII il Ministero delle Comunicazioni ha approvato le seguenti tariffe della società Cattolica: 2 S. Mista speciale con opzione per il clero a premio annuo; 2 S. v. m. Mista Senza Visita Medica e II° Mista Combinata con abbuoni finali in caso di vita.

Successivamente il 27 giugno 1940-XVIII ha

approvato le seguenti altre tariffe della Fondiaria Vita: « Mista familiare » a premio annuo senza visita medica e « Polizza Vitalizia » a premio annuo senza visita medica; entrambe queste forme riconoscono oltre il capitale nominale un ulteriore capitale pagabile in caso di morte sopravvenuta in seguito ad infortunio.

L'ASSICURAZIONE DELLA FLOTTA ITALIANA PASSEGGERI PER IL 1940.

Con legge del 3 giugno 1940 è stata disciplinata l'assicurazione contro i rischi ordinari delle unità costituenti la flotta italiana passeggeri. Pertanto gli Enti esercenti il ramo trasporto sono obbligati a denunciare al Ministero delle Corporazioni le quote di rischio ordinario o riassicurata; gli Enti esercenti altri rami sono autorizzati ad assumere riassicurazioni per i trasporti infine l'Unione Italiana di Riassicurazione è autorizzata ad assicurare per conto e nell'interesse dello Stato come secondo rischio, le quote che eccedono la capacità di copertura del mercato nazionale privato.

TRASFERIMENTO ALLO STATO DELLE TERME DI CHIANCIANO.

La « Gazzetta Ufficiale » del 14 giugno u. s. pubblica il decreto del 23 maggio con il quale viene passato al demanio dello Stato il compendio termale di Chianciano comprendente sia i beni Soc. An. Terme di Chianciano sia alcuni terreni ed il parco di proprietà Comunale che servono a collegare i due stabilimenti termali.

Siamo sicuri che tale provvedimento preso

per fini di pubblica utilità, potrà permettere un incremento sempre più lusinghiero del movimento della suddetta stazione termale.

POPOLAZIONE DELL'IMPERO.

Sulla popolazione dell'Impero l'Annuario statistico Italiano del 1939, elaborato dall'Ufficio Centrale di Statistica dello Stato, fornisce dati precisi. Ai 44 milioni di individui nel territorio metropolitano (28 milioni nel 1861, 38 nel 1931) si debbono aggiungere: quasi 750.000 nelle provincie italiane della Libia e nel Sahara libico; più di 12 milioni nell'A. O. I. oltre 140 mila nelle Isole italiane dell'Egeo e poco meno di 8000 nella concessione di Tien-Tsin; oltre 1 milione di abitanti sono in Albania. L'Italia si sviluppa su una superficie complessiva di 4 milioni di km. quadrati e la sua popolazione si avvicina ai 60 milioni.

IV CONGRESSO ITALIANO DI STUDI COLONIALI.

Nel prossimo mese di ottobre, a cura del Centro di Studi Coloniali, di cui è Rettore e Presidente, S. E. Arrigo Serpieri, sarà convocato a Napoli e ad Asmara il IV Congresso. A Napoli, i lavori saranno svolti presso la Mostra Triennale delle Terre Italiane di Oltremare; la città di Asmara rappresenta come un simbolo dell'espansione coloniale italiana come quella che nel 1905 accolse per la prima volta i pionieri dell'avvenire coloniale italiano. Saranno trattati temi di medicina e d'igiene.

La segreteria ha sede in Firenze, Via Lauro, n. 48.

BANDO DI CONCORSO A PREMIO.

E' istituita presso l'Accademia di storia dell'arte sanitaria la fondazione « M. Piccinini » per le rivendicazioni inedite italiane nel campo delle scienze sanitarie a tutto il secolo XIX.

Il premio per l'anno in corso è costituito da L. 3000 lorde divisibile in tre premi da L. 1000 ciascuno.

I lavori dovranno essere inviati alla segreteria dell'Accademia in triplice copia entro il 28 ottobre c. a.

A cura della Lega Italiana per la lotta contro i tumori è aperto il concorso per titoli per il conferimento del sussidio di lavoro « Fondazione A. Lustig » l'importo del contributo è di L. 3.000 ed indivisibile.

Gli aspiranti dovranno presentare domanda in carta da bollo da L. 4 indirizzata al Presidente della Lega stessa al Viale Regina Margherita, 291 Roma.

BORSE DI STUDIO PER ADDESTRAMENTO IN PUERICOULTURA FRA I MEDICI DI ALCUNE PROVINCIE

Il 30 giugno c. a. il Ministero dell'Interno ha emanato un decreto concernente l'istituzione di 25 borse di lire mille ciascuna tra i medici esercenti nei Comuni delle seguenti regioni: Sardegna, Sicilia, Calabria, Lucania, Puglie, Campania, Abruzzi e nei Comuni delle Provincie di Frosinone, Pesaro, Sondrio, Bergamo, Fiume e Pola.

Il tirocinio avrà la durata di un mese; i documenti di rito dovranno essere inviati con la domanda in carta da bollo da L. 6 al Ministero dell'Interno (Direzione Generale Sanità Pubblica) entro il 30 settembre p. v.

INAUGURAZIONE DEL SACRARIO AI MEDICI CADUTI.

Come è noto, il Rev. Don Carlo Casalbiano parroco di Duno, un piccolo paese sopra Varese, ha costruito un tempio votivo dedicato alla memoria dei medici caduti ed alla esaltazione della missione del medico vivente. La consacrazione del tempio era già avvenuta il 25 settembre 1938 ed in quella occasione era salito in pellegrinaggio un folto gruppo di medici guidati dai segretari dei Sindacati di Milano e di Varese e dal prof. Piccinini che ha fatto conoscere a tutti i medici d'Italia la bella iniziativa così ricca di significato spirituale. Ora accanto al tempio è stato eretto un Sacrario dove sono ricordati i nomi dei medici Caduti in guerra e nell'adempimento del loro dovere civile. Il 5 maggio corr. venne celebrata l'inaugurazione ufficiale del Sacrario.

Periodici di propaganda assicurativa

La buona semente, n. 6, 1940, Milano.

FABIETTI, *In terra di Etruria* - SOLMI, *L'ora dell'Italia* - FIETTA, *Il secondo premio Cremona* - BEVILACQUA, *Niccolò Paganini* - GHIRALDI, *La luce di domani. La giornata della tecnica.*

Idem, n. 4.

Primavera siciliana - L'opera grandiosa dell'I.N.A. - Roma nostro amore e nostro orgoglio - La donna e la casa - Primavera e cura primaverile.

La prima idea, n. 6, 1940, Bologna.

FALZONE, *Il ciliegio* - Le lettere di Gianni - COPPINI, *La stella più bella* - MUSSOLA, *Quattro ochette e un tacchino* - BERNABÒ, *I due orologi* - FINESCHI, *La battaglia.*

Dai Periodici

ITALIA

Annali d'igiene, n. 5, 1940, Roma.

FRANCO-SARTORI, *Sull'azione antibatterica del miele.*

Il miele è un prodotto vivo, che porta impresse le caratteristiche della vita vegetale ed animale. I suoi caratteri organolettici, chimici e biologici si modificano a seconda del luogo, dell'annata del raccolto, dello stato di maturazione, del metodo di estrazione, ecc. Senza voler parlare delle proprietà nutritive e terapeutiche del miele, risapute sin dai tempi più remoti e ricordate anche da Plinio, Pitagora, Virgilio, Tanara, Mantegazza, gli A.A. hanno voluto studiare il quesito, se veramente il miele possiede proprietà antibatteriche, batteriostatiche e battericide. Sono venuti alla conclusione che tutti i mieli in genere (di acacia, castagno, fiori misti) possiedono, in grado diverso proprietà antibatteriche sul b. coli, b. typhi, micr. pyogene aureus, b. dissenteriae. Alcuni mieli hanno dimostrato sola proprietà batteriostatica. Queste proprietà antibatteriche sono coadiuvate dal contenuto acido del miele e dalla sua alta concentrazione zuccherina e pare siano più in relazione al prodotto ricavato dai fiori, dai quali provengono il nettare e le melate, che dalla natura della secrezione dell'insetto. G.

Annali di Medicina navale e coloniale, fasc. III-IV, 1940, Roma.

HEBERSTREIT, *Bevande nelle aziende, specie in quelle in cui gli operai sono esposti al calore.*

L'A. premette alcune nozioni fisiologiche sul ricambio idrico e dei sali durante il lavoro, esamina la questione della qualità e quantità delle bevande da somministrarsi ai lavoratori nei casi in cui l'eccesso di temperatura induca di continuo a dissetarsi. Secondo l'A. le bevande da somministrarsi ai lavoratori esposti al calore non debbono essere nè troppo fredde nè troppo calde, ma tiepide. Le calde sono soltanto indicate per gli operai esposti al freddo. Sconsigliabile l'uso della birra: l'acqua minerale, benchè apporti all'organismo sali, di cui esso è depauperato a causa dell'abbondante sudorazione, non è neppure consigliabile dovendosi somministrare fredda. La bevanda più indicata, secondo l'A. è il the tedesco a base di foglie di rovo, fragola e menta piperita, da distribuirsi tiepida. In casi di lavoro faticoso

aggiungere ad ogni litro di the gr. 30 di zucchero equivalente a circa 120 cal. per mettere a disposizione dell'organismo un materiale energetico di facile assorbimento.

Archivio Italiano di scienze mediche coloniali di parassitologia, fasc. 4, 1940, Roma.

D'ALESSANDRO, *La « macchia nera » nella febbre esantematica mediterranea in Sicilia.*

L'A. ha potuto mettere in evidenza in una inferma affetta da febbre esantematica mediterranea manifestatasi nella sua forma classica, la macchia nera, il punto, cioè, in cui il virus, attraverso la puntura della zecca, era penetrato nell'organismo. G.

Assicurazioni, n. 2, 1940, Roma.

ALIMENA, *Il delitto commesso dall'assicurato come causa di morte per se stesso.*

In questo articolo che leggiamo nel n. 2 di « Assicurazioni » del c. a. Alimena commenta l'art. 450 del cod. di comm. nella parte penalistica. L'Autore dapprima insiste sul concetto di causa che deve essere « immediata », secondo la dizione dell'articolo, cioè diretta ed aggravata, termine che egli ritiene superfluo in diritto.

Viene poi esaminata la differenza giuridica fra la morte per suicidio e per condanna o duello; è sempre indispensabile ai fini dell'interpretazione dell'articolo che il soggetto nel momento in cui agiva abbia potuto prevedere come dal delitto potesse comunque derivare la propria morte. Quanto al delitto occorre distinguere gli stati di fatto il cui concorso costituiscono cause giustificanti e pertanto l'assicurato per rientrare nel caso previsto dalla legge si deve trovare in uno stato d'illeceità da delitto. Discutendo dei delitti dolosi e colposi l'A. riferendosi anche a precedenti suoi lavori ritiene che i secondi siano inammissibili perchè cadano nella sanzione prevista dall'articolo in quanto si verrebbe a costituire l'esistenza di due errori uno di seguito all'altro e pertanto l'articolo 450 deve intendersi limitato al solo delitto doloso.

Successivamente l'Alimena ricorda come il delitto previsto possa essere semplicemente tentato e riferisce gli estremi delle condizioni di punibilità. Nell'ultima parte dell'interessante lavoro si mette in rilievo come non rivesta importanza per l'applicazione del codice che si tratti di un atto o di un fatto purchè si tratti di un illecito giuridico che il delitto sia commesso da solo o in concorso con altri. Invece l'estinzione legale del delitto rende inapplica-

bile l'articolo in quanto non può più essere considerato come causa di morte giuridicamente intesa anche se di fatto ne sia il movente.

St.

Assistenza Sociale (L'), n. 5, 1940, Roma.

PELLEGRINI, *Sul concetto di diminuzione « essenziale » dell'attitudine al lavoro.*

Secondo l'A. l'essenzialità del danno è condizione indispensabile per ottenere le prestazioni; non va vista nei riguardi quantitativi cioè nè negata se il danno non supera una determinata prestazione nè affermata nel caso opposto; concerne solo i molteplici attributi dell'attitudine lavorativa i quali non hanno carattere di accidentalità; parte di questi attributi sono ben noti, altri debbono essere ancora dottrinalmente elaborati.

G.

Athena, n. 4, 1940, Roma.

FORNI, *Ematemesi e melene.*

Se l'emorragia è un sintomo manifesto anche al non medico, l'intima conoscenza di esso è estremamente complessa e merita uno studio particolare. Forni ha pubblicato un articolo nel quale le cause delle gastroenterorragie sono divise in tre gruppi:

- a) Malattie del tubo digerente.
- b) Malattie di altri visceri addominali.
- c) Traumi.

Nelle lesioni del tubo digerente quelle che più specialmente stanno all'origine dell'emorragie sono le ulcere peptiche, gastriche e duodenali, i neoplasmi di qualunque segmento del tubo digerente e talune erosioni da ulcera del diverticolo di Meckel e le ingestioni di caustici senza con questo voler parlare delle emorragie di spettanza medica, come tifo, malattie discrasiche, enterocoliti, varici, aneurismi capillari e le melene dei neonati. Da ricordare ancora le malattie vasali (varici, aneurismi).

Tra le malattie di altri visceri addominali che danno emorragia, sono quelle da stasi, infiammazioni e stati discrasici, come embolie, trombosi, leucemia, linfogranulomatosi, cirrosi epatica, splenomegalie, alterazioni del circolo portale.

G.

Idem, n. 5, 1940.

PUTZU, *Sulla diagnosi biologica delle echinococchi.*

L'A. ritiene che dalle ricerche biologiche per la diagnosi delle echinococchi, quelle che hanno resistito alla critica e sono entrate nella pra-

tica sono la Ghedini Weimberg e la intradermo reazione di Casoni. La prima è forse più precisa ma più complessa e faticosa richiedendo l'attrezzatura di un laboratorio; la seconda più semplice e di più facile esecuzione anche nell'usuale esercizio professionale. Entrambe possono fornirci elementi diagnostici preziosi, ma nè l'una nè l'altra sono così rigorosamente specifiche nè così sicuramente positive da potervi fondare un giudizio diagnostico assoluto. In definitiva, l'A. pensa che nella echinococchi la base fondamentale della diagnosi resta ancora l'accurato e diligente esame clinico.

G.

Atti della Regia Accademia dei Fisiocritici di Siena, n. 2, 1940, Siena.

Inaugurazione del 250° anno accademico della Regia Accademia, con un discorso del prof. Spirito. Seguono importanti studi di Benassi, Giovanardi, Checcucci, Sestini, Gerbasì, Bruggi, Di Giorgio, ecc.

G.

Avvenire Sanitario (L'), n. 10, 1940, Milano.

SANGIORGI, *Direttive di marcia ed obbiettivi del problema chimico-farmaceutico italiano.*

L'A., dopo aver ricordato il magnifico sforzo operato dall'industria italiana nel campo chimico-farmaceutico con la produzione di molti prodotti, una volta di marca straniera, e di avere esaltato la bontà e la purezza, che si è raggiunta specialmente nei sulfamidici, i sulfamidi piridinici, l'aspirina, l'atophan, l'elmintolo, l'urotropina, il tiocolo, il veronale, gli antimalarici sintetici, gli opoterapici, gli arseno benzoli, le vitamine, vaccini e sieri, auspica il maggiore incremento, ora che costituito l'Impero, l'Italia potrà disporre di risorse botaniche considerevoli nel campo delle piante medicinali.

G.

Biochimica e Terapia Sperimentale, fasc. 4, 1940, Milano.

BOI, *Ricerche sui caratteri differenziali tra stafilococchi delle infezioni contagiose mammarie degli ovini e dei caprini e stafilococchi saprofitici del latte* - PIGHINI, *Le variazioni della colinesterasi nei nervi sciatici di piccioni beri-berici.*

G.

Idem, fasc. 5, 1940.

REGGIANINI, *La reazione ossidasica dei leucociti nel sangue dei nati normali e dei nati asfittici.*

L'A. servendosi della reazione del bleu di indofenolo ha determinato la percentuale dei

leucociti con ossidasi nei neonati: in periodo apnoico, subito dopo l'inizio della respirazione polmonare e a distanza di un certo numero di ore dalla nascita. Ha constatato che il % dei leucociti con ossidasi diminuisce dopo lo stabilirsi della respirazione polmonare; negli asfittici invece la percentuale dei leucociti con ossidasi è molto alta.

G.

Bollettino del Centro studi dell'I.N.A., n. 7, 1940, Roma.

La previdenza faciliterà la formazione della piccola proprietà rurale e la difenderà - Della conservazione del portafoglio - Notiziario dell'Istituto.

Idem, n. 8.

Reddito globale a riduzione del raccolto nella polizza del rurale - L'assicurazione vita e il credito.

Bollettino della Federazione Nazionale Fascista delle Imprese Assicuratrici, n. 5, 1940, Roma.

Atti e comunicazioni della Federazione - Assicurazione in A.O.I. - Statistiche delle assicurazioni in A.O.I. - Imposta di R. M. Cat. C-2 - Licenziamento di lavoratori con cariche sindacali - Collocamento connazionali rimpatriati dall'Estero.

Bollettino Statistico del Governatorato di Roma, febbraio 1940, Roma.

Risulta da esso, che la popolazione presente a fine febbraio ammontava a 1.333.898 abitanti con un aumento di 3.209 persone sul mese precedente: che si sono celebrati 847 matrimoni (8,01 % abitanti in cifra ragguagliata ad un anno) con un sensibile aumento dunque rispetto agli anni 1936-37-38 e 39. Il numero dei nati vivi è stato di 2629 in ragione del 24,87 % abitanti in cifra ragguagliata ad un anno; il numero dei morti è notevolmente diminuito e viene espresso nella cifra di 1371 in ragione cioè del 12,97 % per anno. La mortalità infantile da un mese ad un anno dà una cifra molto ridotta che è appena dell'8,10 %. La perfetta organizzazione dell'assistenza sanitaria viene dimostrata dalle seguenti cifre: sono stati curati gratuitamente 37.969 ammalati con 70.078 visite: sono entrati negli Ospedali principali della città 10.954 ammalati e ne sono usciti per guarigione 9.711. Hanno fatto ricorso alla assistenza ostetrica gratuita 1.424 gestanti e si trovavano ricoverati nell'Istituto Provinciale per l'assistenza dell'infanzia 4.814 bambini.

G.

Bollettino della Società Medico-Chirurgica Bresciana, n. 1, 1940, Brescia.

PALTRINIERI, *Su di una particolare alterazione sistematica del rachide di tipo osteo-porocico* - PITTIANI, *Di un caso di ascesso bronchiale.*

G.

Critica Medico-Sociale, n. 4, 1940, Roma.

LANDRA, *Dottrina e politica della razza.*

L'A. dopo aver definito biologicamente il concetto di razza che comprende comuni origini, discendenza, simiglianza ed affinità degli individui svolge, con competenza e vigoria di argomentazioni, le teorie razziste, la politica della razza e i provvedimenti razziali nel nostro paese e all'estero.

G.

Idem, n. 5, 1940.

DE MANEFA, *Lavoro e maternità.*

L'A. dopo aver esaltato l'opera della donna lavoratrice in ogni ramo della vita industriale e commerciale ed avere posto in rilievo la importanza della sua prestazione di mano d'opera e di pensiero nei periodi di guerra, per la continuazione di tutti i servizi interni del paese, combatte l'opinione di coloro che vedono nel lavoro della donna una causa di decadimento fisico della razza ed ammette invece che proprio dal lavoro, si temprava la sua gagliardia e la sua resistenza. Termina invocando una assistenza sempre maggiore alla donna, curando, e per tempo, i suoi organi di riproduzione, intensificando la sua cultura, la previdenza e la propaganda razziale.

G.

Cultura medica moderna (La), n. 4, 1940, Palermo.

ALESTRA, *Contributo allo studio del contagio coniugale nella tubercolosi polmonare.*

L'A. dopo avere messo in rilievo il grande contrasto che si osserva in letteratura tra le percentuali di contagio coniugale riscontrate passa in rassegna le cause che possono determinare una simile disparità di risultati, che vanno da cifre bassissime del 2,7 % ad altre elevatissime del 66 %. La percentuale del contagio tubercolare tra coniugi desunta dai suoi dati anamnestici è risultata del 4,62 %, quella ottenuta con i reperti clinico-radiografici ed allergici è stata del 19,69 %. L'A. conclude il suo lavoro affermando che la mortalità per tbc. in fase attiva e conclamata è quasi due volte maggiore nei coniugi tubercolotici che nel resto della popolazione.

G.

Chirurgia Plastica (La), fasc. 1, 1940, Roma.

DONALD-DISE, *Ricostruzione del pollice dopo la sua amputazione traumatica* - PALMER, *Le complicazioni che possono servire alla rinoplastica* - SCHRODER, *L'ereditarietà del labbro leporino e della palatoschisi*.

G.

Cuore e circolazione, n. 5, 1930, Roma.

POPPI, *Il cuore piccolo nel morbo di Flajani-Basedow*.

L'A. conclude il suo studio eseguito su 5 casi di basedowiani, presentanti vario grado d'interessamento del sistema circolatorio con l'affermare che il cuore tireotossico, nei casi puri, anche se giunti a morte con grave scompenso circolatorio o in età avanzata, può essere non ingrandito ammettendo così una ipotrofia miocardica.

G.

Fisiologia e Medicina, fasc. 5, 1940, Roma.

DE GIORGIO, *Le variazioni del calcio e del fosforo ematico in alcune artropatie per reazione della luto-terapia*.

Nell'esame di 42 pazienti, di cui 3 dai 20 ai 30 anni; 20 dai 30 ai 40 anni; 13 dai 40 a 50 anni e 6 dai 50 ai 60 anni, affetti da forme diverse di artropatie croniche, l'A. ha constatato nella quasi totalità dei casi una calcemia normale ed una lieve ipercalcemia in alcuni casi di reumatismo cronico primario anchilosante. La fosforemia risultò costantemente piuttosto elevata.

G.

Idem, fasc. 6, 1940.

FRONTULL, *Contributo allo studio del metabolismo azotato durante i processi ricostruttivi*.

Viene dimostrato che associando gelatina e carbonato di ammonio non si riesce ad ottenere un complesso azotato, atto a permettere nei ratti il recupero della quota azotata perduta durante un precedente periodo di digiuno, o atto a mantenere per lo meno in istato di equilibrio il bilancio azotato, in modo da impedire ulteriore perdita di azoto.

G.

Folia Medica, n. 7, 1940, Napoli.

DE RENZI, *Rilievi sulla ematopoiesi midollare negli stati allergici*.

L'A. ha studiato i reperti quantitativi morfologici degli elementi del sangue midollare e periferico negli stati allergici. Si è dimostrata una frequente reazione iperplastica midollare con aumento delle cellule parenchimali imma-

ture, particolarmente di quelle della serie eosinofila ma anche delle cellule di altra serie e degli elementi ischiocitari. Molto più evidente e precoce risulta la reazione eosinofila midollare, rilevabile specialmente con l'esame del puntato midollare.

G.

Idem, n. 8, 1940.

CAPOMOLLA, *Sul valore della reazione Nolli nella diagnosi della sifilide*.

L'A. dopo una disamina della reazione Nolli per la diagnosi della sifilide su 350 sieri, pur avendo apportato nuovi ritocchi dal punto di vista del rigore tecnico afferma che nella reazione esistono gravi deficienze di sensibilità e di specificità e quindi ne sconsiglia l'applicazione pratica.

G.

Idem, n. 10, 1940.

PIRELLI, *Prime esperienze sulla cura della malaria con il tartato stibiato in A.O.I.*

Si riportano dei casi clinici di malaria curati con soluzione 1% in acqua bidistillata di tartaro stibiato iniettato endovena secondo il metodo De Nunno e si rilevano i brillanti risultati che si sono ottenuti particolarmente nella malaria cronica e nelle sue diverse manifestazioni.

G.

Gazzetta delle Assicurazioni della Finanza e del Credito, n. 272, 1940, Firenze.

La stipulazione del primo contratto integrativo provinciale, del contratto nazionale dei produttori delle Agenzie e subagenzie di assicurazione - L'accordo per l'aumento delle retribuzioni ai lavoratori del credito e delle assicurazioni - L'I.N.A. e l'infortunio nelle miniere dell'Arsa.

Giornale dell'Istituto Italiano degli Attuari, n. 1, 1940.

Abbiamo sotto occhio il primo numero 1940 dell'importante rivista che oltre alcuni studi notevoli di De Finetti, Amoroso, Cantelli e Merli, contiene una rassegna assicurativa divisa in due parti: Italia ed Estero.

Per l'Italia risulta che al 5 luglio 1939 è stato firmato l'accordo collettivo per il regolamento dei rapporti tra Agenti ed Imprese di assicurazione in sostituzione a quelli del 1931 che risponde meglio alle esigenze del normale e proficuo svolgimento dei rapporti di Agenzia. Uno sguardo panoramico comprende il Belgio, Brasile, Danimarca, Egitto, Francia,

Inghilterra, Germania, Norvegia, Olanda, Portogallo, Stati Uniti, mettendo in evidenza l'importanza delle attività svolte nel campo attuariale e i criteri adottati per quanto riguarda la copertura del rischio di guerra. G.

Giornale di Medicina Militare, fasc. 5°, 1940, Roma.

TAGLIAFERRI, *Importanza della sifilide nell'ulcera gastroduodenale*.

L'A. dopo la descrizione di un caso clinico di ulcera gastro-duodenale, guarita con una cura antiluetica richiama l'attenzione del medico sul fatto che, in tema di patologia gastroenterica, nella disamina delle sindromi a decorso lento, la sifilide deve essere posta sempre in discussione, onde evitare il rischio di affidare al chirurgo ammalati suscettibili di guarigione con cure anti-sifilitiche. G.

Giustizia del Lavoro (La), fasc. 4°, 1940, Roma.

Diritto corporativo - Rapporti individuali del lavoro - Diritto processuale del lavoro - Assicurazioni ed assistenza - Diritto penale del lavoro. G.

Illustrazione del Medico (L'), n. 68, 1940, Milano.

FORMICHI, *Medicina indiana nazionalista*.

L'India ha avuto una scienza medica tradizionale contenuta nell'Ayurveda che comprende la medicina propriamente detta, la chirurgia, l'ostetricia, l'oculistica, l'otorinolaringoiatria, la pediatria, la tossicologia, la gherontoiatria cioè l'arte di curare e ringiovanire i vecchi e la sessologia, l'arte di conservare integre e rin vigorite le funzioni sessuali.

I mussulmani trassero profitto da queste conoscenze già nel 700 a. C. mentre gli alchimisti indiani si davano alla ricerca delle virtù terapeutiche di alcuni minerali, specialmente il mercurio, ritenuto tra gli indù un rimedio assolutamente miracoloso. Ma la medicina tradizionalista non ha potuto rimanere indifferente dinanzi ai progressi conseguiti dalla scienza medica dell'occidente, ed è così che sul vecchio tronco i dottori indiani cercano ora d'innestare le nuove conoscenze per cui ci viene di assistere nel XX secolo ad una vera e propria rinascita della medicina Ayurvedica.

Questo movimento nel senso nazionalista della medicina indiana sarà esso coronato dal successo? Ecco la domanda che si è posta l'A. ed alla quale la risposta potrà essere data dal tempo. G.

Infermiera Italiana (L'), n. 5, 1940, Roma.

MAZZOLARI, *Collocamento* - PESCATORI, *Assistenza chirurgica agli ammalati del torace* - MELISURGO, *La missione sociale dell'infermiera*. G.

Libro Italiano (Il), n. 3, 1940, Roma.

BORRELLI, *Musica moderna ed estetica* - ZIINO, *nel centenario di una edizione famosa* - RUINAS, *Attilio Deffenu - Guide Bibliografiche* - *Le biblioteche d'Italia - Letture italiane*. (Segue bibliografia dei libri pubblicati divisi per materia e per A.). G.

Medicina Internazionale (La), n. 4, 1940, Milano.

GRASSO-BIONDI, *La responsabilità del medico nelle dimissioni di malati da luoghi di cura*.

Prendendo occasione da un caso in cui un primario chirurgo è stato denunciato quale colpevole di presunto errore d'imprudenza per aver autorizzato le dimissioni dall'ospedale di una malata in stato gravissimo, Grasso-Biondi lamenta in un articolo l'incomprensione e talvolta l'ingratitude da parte del pubblico all'operato del medico.

L'A. dopo aver esaminato l'operato del sanitario nel caso in specie tiene a mettere in rilievo l'importanza medico legale del giudizio prognostico e come il trasporto del malato non costituisca, nella quasi totalità dei casi, causa di danno per il malato. Successivamente nell'interessante lavoro viene dimostrato come il quesito posto ai periti circa un'azione di acceleramento dell'esito letale per il trasporto stesso sia un possibilismo astratto inapplicabile al caso e che in ogni modo giungerebbe all'assurdo perseguendo quanto non è scientificamente ammesso. St.

D'IGNAZIO DEL CAMPO, *Broncospirochetosi acuta in paratifo B clinicamente e sierologicamente accertato*.

La broncospirochetosi, specie in questi anni imperiali, continua ad avere contributi clinici sempre più illustrativi anche per il fatto che presenta una proprietà associativa con varie infezioni come la tubercolosi e la micosi.

Gli AA. in una nota clinica descrivono un caso di broncospirochetosi acuta associata a paratifo B clinicamente e sierologicamente accertato in cui il trattamento arsenobenzolico ha avuto un carattere squisitamente specifico. G.

Idem, n. 5, 1940.

MENECHINI, *La reazione cromatica di Ide nella diagnosi della sifilide comparata alla R. Wassermann e alla R. di Meiniche.*

I tentativi di perfezionamento e di semplificazione della reazione di Wassermann possono dirsi innumerevoli dal giorno che Wassermann applicò all'infezione sifilitica i concetti che avevano guidato Bordet e Gengou alla scoperta della loro reazione specifica per varie malattie infettive.

Un metodo, che in questi ultimi tempi ha guadagnato molta fiducia è quello proposto nel 1936 da Sobei e Tamao Ide che ad una buona sicurezza diagnostica riunisce una facilità e rapidità di esecuzione tali, da metterlo alla portata quasi di ogni medico pratico. L'A. che ha eseguito col nuovo metodo numerose esperienze, su sangue, siero e liquor parallelamente con l'originale R. Wassermann e con la R. Meiniche è venuto alla conclusione che la R. Ide è dotata di una sensibilità notevolissima tanto se si pratica sul sangue in toto che sul siero; con una specificità se non superiore, almeno uguale a quella dei vari metodi di flocculazione, senza però pretendere di sostituire la classica R. di Wassermann. G.

Meteorologia pratica (La), n. 2, 1940, Perugia.

MENNELLA, *La meteorologia scienza ausiliaria di guerra* - OMODEO, *Le piogge e il rendimento del grano nel territorio di Perugia.* G.

Minerva Medica, n. 10, 1940, Torino.

PENATTI e BUGATTI, *Il blocco atrio-ventricolare totale acuto da miocardite reumatica.*

Gli AA. riportano due casi di blocco cardiaco atrio-ventricolare acuto reversibile da miocardite reumatica: vengono delineati i caratteri del quadro morboso che parrebbe di avere una propria individualità. Ne discutono la terapia e il problema patogenetico. G.

Idem, n. 20, 1940.

Trattamento dell'ipertensione arteriosa, terapia medica e chirurgica.

Non possono considerarsi del tutto soddisfacenti i risultati finora ottenuti con i numerosi rimedi proposti per la cura dell'ipertensione essenziale. Il nitrito, il nitrato di sodio, i derivati purinici, iodici, gli estratti tissulari (padutin, estratto epatico ed adenosina) danno luogo ad una vaso-dilatazione, ma di

corta durata e neppure vanno esenti da effetti dannosi o spiacevoli. Forse migliori risultati si ottengono con i sedativi e specialmente col fenobarbital e con il solfocianato di potassio, per la loro azione vasodilatatrice periferica. Oggi la terapia chirurgica va sostituendosi alla terapia medica basandosi sul concetto che l'aumentato tono delle arteriole si può diminuire con le operazioni sul sistema nervoso simpatico il cui effetto sarebbe quello di abbassare la pressione del sangue. Si ricorre così alla simpatectomia totale o parziale (« Minerva Medica », n. 20, 1940) con i migliori risultati nelle forme di ipertensione a tipo vasospastico e nei soggetti che non abbiano superato i 50 anni. Vanno esclusi dal trattamento chirurgico gli individui con insufficienza di cuore, angina di petto, insufficienza renale e arteriosclerosi diffusa. Parrebbe che le donne rispondano meglio al trattamento operativo che gli uomini. In conclusione benchè la simpatectomia non rappresenti un rimedio ideale, essa però serve a prevenire e a ritardare la comparsa di quelle complicazioni che troppo spesso causano la morte nel periodo più attivo della vita dei pazienti. G.

Idem, n. 21, 1940.

TRIKUKAKIS, *L'andamento del gozzismo in provincia di Aosta. Rapporti tra tireomegalia scolastica e gozzismo nelle reclute.*

Leggiamo uno studio dell'A. sull'argomento dal quale si rileva che esiste una forte diminuzione in val d'Aosta del gozzo ed anche della bassa statura; invece il cretinismo-sordo-mutismo e balbuzie si trovano in continuo e forte aumento specialmente nel Canavese. Su 20.658 alunni visitati risultarono il 50 % con tiroide normale; il 36,75 % con gola piena; il 12,37 % con gola grossa; e il 0,84 con gozzo. Da notare che di tali alunni visitati, 10.832 appartengono a famiglie di contadini, 7.573 ad operai ed artigiani e 1502 ad industriali, commercianti, impiegati, impresari, albergatori e negozianti. Il gozzo viene riscontrato in ragione di 1: 95,85 nelle famiglie dei contadini; di 1: 128,35 in quelle degli operai e degli artigiani e di 1: 350,40 nelle famiglie degli industriali e impiegati.

Risulta ancora che il gozzo è molto raro nelle famiglie ricche. E' indubbio che noi assistiamo ad una graduale e continua rarefazione del gozzismo nella val d'Aosta, ma tuttavia ciò non ci autorizza ad un soverchio ottimismo, se si pensa che esiste ancora in queste

regioni una percentuale di riformati molto superiore a quella che si riscontra nella provincia di Torino e quella di Mantova. L'attuazione del gozzismo è forse in parte un fatto spontaneo, ma in gran parte è in rapporto con le migliorate condizioni igieniche, il continuo progresso e i molteplici provvedimenti assistenziali che largamente si diffondono in alta montagna. Nessuno mette più in dubbio l'azione benefica della cura iodica nel gozzismo con la distribuzione del sale iodurato ed è certo che persistendo nel miglioramento delle condizioni e del tenore di vita degli abitanti delle regioni montane si potrà arrivare gradatamente alla estirpazione radicale del gozzo, cretinismo e delle altre minorazioni che l'accompagnano. E ciò per il fatto di poter stabilizzare nelle nuove generazioni l'attività funzionale tiroidea e di evitare quello scompenso degenerativo che caratterizza il cretinismo. G.

Milizia Sanitaria, n. 9, 1940, Roma.

La guerra in occidente - I rapporti tra l'I.N. F.A.I.L. e i medici condotti - Sempre la libera scelta - Puntualità e cultura medica - Mutue dell'industria e i medici condotti.

Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria del Regno, anno II, n. 3, settembre-dicembre 1939.

In bella veste tipografica per i tipi dell'Istituto Poligrafico dello Stato ha visto la luce questa importante pubblicazione alla quale ha accudito con la sua nota competenza la Direzione Generale della Sanità Pubblica. Il volume di circa 230 pagine contiene oltre una importante prolusione tenuta da Petragiani ai Corsi per assistenti sanitarie e visitatrici ed infermiere volontarie professionali della C.R.I. alcuni scritti di propaganda redatti da R. Bastianelli, G. Sabbatini, R. Fambri, Medici del Vascello ed infine le circolari emanate dal Ministero degli Interni in materia sanitaria. G.

Ospedale Maggiore (L'), n. 4, 1940, Milano.

PETRINI, *Studio epidemiologico sulla poliomielite anteriore acuta con particolare riguardo alle misure profilattiche da applicarsi negli ospedali.*

L'A. che ha studiato le epidemie da poliomielite acuta, riferite nella letteratura, tratta i problemi relativi alla trasmissione, alla recidività, alla predisposizione, alla influenza del fattore climatico, alla incubazione, al rapporto

tra forme paralitiche ed abortive. Espone infine le misure profilattiche da adottarsi negli ospedali durante i periodi epidemici. G.

Policlinico (II), n. 11, 1940, Roma.

MONTESANO, *Breve statistica dei sifilomi iniziali.*

L'A., in base alle sue statistiche ed ai caratteri delle manifestazioni obbiettive, ritiene che la fisionomia dell'infezione ed il decorso, attraverso le sue prime fasi, non sono cambiate dopo l'avvento dei nuovi preparati anche anti-luetici (arsenobenzoli, bismuto).

Aggiunge che sia consigliabile per il momento, non mutare gli schemi terapeutici in uso ed insistere sulle frizioni mercuriali, non solo per l'azione specifica del mercurio contro la lue ma per la sua influenza esaltatrice dei poteri difensivi della cute. G.

Idem, n. 23, 1940.

COHEN, *Il significato diagnostico del riflesso patellare.*

E' nota la natura del riflesso patellare, che ha il suo punto di partenza nella eccitazione delle terminazioni nervose sensitive del muscolo quadricipite provocate dalla distensione del muscolo stesso. A seguito della rapida percussione del legamento patellare si ha un allungamento del quadricipite e con esso l'eccitazione delle terminazioni sensitive. Bisogna però aver cura in questa manovra di assicurare il massimo rilasciamento dei muscoli antagonisti ricorrendo a speciali posizioni dell'arto ed ottenere, nel contempo, una completa distrazione del soggetto sull'esame in corso. Il riflesso patellare può essere assente, indebolito, esagerato o alterato nella forma e ciò in rapporto a molte malattie nervose. Ecco dunque la sua grande importanza diagnostica che fu per la prima volta utilizzata nel 1875 da Erb e Westphol, a proposito di un caso di atassia locomotrice con abolizione del riflesso patellare. Lo studio di Cohen («Practitioner», aprile 1940) comparso in «Policlinico», n. 23, 1940, esamina il fenomeno nelle svariate forme nervose. L'assenza del riflesso si riscontra: 1) quando lo stimolo non è adeguatamente applicato; 2) quando l'arco riflesso è interrotto; 3) quando il quadricipite non ha forza; 4) quando c'è un rilasciamento imperfetto degli antagonisti; 5) quando alcuni fattori meccanici (come lacerazione del legamento rotuleo, rottura del quadricipite) possono rendere inefficiente lo stimolo; 6) quando esistano

miopatie, atrofie intramuscolari, miosite fibrosa, ecc.

Ma la scomparsa o l'indebolimento del riflesso dipende più spesso dalla interruzione più o meno completa dell'arco riflesso nelle sue varie sezioni come si verifica nelle malattie delle seguenti parti:

Terminazioni nervose: neuriti saturnine o difteriche, neuriti alcooliche da avitaminosi BI, da arsenico, diabete, ecc.

Nervo crurale anteriore: traumi, compressioni, neurofibroma, neurite crurale.

Radici spinali: tabe dorsale, pachimeningite, radicoliti, gangli intervertebrali; herpes Zoster del terzo e quarto segmento lombare.

Cellule delle corna anteriori: poliomielite acuta e atrofia muscolare progressiva.

Midollo spinale: traumi, mielite, atassia di Friedrich, ematomiella, siringomiella, tumori intramidollari, trombosi arterie midollari, sclerosi a placche, commozione spinale.

L'esagerazione del riflesso patellare ha un valore diagnostico inferiore a quello della sua scomparsa. Si tratta spesso di uno stato di ipersensibilità del sistema nervoso, di stati cronici, di esaurimento e di intossicazione (stricnina, tossina del tetano, prodotti dell'alterato ricambio).

Ma qualche volta dipende da una lesione delle vie piramidali per cui è difficile distinguere se l'esagerazione sia di natura funzionale o organica, ed in questo caso bisogna ricercare, per poterla affermare, la presenza del segno di Babinski, scomparsa dei riflessi superficiali, ecc.

G.

Idem, n. 24, 1940.

REICH, *La diagnosi dei disturbi proctologici all'ambulatorio.*

Di sovente si presentano in ambulatorio sofferenti di disturbi della defecazione, dolori più o meno forti all'ano, ora a carattere gravativo, ora a forma spasmodica, spesso con perdite di sangue, puro o misto a feci e muco pus.

Non è sempre facile la diagnosi, tanto più che il paziente preoccupato di sentire profferire un grave diagnostico, si sforza di aggiungere al suo racconto particolarità intese a sviare e dare una spiegazione dei suoi disturbi, come presenza di emorroidi, errori dietetici, vita sedentaria, stati di costipazione abituale. L'argomento viene trattato da Reich in « Rev. of gastroenterology », marzo-aprile 1940.

Il primo disturbo che attira la nostra attenzione è l'emorragia, per cui è necessario anzitutto stabilire il colore del sangue: se esso è nettamente rosso si tratta di una emorragia in una sezione bassa dell'intestino, quantunque la diverticolite del Mekel possa anche provocarla e qualche volta anche un neoplasma del colon discendente della parte alta del sigma possa esserne la causa. Fra le cause che possono determinare l'emorragia rettale è l'adenoma del retto, che si osserva nei bambini ma anche negli adulti. In questa affezione qualche volta l'emorragia è tanto imponente da determinare una sincope. Basta, in questo caso, l'applicazione dell'ansa elettrica per liberare rapidamente il paziente trattandosi di un tumore assai benigno.

Tra le altre cause di emorragia si debbono ricordare la poliposi, la colite e la proctite, la linfogranulomatosi, le emorroidi interne ed esterne, la ragade, l'ulcera anale, per cui il giudizio è poggato sull'esame diretto e strumentale.

Un altro sintomo, il dolore, richiede una speciale e delicata indagine, giacché un dolore associato ad una improvvisa tumefazione da una o dall'altra parte dell'ano, indica generalmente una emorroide esterna trombata, che si rivela subito all'esame. Ma talvolta, invece della trombosi, si tratta di un ascesso marginale o di un tramite fistoloso; di un ascesso profondo ischiorettale, che si accompagna ordinariamente al reperto di una zona perianale di estrema dolorabilità con pelle tesa ed assottigliata di colore rosso o porporino. Tenere presente l'eventualità di un corpo straniero nell'ano o di un trauma; l'ascesso rettale sottomucoso o quello stato che va sotto il nome di ano rilasciato con papille ipertrofiche e con qualche cripta infiammata.

La questione della costipazione va esaminata con speciale attenzione, perchè se la causa comune risiede in uno spasmo dello sfintere per la presenza di ragadi o di ulcere anali altre cause possono darvi origine come la stenosi rettale, la sovrabbondanza ed il collasso della mucosa e i neoplasmi. In questi casi l'esame con il proctoscopio ma più l'esplorazione digitale riusciranno a mettere in evidenza qualche volta un carcinoma della parete anteriore del retto, nascosto dietro la valvola di Houston e sfuggito alle visite precedenti.

G.

Praevidentia - Istruzioni e circolari per le Agenzie Generali, n. 10, giugno 1940, Roma.

Preparazione Materna (La), n. 2, 1940, Salsomaggiore.

PENDE, *La cultura femminile nel regime fascista* - BACIALLI, *Sulla diagnosi di alcune algie addominali nella donna* - DELLEPIANE, *Le intossicazioni professionali e la fecondità femminile* - GUALCO, *Linfatici torpidi e linfatici eretistici di fronte alle cure di Salsomaggiore*. G.

Problemi del Lavoro, n. 6, 1940, Milano.

Sviluppo spirituale ed evoluzione sociale - Sul tema della vera pace - *Questioni penitenziarie* - *La psicologia umana e la macchina* - *Osservatorio internazionale* - *Lotta di classi e nazioni*. G.

Rassegna giuridica della circolazione stradale, fasc. 2°, 1940, Roma.

SPALLANZANI, *Lo spegnimento improvviso delle segnalazioni luminose e le dirimenti di legge* - COLASSO, *L'uso delle strade e la responsabilità della pubblica amministrazione nella giurisprudenza* - PIOLETTI, *Danni non patrimoniali derivanti dal reato*. G.

Idem, fasc. 1°, 1940.

PACCHIONI, *I cresciuti pericoli della circolazione stradale e l'assicurazione contro la propria responsabilità civile* - BARELLA, *Le scuole di guida e la responsabilità penale degli istruttori* - ROSSO, *Osservazione sul reato di fuga* - GUASTADISEGNI, *Fosse e cunette delle strade vicinali*. G.

Rassegna di Medicina Industriale, n. 5, 1940, Roma.

MOTTURA-FAGIANO, *Anatomia patologica e patogenesi nell'asbestosi polmonare*.

Gli AA. hanno fatto oggetto del loro studio molto accurato ed interessante quella forma di pneumoconiosi sclerotica, da recente individuata, dovuta alla inalazione di minutissime particelle di asbesto o amianto, detta asbestosi, sulla quale esistono ancora molti problemi oscuri ed insoluti. Essi escludono la comunanza patogenetica che finora si è creduto tra asbestosi e silicosi e ritengono che l'azione patogena, che si svolge in un processo infiammatorio cronico interstiziale e quindi nella sclerosi polmonare, sia dovuta quasi esclusivamente ad un fatto meccanico per il permanere degli aghi di asbesto nei tessuti per moltissimi anni e quasi inalterati, senza subire alcun processo di dissoluzione. E' opinione degli AA. che non esistano rapporti diretti tra

pneumoconiosi da amianto e tubercolosi polmonare; mentre appare più probabile quello dell'asbestosi con il carcinoma primitivo del polmone. G.

Rassegna di Oncologia, n. 2, 1940, Roma.

MUSIANI, *Sul comportamento della catalasi ematica nei tumori*.

L'A. ritiene che l'indice catalasico tenda ad elevarsi nei portatori di tumori maligni prima ancora della cachessia. G.

Rassegna della Sicurezza e dell'Igiene del Lavoro, n. 3, 1940, Roma.

PANCHERI, *Ricerche sulla morbilità e sull'igiene delle soffierie di vetro di seconda fusione*.

Risulta dalle statistiche presentate dall'A. che il gruppo nosologico che ha avuto il maggior numero di casi è stato quello dell'apparato digerente in ragione del 20,28 % seguito poi dal gruppo delle malattie dell'apparato respiratorio con un numero di casi equivalenti al 17,70 % e infine del gruppo delle malattie infettive (11,47 %). Le malattie predominanti sono rappresentate da forme di perfrigerazione (angine, tonsilliti, pleuriti, influenza, reumatismi, reumatalgie, mialgie, lombalgie e nevralgie). E' stata anche constatata la presenza di una modica ipertermia ascellare durante le giornate calde, la maggiore frequenza della morbilità nei mesi estivi con prevalenza delle forme morbose di perfrigerazione. G.

Idem, n. 4, 1940.

G. R., *Profilassi anti-infettiva con la sulfamide*.

L'A. dopo avere messo in rilievo l'importanza della profilassi sulfamidica nelle infezioni consecutive alle lesioni traumatiche negli operai addetti specialmente alle industrie, riporta una statistica assai probativa ed eloquente del dr. Bryski ricavata dalle infermerie di una grande azienda industriale di Bufalo. Stralciamo i dati seguenti: nel primo semestre 1937, quando ancora non era in uso la sulfamide su 3.703 infortuni si ebbero 214 infezioni (5,78 %); nel secondo semestre in cui fu iniziata la somministrazione sistematica della sulfamide a scopo preventivo su 3.178 infortuni si verificarono 73 infezioni (2,29 %).

La profilassi sulfamidica fu perciò continuata e perfezionata con i risultati seguenti: nel primo semestre 1938 su 2.045 infortuni 39 infezioni (1,89 %); nel secondo semestre 1.829

infortuni con 29 infezioni (1,58 %); nel primo semestre 1939 su 2.313 infortuni 14 infezioni (0,60 %). Le spese straordinarie per gli infortuni più gravi (radiografie, anestetici, specializzazione), ammontarono nel primo semestre 1937 a 1.536 dollari, mentre nel secondo semestre scesero a 169 dollari.

Il metodo è stato applicato con risultati assai brillanti negli ambulatori dell'I.N.F.A.I.L. di Trieste e di Bari e l'A. si auspica che venga ancora maggiormente diffuso, bene inteso sotto la guida del medico e con una adeguata propaganda tra i lavoratori. G.

Rinascenza Medica, n. 9, 1940, Napoli.

STANGANELLI, *L'ormo sieroterapia testicolare.*

Dacchè Brown-Sequard, nel 1889, dimostrò le influenze meravigliose dell'estratto testicolare sul ricambio generale, molti prodotti ricavati con artifici di tecnica più o meno differenti sono stati presentati per l'uso clinico. Ma un nuovo metodo, dovuto al dr. Fraschini di Milano, mette alla portata di tutti i medici un complesso in cui gli ormoni delle gonadi e delle ghiandole che hanno rapporti con essi si trovano al massimo della vitalità ed attività create loro dalla natura.

L'ormo-sieroterapia testicolare, così chiamata, consiste semplicemente nel prelevare, conservare ed iniettare allo stato naturale, per mezzo di semplici iniezioni ipodermiche, gli ormoni contenuti nel siero di sangue refluo dai testicoli di animale in piena efficienza di salute, di forza e di età. Il Fraschini afferma di aver ottenuto ottimi risultati associando all'ormonoterapia l'uso della vitamina E specialmente nell'ipertensione arteriosa, nell'arteriosclerosi, nella vecchiaia precoce, nell'ipertrofia prostatica, nell'astenia generale e sessuale. G.

Idem, n. 10, 1940.

GROTT e GALINOWSKI, *Sui rapporti reciproci tra l'acido ossalico ed urico nel sangue degli ammalati con alterato metabolismo generale.*

Gli AA. hanno studiato il comportamento degli acidi ossalico ed urico nel sangue a digiuno di 194 soggetti con alterazione del metabolismo e di 94 ammalati con lievi deficienze metaboliche. Risulta dal loro studio che tra il metabolismo dell'acido ossalico e dell'acido urico esiste un certo rapporto quanto alla frequenza ma l'interdipendenza dei due acidi non è assoluta. G.

Rivista di Biochimica e Terapia, n. 5, 1940, Roma.

Rivista sintetica - *Streptoterapia del cancro - Cura delle cistiti ribelli.* G.

Rivista di Biologia Coloniale, fasc. 1-2, 1940, Roma.

ZAVATTARI, *La costruzione dell'Impero.*

Si deve all'Ufficio Studi del Ministero dell'Africa Italiana la pubblicazione di questa magnifica opera in quattro volumi e specialmente al prof. Augero Premoli che questa superba collana ha ideato e condotto a termine, con una rapidità, con una completezza, una ricchezza di notizie e di documentazioni veramente sorprendenti. Lo Zavattari, che è stato un assertore convinto e pugnace dell'espansione coloniale italiana, mette in rilievo tutta l'importanza fondamentale di questa pubblicazione che rivela la colossale opera compiuta dall'Italia in brevissimo volgere di anni nell'Impero. G.

Rivista dell'Assistenza, n. 4, 1940.

BERNARDINI, *Orientamento professionale.*

Soltanto da pochi anni si è posto allo studio il problema medico e sociale, che riguarda quell'enorme numero di lavoratori che va sotto il nome di spostati sociali o senza mestiere, una massa spesso improduttiva dal lato economico, ma che costituisce un peso per la società, abbastanza forte, se si pensa che questi meno atti o debbono attendere l'aiuto assistenziale o dispersi, in maggioranza, in fabbriche ed uffici, vi restano in via di tolleranza a volte per pietà a volte per consuetudine.

E' ovvio pensare che questo enorme numero di senza mestiere forse sarebbe di gran lunga minore, se all'inizio della loro vita lavorativa avesse scelto un lavoro più adatto per le loro capacità fisiche ed intellettuali, poichè è risaputo che anche in casi di molta grave deficienza fisica ed intellettuale, ben scandagliando e con fede le loro capacità, si riesce sempre a trovare qualche lavoro adatto per loro.

Da questo presupposto è nato il problema dell'orientamento professionale, assai arduo e complesso nella sua soluzione, che va tuttavia affrontato, non col solo criterio patologico, nè con la sola ricetta delle malattie per le quali un dato individuo non può applicarsi a taluni lavori come i cardiaci e i tubercolotici, ma con il criterio di sapere consigliare il mestiere adatto.

Della questione si occupa Bernardini (« Riv.

dell'Assistenza», n. 4, 1940, Roma) in uno studio molto accurato, nel quale sono messi in raffronto i due metodi che in atto si contendono il campo: quello fisico, nel senso che vengono consigliati i mestieri in base ai dati costituzionali e quello psicologico, che vuole ricercare la «forma mentis» dell'individuo, cioè quel differente modo di comportarsi di fronte ai più svariati problemi, osservando che in alcuni sono più sviluppate le qualità mnemoniche, le intuitive, le meccaniche, la capacità di orientamento.

L'A. è partigiano di questo secondo modo di vedere, e fa risultare che ogni individuo spiega verso un determinato lavoro un impegno affettivo di volontà, che quando interviene rivoluziona le leggi fisiche e riesce a compensare e qualche volta a sopra compensare le originali deficienze, trasformandole in qualità di molto superiori a quelle normali. Pur ammettendo che è sempre impresa troppo ardua quella di scandagliare i recessi dell'anima umana, tuttavia esistono sistemi pratici da applicare, come, per esempio, quello di non dare un orientamento coattivo che mortificherebbe la parte più preziosa della personalità umana e di procedere alla rilevazione delle caratteristiche attuali, in rapporto alle esigenze di un determinato lavoro, tenendo presente le speciali qualità dato che molte lavorazioni non possono compiersi, senza il corredo di una speciale sensibilità tattile, termica, acustica, cromatica, stereognostica. G.

Rivista del Lavoro Commerciale, n. 5, 1940, Roma.

CIANETTI, *Tenete accesa la vostra fiaccola d'amore e di fede*. - BORGATTI, *Funzione politica e sociale della donna lavoratrice* - RACCA, *Parole pronunziate alla chiusura del Congresso*. G.

Rivista Terapeutica degli alcaloidi, n. 54, 1940, Milano.

Alcaloido-terapia e Fitoterapia - La Joscina, *possente sedativo del sistema nervoso* - Le algie facciali ribelli. G.

Settimana Medica (La), n. 18, 1940, Palermo.

DI QUATTRO, *Trombosi sub-totale del ventricolo sinistro*.

L'A. descrive un caso di trombosi sub-totale del ventricolo sinistro riscontrato al tavolo anatomico, in un soggetto con miocardite cronica di natura non precisabile. G.

Idem, n. 20, 1940.

SAGGESE, *La determinazione dell'indice enterococco nelle acque esposte ad inquinamento di feci*.

L'A. ha eseguito esperimenti comparativi tra la presenza dell'enterococco ed altri indici di inquinamento fecale dell'acqua (presenza b. coli, ecc.) concludendo che non si possa aver vantaggio dal sostituire la determinazione dell'indice enterococco a quella dell'indice coli per svelare la presenza e il grado di contaminazione fecale di un'acqua. G.

Il Tempo, n. 4, 1940, Roma.

Guerra ed assicurazione - *L'organizzazione tecnica e corporativa delle assicurazioni in Germania e in Spagna* - *La mostra delle assicurazioni alla Biennale delle Terre d'Oltremare*.

Tubercolosi, n. 4, 1940, Roma.

CIRENEL, *Reazioni di flocculazione nel sangue di malati trattati con sostanze radianti*.

EUROPA

1. - FRANCIA

Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux, n. 3-4, 1940, Parigi.

LAUBRY-LENEGRE, *Considerazioni su 57 osservazioni anatomocliniche d'aorto-coronaromiocardite* - LEVY et ESVAN, *Le modificazioni del complesso ventricolare elettrico nel corso delle pericarditi con versamento* - DAVIA, *Contributo allo studio fisiopatologico della velocità di circolazione*.

Idem, n. 1-2.

CLERC-CHASSAGNE, *Su un caso di miocardite melanoide* - LAUBRY, *A proposito di una coronarite diffusa* - SOULIÉ, *Angina pectoris, infarto polmonare e trombosi dell'orecchietta* - BERARD, *Un caso di infarto del miocardio con tachicardia ventricolare*. G.

Monde Medical (Le), n. 225, 1940, Milano.

LOEPER, *Le quattro reazioni dispeptiche del diabetico*.

Con un corredo di casi clinici, bene studiati, l'A. ha potuto mettere in luce i seguenti quattro aspetti diversi della dispepsia diabetica:

1) La dispepsia flatulenta che sta in rapporto con l'aumento dello zucchero del sangue

(iperglicemia) con relativa iposecrezione gastrica.

2) La dispepsia dolorosa, episodica, che è un prodotto dell'intossicazione acidotica, che precede il coma.

3) La dispepsia emetizzante terapeutica, dovuta all'insulina ed alla consecutiva ipoglicemia.

4) La dispepsia dolorosa persistente che dipende da una pancreatite in atto. G.

2. - GERMANIA

Medizinische Klinik, n. 6, febbraio 1940, Berlino.

ROHSCHNEIDER, *Il significato dei sintomi oculari nei traumi cefalici.*

Mette in evidenza l'importanza dei sintomi oculari nei traumi cranici sia dal punto di vista diagnostico che prognostico.

Vengono così ricordate le caratteristiche ecchimosi ad occhiale nella frattura della base, che compaiono circa 24 ore dopo il trauma e che sono legate alla rottura dei piccoli vasi situati tra le ossa e la dura madre. Altre lesioni sono quelle dei nervi oculari, la cui percentuale, secondo Uthoff, è massima pel facciale (22 %) e minima pel trocleare (1 %). La maggiore frequenza delle lesioni del facciale è da attribuirsi ai rapporti che questo nervo ha con le ossa. Vengono descritti poi i segni obbiettivi della rottura del nervo ottico e quelli delle paralisi oculari ed infine viene ricordato che fra i disturbi oculari, il più importante dal punto di vista prognostico, è rappresentato dalla midriasi pupillare per eccitazione del simpatico dal lato lesso. M. V.

3. - INGHILTERRA

The Lancet, n. 84, 6 aprile 1940.

MORTON e NUSSEY, *Un nuovo metodo per le indagini sulla capacità dell'eliminazione ureica attraverso il sangue.*

Gli AA. propongono questa prova di carico che si fonda sulla somministrazione di 15 grammi di urea per bocca e sul dosaggio successivo ogni trenta minuti del tasso ureico nel sangue.

Nei sani tali A. hanno trovato che l'urea sale gradatamente a 0,54 % raggiungendo il massimo dopo 45-90 m', nei malati gravi l'urea non sale affatto o addirittura diminuisce.

(N. d. R. — *Purtroppo tale metodo non può trovare applicazioni nella pratica assicurativa*

sia per la scarsa sensibilità di esso nelle nefropatie lievi sia perchè richiede molteplici prelevamenti di sangue). St.

4. - SPAGNA

Semana Medica Española, n. 51, 1940, San Sebastiano.

DE VILLEGAS, *La broncopolmonite infantile - Suo trattamento con il chinino.*

L'A. dopo aver esposto le diverse forme cliniche della malattia, espone i risultati ottenuti con l'uso delle iniezioni di chinino, che hanno determinato numerose guarigioni e hanno quasi sempre arrestato le solite complicazioni della grave malattia. G.

Idem, n. 52, 1940.

ARRUGA, *I sulfamidici e suoi derivati in oculistica.*

L'A. che ha studiato i diversi preparati sulfamidici in un numero assai notevole di ammalati degli occhi è venuto nella conclusione che in tutti i casi di processi settici infettivi oculari, i sulfamidici spiegano un'azione altamente benefica (orzaoli, ascessi palpebrali, ulcere corneali infette) ma specialmente nell'oftalmia blenorragica, in cui si vede presto scomparire la suppurazione e il dolore. Il tracoma viene favorevolmente influenzato migliorando lo stato locale.

AMERICA

1. - CUBA

Seguros, n. 45, 1940, Avana.

La pubblicazione edita dalla Compagnia Nazionale delle Assicurazioni Cauje esce in bella veste tipografica ed illustra con articoli interessanti i vari aspetti e problemi delle assicurazioni. Notevole è lo studio della Dr. Maria Orlandi, *Tassi sull'assicurazione dei rischi tarati.*

2. - STATI UNITI

Medical Record, n. 10, 15 maggio 1940.

CORNWALL, *Dei più comuni errori dietetici.*

L'A. riassume gli errori alimentari che conseguono all'abuso di alimenti come l'eccessivo uso di zucchero, di sale, di bevande in genere e di alcool in specie; così pure sono ricordati gli inconvenienti che sopravvengono per mangiare carne troppo cotta od alimenti molto caldi.

Semeiotica di medicina delle Assicurazioni Vita**L' ESAME FUNZIONALE DEL CUORE
e sua importanza in relazione alle visite di A. V.**Dott. VALERIO POLIDORI
*Medico della Direzione Generale dell'I.N.A.***I) GENERALITÀ.**

Di fronte ad un individuo che viene alla nostra osservazione accusando disturbi riferibili al cuore è nostro preciso compito di risolvere il grave problema di stabilire se l'organo centrale della circolazione è sano o ammalato ed in quest'ultimo caso stabilire il grado della lesione riscontrata; quanto essa possa alterare la normalità funzionale degli altri organi o minacciare la stessa esistenza del paziente. Compito arduo e non scevro di responsabilità specialmente per il medico che si accinge a compiere una visita di assicurazione sulla vita. Infatti spesso in queste circostanze ci si trova di fronte ad individui impazienti che mal volentieri si sottopongono ad un minuzioso interrogatorio; ad un esame fisico approfondito e ad esami sussidiari (elettrocardiografici, radiologici, ecc.). Perciò sarà merito dell'abilità del medico assicurativo se dalla visita risulterà un chiaro criterio di giudizio. Dopo aver raccolto un'accurata anamnesi il nostro campo d'indagine dovrà essere diviso in due parti: nella prima ricercheremo tutti i segni rilevabili con la comune semeiotica fisica l'insieme dei quali costituirà la diagnosi fisica o *diagnosi anatomica*; nella seconda parte invece cercheremo di stabilire la reale efficienza funzionale del muscolo cardiaco ciò che costituirà la *diagnosi funzionale*. Voler dare la preferenza all'uno od all'altro di questi me-

todi sarebbe egualmente errato; non bisogna trascurare nessuno dei due, rappresentando l'uno la reciproca integrazione dell'altro. Non bisogna nascondere che nel passato si è data più importanza, forse troppa, alla diagnosi fisica trascurando la diagnosi funzionale; era quello il tempo in cui bastava rilevare la presenza di un soffio organico per condannare il P. a breve scadenza. Senonchè si è visto che anche individui portatori di un vizio valvolare possono condurre una vita abbastanza attiva e raggiungere un'età avanzata. Statistiche pubblicate durante la grande guerra da AUBERTIN, LAUBRY ed altri hanno messo in evidenza come militari affetti da lesioni valvolari abbiano potuto sopportare senza risentirne danno i disagi di qualche anno di vita in zona di operazioni. D'altra parte ci sono individui anemizzati cachettici, convalescenti che pur avendo un cuore anatomicamente sano sono soggetti, al più piccolo sforzo, a fenomeni di insufficienza cardiaca.

Recentemente si è caduti nell'eccesso opposto trascurando l'esame fisico e dando esclusivo valore alla capacità funzionale del cuore. Noi seguiremo la via di mezzo. Non tutti i medici, che pure sono in grado di eseguire un esame fisico accurato e minuzioso, prendono in seria considerazione l'esame funzionale. Perciò ho creduto utile riassumere brevemente i metodi che sono a nostra disposizione atti a mettere in evidenza la efficienza funzionale del cuore. Farò pre-

cedere questa esposizione da alcuni dati fondamentali sulla funzionalità del miocardio e da un breve cenno sul concetto di insufficienza cardiaca.

II) CONCETTO DI FORZA DI RISERVA E DI INSUFFICIENZA CARDIACA.

Le caratteristiche funzionali della fibra miocardica possono riassumersi nelle seguenti proprietà: la capacità di produzione dello stimolo, l'eccitabilità, la capacità di conduzione dello stimolo, la contrattilità. A queste proprietà, con aggiunta che non fa che complicare la terminologia, dall' ENGELMANN furono dati i nomi rispettivi di potere cronotropo, batmotropo, dromotropo e inotropo.

Secondo la teoria miogena accettata dai più la fibrocellula cardiaca è in grado di contrarsi e rilassarsi ritmicamente per un processo di automatismo. I vari ex Proesidieci, il vago e il simpatico avrebbero solo il compito di controllare il movimento; il primo come inibire ed il secondo come occlusatore. Inoltre dal cuore partono stimoli centripedi che andranno al sistema nervoso il quale a sua volta ha influenza sulle condizioni dei vasi sanguigni in altre parti del corpo. La capacità di produzione dello stimolo risiede in via normale nel nodo del seno il quale regola il succedersi delle contrazioni cardiache: onde il nome di « poce-maker » che gli ha dato il Lewi. La capacità di conduzione dello stimolo è essenzialmente devoluta al sistema di conduzione specifico: nodo atrio-ventricolare; fascio di Paladino-His; reticolo sottoendocardico di Purkinje che rappresenta l'ultimo anello della catena che conduce l'eccitazione dell'orecchietta al ventricolo.

Il cuore batte con ritmo incessante, alternando periodi di attività a periodi di riposo e rappresenta un motore idealmente perfetto perchè in ogni occasione

in cui gli venga richiesto un aumento di lavoro, egli lo fornisce nell'attimo stesso in cui la richiesta è fatta. Se consideriamo il caso di un individuo che compia per esempio una corsa lunga, il cuore dovrà impiegare una energia notevolmente superiore a quella consueta il che potrà fare impiegando una forza supplementare che si chiama forza di riserva. Questa varia da individuo a individuo ed è direttamente proporzionale alla forza fisica del soggetto: è quindi maggiore nelle persone abituate a svolgere una vita materialmente attiva. E' aumentabile con l'allenamento, poichè il cuore si ipertrofizza con l'esercizio come un qualsiasi altro muscolo volontario. Mentre alle aumentate esigenze dell'organismo il cuore reagisce aumentando la sua gittata sistolica e rinviando nelle arterie il sangue che gli viene asportato dalle vene, contemporaneamente i nervi vasomotori provvedono alla distribuzione della massa sanguigna nei vari distretti organici in relazione alle mutevoli esigenze degli organi medesimi; lo stato di iperemia di alcuni territori essendo compensato all'ischemia di altri. Quando il cuore si dimostra inadatto a questi processi di adattamento ciò significa che esso ha esaurito la sua forza di riserva: una quantità di sangue ristagnerà nel ventricolo in aumento del residuo fisiologico sistolico e si installerà fatalmente la insufficienza cardiaca.

Sono state fatte dagli autori molte classificazioni e molte suddivisioni dell'insufficienza cardiaca. Si è distinta una insufficienza del cuore destro ed un'insufficienza del cuore sinistro; insufficienza in uno stadio dei sintomi iniziali ed in uno stadio dei sintomi gravi. Altra classificazione è quella basata sulla localizzazione cardiaca servendosi della nomenclatura di ENGELMANN che distingue una insufficienza inotropica, tonotropica, batmotropica e dromotropica.

A mio modo di vedere sia dal punto di vista clinico e patogenico e soprattutto dal punto di vista pratico della medicina assicurativa sembra preferibile la distinzione dell'insufficienza in latente, relativa e assoluta.

La insufficienza cardiaca latente si manifesta solo dopo sforzi prolungati che richiedono al cuore un lavoro che va al di là del consueto; richiedono cioè l'intervento della forza di riserva. Il P. specie se intelligente ed abituato ad osservarsi comincia ad avvertire quel disturbo (palpitazioni, oppressione del respiro, fitte precordiche) solo in seguito a sforzo prolungato (la salita di corsa di una scala, una lunga corsa in piano).

Se noi facciamo un esame fisico di questo individuo in condizioni di riposo avremo un esame obiettivo completamente negativo, viceversa l'esame funzionale del cuore ci darà già degli importanti risultati. In questo stadio l'applicazione del metodo funzionale sarà quindi prezioso per noi e sempre vi ricorreremo nel sospetto di una cardiopatia. Nell'insufficienza cardiaca relativa l'esame obiettivo è già in grado di porre in evidenza quale alterazione dell'apparato vascolare e degli altri organi, l'oppressione del respiro si fa già evidente ed aumenta al più piccolo sforzo. La sintomatologia dell'insufficienza relativa passa gradatamente in quella dell'insufficienza assoluta caratterizzata da manifestazioni più gravi e nella quale i due sintomi principali, la dispnea e l'edema, si fanno permanenti, la prima essendo presente anche nel riposo e l'edema non dissolvendosi durante il sonno. Come si vede i primi sintomi che insorgono nell'insufficienza cardiaca sono completamente soggettivi. E' in occasione di uno sforzo superiore al normale che l'individuo comincia ad accusare una sensazione di malessere ed un certo senso

di oppressione. Quando compariranno i fenomeni obiettivi l'altrazione cardiaca sarà già in fase di evoluzione e la funzionalità compromessa. Grande importanza perciò all'esame funzionale non tanto per la diagnosi quanto per ciò che più da vicino ci interessa: per la prognosi. Sarebbe difatti assurdo, come dice MACKENZIE voler risolvere con un criterio statico un problema essenzialmente dinamico quale è quello della meccanica circolatoria.

Esaminati sia pure per sommi capi i punti fondamentali sulla funzione cardiaca, passo subito ad elencare i vari metodi che sono a nostra disposizione per l'esame funzionale del cuore limitandomi a quelli fondamentali e pratici e tralasciando quelli che hanno esclusivo valore dottrinario.

III) METODI DI ESAME FUNZIONALE DEL CUORE.

Tutti questi metodi si propongono di indagare la risposta del cuore allo sforzo. Come in altri problemi della medicina anche in questo portarono un decisivo contributo gli autori italiani. Nel 1890 il DE GIOVANNI scriveva: « Noi dobbiamo costatare oltre i fenomeni subiettivi per cui viene riconosciuto il grado di tolleranza del visum ai movimenti, anche fenomeni obiettivi che si riferiscano soprattutto all'area di ottusità cardiaca ed alle modificazioni del polso. L'area cardiaca non deve ampliarsi, la frequenza del battito non deve di troppo accelerarsi: il polso deve mantenersi nella sua abituale pienezza ». Ecco riassunti in poche righe dal grande clinico italiano i principali metodi per l'esame funzionale del cuore. Li esaminerò partitamente.

a) *Variazioni della frequenza del polso.* — Un individuo normale se passa dalla posizione orizzontale a quella eretta presenta un aumento della frequenza

del polso di 4-8 pulsazioni al minuto: un cardiopaziente in fase di compenso presenta un'accelerazione che va da 14 a 20 pulsazioni al minuto. Negli ipertesi l'aumento manca, si ha cioè la stabilità del polso (segno di HUCHARD) (1). Ancora più importante è il comportamento del polso di fronte alle prove di affaticamento.

Questa prova si esegue facendo salire all'individuo una scala di 8-10 gradini o più semplicemente facendo compiere 5-10 flessioni sulle ginocchia. Si ha nei soggetti sani un'accelerazione del polso che va in media da 20 a 30 pulsazioni al minuto ed in ogni caso non supera mai le 40-50 pulsazioni; nei cardiopatici, invece, nei convalescenti di malattie infettive, nei deboli e negli stanchi l'aumento è molto maggiore. Oltre al criterio numerico dell'accelerazione del polso dopo la fatica bisogna prendere in considerazione anche la durata dell'accelerazione, cioè del tempo necessario al ritorno nella cifra normale dopo lo sforzo, tempo che nell'individuo normale non deve sorpassare i 2-3 minuti primi. Nei soggetti con cuore debole l'accelerazione è maggiore e persiste per un tempo assai più lungo. Naturalmente in queste ricerche bisogna tener nel giusto conto anche le condizioni di allenamento del soggetto e lo stato del sistema nervoso potendosi avere tachicardie anche per influenza nervosa in soggetti particolarmente eccitabili con miocardio sano. D'altra parte la funzione circolatoria è assai complessa ed esige anche l'esame di altri fattori che sono la massa di sangue lasciata dal cuore nella sistole, le varizioni della pressione sanguigna, l'elasticità delle pareti arteriose, ecc. In ogni modo però data la semplicità e la sua importanza

(1) Negli ipotesi invece l'aumento è molto sensibile.

la prova dell'accelerazione del polso dopo sforzo non è mai da trascurare ma va integrata dalla valutazione degli altri fattori.

b) *Variazioni della pressione arteriosa.* — Nei soggetti normali, dopo 10 flessioni sulle ginocchia, la Mx aumenta di 20-40 mm di Hg.; la Mn di 10-20 mm e il ritorno alla norma avviene entro il 4° minuto al massimo. Invece nei pazienti in condizione di incipiente scompenso o di sola insufficienza latente l'aumento della pressione massima è di solo 10 mm; invece di più di 10-20 la minima ed il ritorno alla norma si verifica solo dopo 5-10 minuti. Una modificazione di questo metodo è quella che va sotto il nome di metodo KATZENSTEIN la cui priorità però spetta al nostro CARDARELLI che lo ideò nel 1888. In questo metodo l'aumento del lavoro del cuore si realizza mediante la compressione digitale delle due femorali. Nei soggetti sani l'ostacolo interposto al circolo con la compressione delle crurali determina aumento della pressione di 10-15 mm. mentre la frequenza del polso rimane stazionaria o diminuisce. Quando il cuore è insufficiente la pressione anziché aumentare diminuisce proporzionalmente al grado dell'insufficienza. Il FERRIO ha modificato il metodo di KATZENSTEIN sostituendo la compressione digitale delle crurali con l'applicazione agli arti della benda di Esmarch misurando la pressione prima e dopo ogni 5 minuti per circa 20'. Tralascio di parlare di altri metodi tutti basati sullo stesso principio, quale è quello di BRECCIA il quale consigliò di applicare speciali manicotti pneumatici per ottenere la compressione delle arterie crurali.

c) *Variazione dei diametri cardiaci.* — Secondo la maggior parte degli autori se si delimita l'aia cardiaca in un soggetto sano prima e dopo lo sforzo si trova nel secondo esame una riduzione

di volume di cuore dovuta alla tonicità delle fibre cardiache. Nei soggetti con cuore debole mancherebbe invece questa riduzione. Il MINERBI sostituisce alla prova di affaticamento con le 10 flessioni sulle ginocchia una manovra che consiste nell'invitare il soggetto, che giace supino, a tener sollevati gli arti inferiori dal piano del letto per 5-8 secondi e secondariamente determina l'estensione dell'aria cardiaca.

Questi studi sono stati recentemente confermati da ricerche ortodiografiche con le quali si è vista una riduzione, nei soggetti sani, della superficie cardiaca mentre nei cardiopatici compensati mancherebbe la riduzione, e negli scompensati si avrebbe un ingrandimento.

d) *Variazione del respiro.* — Questi metodi consistono nel calcolare la durata dell'apnea volontaria che nell'individuo normale varia da 15 a 45 secondi mentre nel cardiopaziente è solo di pochi secondi. Altro dato importante è quello di calcolare il numero degli atti respiratori prima e dopo la prova di sforzo: si constata allora che mentre nel soggetto sano si ha un aumento di 4-6 atti respiratori, nel cardiopaziente si ha l'insorgenza di notevole dispnea di frequenza che perdura per qualche minuto.

e) *Metodi chimici e farmaco-dinamici.* — Sono basati sulla reazione che i vari soggetti presentano a particolari sostanze. Si è visto che in soggetti che presentano un'insufficienza cardiaca latente la somministrazione di 10 gr. di cloruro di *Ne* al giorno produce aumento del peso corporeo, dispnea, senso di affanno, palpitazioni ed insonnia. L'atropina, che ha azione paralizzante sul vago, produce nelle quantità di 1-2 milligr. un occultamento del polso nei soggetti bradicardici vagotonici, mentre rimane senza effetto nella bradicardia

permanente dovuta ad alterazione anatomica del fascio di His.

L'eserina è un vago eccitante nei soggetti sani, mentre rimane senza effetto quando il cuore non si trova in buone condizioni.

L'adrenalina essendo un vasocostrittore produce un aumento delle resistenze periferiche e quindi richiede un aumento del lavoro del cuore che si manifesterà nelle ricerche ortodiografiche con un impicciolimento dell'aria cardiaca.

f) *Metodi ascoltatori.* — L'esercizio fa scomparire i disturbi del ritmo dovuti ad aritmie sinusali.

Anche un « polso raro permanente » dovuto ad alterazione nervosa può scomparire con l'esercizio mentre questo non avrà nessun effetto nel blocco prodotto da lesione del sistema specifico di conduzione. L'aritmia extrasistolica scompare dopo le prove di affaticamento mentre l'« aritmia completa » non è da esse modificata. La comparsa di extrasistoli dopo il lavoro depone per la debolezza del miocardio come la persistenza di extrasistoli eventualmente preesistenti.

GALLI attribuisce valore alla comparsa di uno sdoppiamento del 2° tono dopo il lavoro per non contemporanea chiusura delle semilunari aortiche e polmonari.

g) *Metodi vari.* — Esistono una quantità di altri metodi che per la complessità e difficoltà di tecnica non sono entrati nella pratica corrente e pertanto non sono consigliabili. Mi basterà di nominarne alcuni. Metodo sfigmobarometrico di SAHLI col quale si misura il lavoro dell'onda del polso a mezzo di uno speciale apparecchio che si presta a calcoli matematici esatti. Metodo ergometrico di CRISTEU col quale a mezzo di un apparecchio si determina l'aumento sistolico del volume dell'arteria.

BLOCH determina il ritardo del polso

radiale rispetto all'itto del cuore: tanto più forte è l'energia controllabile del cuore tanto minore sarà il ritardo del polso arterioso. Nei soggetti normali questo intervallo non dovrebbe superare il centesimo di secondo.

h) Misurazione della pressione venosa. — E' questa una ricerca di somma importanza essendo espressione della funzionalità del cuore destro. Consiste nell'infiggere un ago canula nella vena del braccio e calcolare la pressione in mm di acqua: in condizioni normali la pressione venosa non deve superare i 100 mm di acqua. Più semplicemente si può invitare il P. a sollevare per un certo tempo le braccia e quindi osservare se esiste o meno ingorgo alle vene del collo.

i) Metodi grafici, cardiografici, sfigmografici, elettrocardiografici e flebografici. — Sono tutti di capitale importanza; però dato il carattere della mia esposizione e la ristrettezza dello spazio non ritengo utile addentrarmi nell'argomento e rimando il lettore ai trattati specializzati.

IV) IMPORTANZA DEI METODI ESPOSTI NELLE VISITE DI ASS. VITA.

Esaminati così i vari metodi per l'esame funzionale del cuore resta da vedere a quali di questi dovremo dare maggiore importanza. Intanto alcuni sono senz'altro da trascurare non essendo praticamente attuabili. Non potremo pretendere di infiggere un ago nella vena del braccio di tutti gli assicurandi per poter determinare loro la pressione venosa o tanto meno iniettare loro delle sostanze che se non pericolose sono certamente moleste. Altre indagini di capitale importanza clinica quale le elettrocardiografiche non sono purtroppo ancora entrate nella pratica corrente; tuttavia ci auguriamo che a breve scadenza tutti i medici dei grandi Istituti di assicurazione abbiano a disposizione l'e-

lettrocardiografo. La determinazione dei diametri cardiaci prima e dopo le prove della fatica è di fondamentale importanza quale espressione del grado della tonicità delle cavità cardiache; purtroppo però i risultati non sono sempre chiari e d'altra parte ci fa ancora difetto una larga statistica sull'argomento. I metodi ergometrici sono troppo complicati; esigono dei lunghi calcoli ed uno strumentario speciale quale può trovarsi solo negli istituti scientifici.

Fortunatamente abbiamo dei metodi pratici ed alla portata di tutti: intendo dire delle variazioni del polso, del respiro, della pressione e del reperto ascoltorio prima e dopo le prove di sforzo.

Il metodo di esame consigliabile nella visita di A. V. è il seguente: Si fa adagiare il soggetto supino sul letto e gli si applica il bracciale dello sfigmomanometro. Col lapis dermografico si delimita il margine destro e sinistro dell'ottusità relativa del cuore: quindi si esaminano attentamente con lo stetoscopio tutti i focolai di ascoltazione del cuore. Si conta il numero degli atti respiratori e delle pulsazioni e si determina la pressione arteriosa massima e minima, ripetendo più volte la determinazione e dando valore alla media. Fatto tutto questo, si invita il soggetto ad alzarsi rapidamente dal letto e gli si contano nuovamente polso e respiro. Quindi si fanno compiere al soggetto 5 o 10 flessioni complete sulle ginocchia e subito dopo si ripete rapidamente la percussione, l'ascoltazione, si conta nuovamente il polso e il respiro per 15° e si determina nuovamente la pressione arteriosa. In questo secondo esame dovremo porre molta attenzione nell'esaminare l'area cardiaca; se essa sia rimasta nelle stesse proporzioni, si sia impicciolita o si sia ingrandita. Con l'ascoltazione noteremo la comparsa o la scomparsa di eventuali

extrasistoli; la comparsa di toni aggiunti; sdoppiamento dei toni, ecc., ecc.

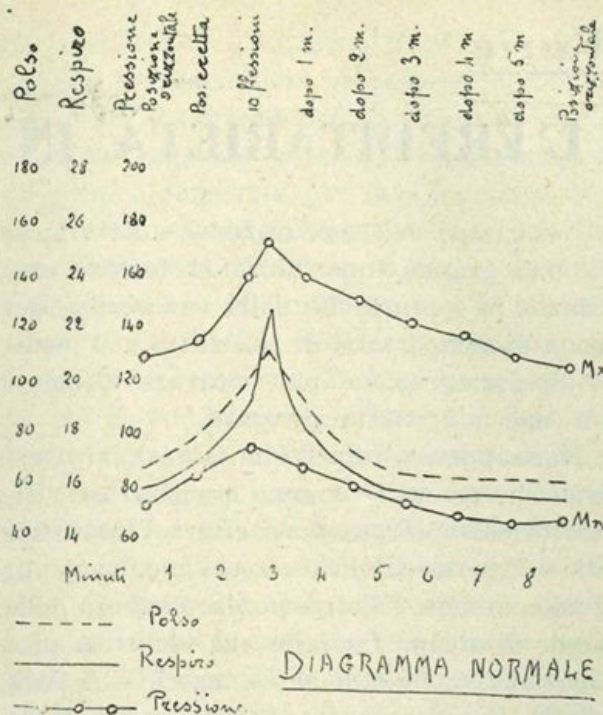
Polso, respiro e pressione saranno determinati per 5 volte dopo la prova delle flessioni ad intervallo di 1 minuto. Dopo il 5° minuto si fa adagiare il soggetto nuovamente sul letto e si ripetono per l'ultima volta le determinazioni.

Questi esami esigono una certa rapidità di esecuzione che del resto è facilmente acquisibile dopo un breve esercizio. Naturalmente il nostro compito potrebbe essere assai facilitato dall'aiuto di un assistente. In ogni caso, dopo un po' di esercizio, questo metodo d'esame non richiede più di 10-15 minuti. Come si vede è semplice e sbrigativo e ci fornisce dei risultati attendibili. Naturalmente dopo ogni determinazione avremo cura di riportare su un foglio di carta le cifre ottenute. Con tutti i dati potremo quindi costruire un diagramma riportando nelle ordinate i valori ottenuti e nelle ascisse i tempi di esame.

Il diagramma normale è rappresentato come nello schema seguente.

Si può vedere a colpo d'occhio come la Mx aumenta di 10 mm nella posizione eretta e di 30 dopo lo sforzo. Ricade al normale dopo 3-4 minuti. La Mn aumenta proporzionalmente di meno cosicché si ha aumento della pressione differenziale.

Il polso aumenta di poco nel passaggio nella posizione eretta; considerevolmente (fino a 50 pulsazioni), dopo lo sforzo e ritorna nella norma dopo 3 m. Il respiro da 14-16 arriva a 20-22 dopo sforzo ma ricade più presto del polso. Data la praticità e semplicità del metodo ora esposto mi sembrerebbe utile che un tal diagramma fosse riportato anche sui moduli sussidiari di visita per gli individui affetti da cardiopatia: il medico che pratica la visita di controllo avrebbe una guida per poter fissare i dati ricavati dal suo esame scrupoloso ed anche



chi revisiona i certificati avrebbe un criterio obiettivo sui cui, in mancanza dell'esame diretto del malato, potrebbe basare il suo giudizio.

BIBLIOGRAFIA

- CECONI, *Medicina interna* (« Minerva Medica », S. A., 1937).
- D'ALESSANDRO R., *Medicina e medicina legale militare* (Roma, Luigi Pozzi, 1936).
- GALLI, *Un metodo per facilitare il giudizio della capacità dinamica del cuore* (« Policl. », Sez. pratica, 1918).
- LEWISTH, *Les désordres cliniques du lottement cardiaque*. Traduz. francese. Parigi, Alcan, 1913.
- MACKENZIE, *Principi di diagnosi e cura delle malattie del cuore*. (Soc. Editr. Libreria, 1922).
- MINERBI, *Lo sforzo fisico e l'acceleramento della frequenza cardiaca*. (« Policl. », Sez. pratica, 1927).
- PARKINSON J., *L'esame del cuore in tempo di guerra*. (« Policl. », Sez. pratica, 1940).
- SEBASTIANI A., *I disturbi del ritmo cardiaco*. (Roma, L. Pozzi, 1924).
- STARNA A., *Valore clinico della pressione arteriosa nelle alterazioni cardiovascolari*, « Cuore e circolazione », 1933, n. 8.
- SULTANO A., *La pressione arteriosa e le sue alterazioni*. « Assistenza Sanitaria », 1939, n. 4.

Varie**L'EREDITARIETÀ IN ASSICURAZIONE VITA**

Nel campo dell'assicurazione sulla vita si dà una grande importanza al fattore ereditario in quanto che dalla conoscenza del modo di comportarsi di tale fattore il medico di assicurazione può ricavare elementi per una più esatta prognosi.

Noi sappiamo infatti che tanto i caratteri fisici che psichici vengono ereditati ed a titolo di esempio possiamo citare l'insensibilità o l'ipersensibilità verso i medicamenti, il mancinoismo, l'albinismo, la tendenza delle donne di alcune famiglie alla esclusiva procreazione di figli di sesso maschile o femminile, il presentarsi e lo scomparire della mestruazione ad una stessa età sia nella madre che nella figlia.

Pure la longevità è, in alcune famiglie, ereditaria come pure è ereditaria una forte mortalità a sua volta da ricondursi ad una tendenza ad ammalarsi dovuta ad una lieve resistenza immunitaria individuale.

E' noto anche oramai che i caratteri patologici si sommano negli individui vicini tra loro per legami di sangue e che è possibile un certo alternarsi nelle qualità delle tare ereditarie. (A titolo di esempio si può riscontrare tumore nel padre e tubercolosi nel figlio).

In questo articolo parlerò brevemente dell'ereditarietà di alcuni caratteri che più possono avere importanza per noi medici di assicurazione sulla vita e mi soffermerò sulla ereditarietà nelle cardiopatie, nella tubercolosi polmonare e nel diabete per i caratteri patologici e sulla longevità per i caratteri non strettamente patologici.

Malattie cardiovascolari. — Col progredire degli studi l'importanza del fattore nelle malattie cardiache e vascolari, messo in dubbio fino a pochi anni fa da A. Hofmann ed altri, si è andato sempre più affermando.

BORGHIERINI, BURWINKEL, ecc. misero in evidenza casi di malformazioni congenite cardiache ereditarie, BAUER casi di cianosi congenita famigliare, SACHS, HIRTZ ed altri,

casi di stenosi mitralica congenita in più membri della stessa famiglia. LUNDBORG ammise che specie nelle fanciulle figlie di eredo-tubercolotici si possa riscontrare spesso la stenosi mitralica congenita che a suo parere, insieme alla stenosi dell'ostio destro e degli orifici della polmonare e dell'aorta, sarebbe da ritenersi di natura distrofica. Per le malattie congenite del cuore sono citati come classici i casi di SALLER e di ORTH, casi questi che parlerebbero per una eredità per via paterna. Il primo di essi si riferisce infatti a cinque fratelli, figli degli stessi genitori, affetti da cianosi congenita, mentre altri due fratelli, nati da un secondo matrimonio della madre, erano perfettamente sani. Il caso di ORTH riguarda pure due fratelli, figli dello stesso padre ma di madre differente, ambedue affetti da vizio congenito di cuore. COOPER ed ENGLENOT, in una famiglia con 12 figli, ebbero a constatare in quasi tutti sintomi evidenti di cardiopatia.

Una minorazione ereditaria specifica è quasi certamente da incolparsi come fattore casuale di molte cardiopatie organiche e funzionali in quanto che spesso si osservano cardiopatie in più membri della stessa famiglia ed alla medesima età. Secondo HERZT la discendenza femminile è quella che è più colpita in modo elettivo e secondo questo A. la cardiopatia si trasmetterebbe come un carattere dominante.

Una cardiocinesi difettosa ereditaria è ammessa da Martinez e Navarro ed infatti in alcuni soggetti, fin dall'infanzia, si rende evidente molto spesso una minorazione cardiaca ereditaria.

FERRANINI conferma questa ultima opinione avendo osservato, nelle scuole primarie inglesi il 2 % di cardiopatie fin dall'età infantile. Dovendosi però il più gran numero di malattie di cuore attribuire ad una infezione ed esistendo delle famiglie i cui membri hanno una spiccata tendenza a contrarre per caratteristiche ereditarie, tonsilliti, got-

ta, reumatismo articolare ed altre forme morbose la cui azione deleteria sull'apparato circolatorio è nota, la malattia di cuore, sebbene batterica, appare come ereditaria negli alberi genealogici.

Da una statistica ricavata dal materiale della compagnia Gotha si rileva come sul 5,81 % di assicurati morti per tubercolosi, per malattie del sistema nervoso, per malattie di cuore e per tumori il 12,9 % presentavano il gentilizio tarato per cardiopatia mentre presentavano il gentilizio tarato per tubercolosi, per malattie del sistema nervoso, e per tumori rispettivamente il 5 %, il 6,2 % e il 5,1 %. E' evidente, da questi semplici dati statistici, come fra gli ascendenti dei cardiopatici prevalgano le tare per cardiopatie.

Il medico assicuratore deve essere guardingo nell'accettare in assicurazione i cardiopatici in quanto che non ha la matematica certezza che la prognosi da lui formulata sia esatta, ma solo un certo grado di probabilità. Elemento importantissimo per avvicinarsi ad un giudizio prognostico esatto è lo studio e l'attento esame dei familiari nel caso che questi abbiano o siano deceduti per malattie dell'apparato cardio-vascolare.

Nulla può dirci la genetica nel caso in cui il decorso della cardiopatia si presenti diverso da individuo a individuo nell'ambito dello stesso nucleo familiare mentre questa ci potrà fornire elementi importantissimi per un giudizio pronostico se le cardiopatie verificatesi nella stessa famiglia possono essere ravvicinate e possono concordare per la qualità ed il decorso. Questo sia detto sia che s'intenda specialmente un decorso nel senso cattivo che nel senso favorevole e con notevolmente lunga durata della vita. E' proprio, e solamente in questo ultimo caso, che i dati genealogici potranno servire, se attentamente rilevati ed osservati, come importante elemento al medico per formulare un più preciso giudizio prognostico.

Bisogna tener presente che all'assicuratore interessa sì una prognosi individuale per ciascun assicurando che a lui si presenta ma gli è anche necessario conoscere, nel caso per esempio di un soggetto affetto

da malattia dell'apparato cardiovascolare, (queste considerazioni valgono anche per le altre tare) la probabilità di vita o di morte che tale soggetto presenta considerato in un gruppo omogeneo per tara morbosa, per età, sesso, ecc. ed è logico che così sia inquantochè l'assicurazione si basa solo sulla probabilità che ha un fenomeno di presentarsi quale risulta dai dati acquisiti da esperienza precedente. Mentre, come ho detto, per l'assicurazione sulla vita ha importanza conoscere la sola probabilità di vita o di morte, per il caso di vitalizio la società assicuratrice anzichè basarsi, nell'assegnazione della quota annua, sui dati delle tavole di mortalità della popolazione generale potrebbe eventualmente essere guidata dalla prognosi individuale emessa dal sanitario per l'assegnazione di tale quota, essendo logico che in questo ultimo caso potrebbe essere assegnata una quota forte, in proporzione al capitale versato, quando il medico preveda una morte a breve scadenza, mentre potrebbe essere corrisposta una quota piccola, sempre in proporzione al capitale versato, se il giudizio medico propenderà per una lunga durata della vita.

Una maggiore probabilità che il giudizio prognostico del medico sia esatto si avrà quando il medico stesso oltre questi dati clinici da lui rilevati baserà il suo giudizio sulla osservazione e sullo studio del decorso della malattia negli antenati e parenti.

Taluno fra cui l'Erriquez, ritiene che « tre o quattro individui della medesima famiglia che abbiano incominciato ad ammalarsi come l'assicurando e che dopo pochi anni siano immancabilmente morti valgono più, per la prognosi, che l'esame diretto dei sintomi individuali ».

Quello che è stato detto per le cardiopatie può essere esteso, nelle linee generali all'ipertensione arteriosa in cui non è da escludere che il fattore ereditario sia rappresentato dalla diatesi artritica o dal precoce invecchiamento delle muscolari arteriose e dalla sostituzione dei tessuti fibrosi.

De Leonardi trovò una tara vascolare nei precedenti degli ipertesi nel 63,4 % mentre trovò tale tara solo nel 34 % nei precedenti dei normotesi.

La statistica di WEITZ, riguardante 82 soggetti ipertesi studiati con il preciso scopo di indagare a fondo il problema dell'ereditarietà, dimostra che nei genitori degli ipertesi le morti per cardiopatia od ictus si verificarono nel 66,8 % mentre nei genitori dei soggetti normali si verificarono nel 30,3 %. Questo autore osservò inoltre, e questo è della massima importanza per i medici delle assicurazioni: 1°) Che nei genitori dei soggetti ipertesi morti a loro volta in seguito ad ictus o cardiopatia la morte si era verificata prima dei sessanta anni nel 36,7 % mentre nei genitori di persone normali morte per le stesse malattie il decesso era avvenuto prima dei sessanta anni solo nel 26,9 %; 2°) che esiste una stretta correlazione fra tempo di insorgenza della sindrome ed epoca della morte per malattia cardiovascolare dei genitori inquantochè egli osservò, nei suoi casi, che i soggetti in cui si era presentata una sindrome ipertensiva in età ancor giovane presentavano i genitori morti in età più giovane che non i genitori di quei soggetti in cui tale sindrome si era presentata solo in tarda età.

Quest'ultima osservazione dovrà indurre seriamente il medico di assicurazione ad essere più guardingo ed a formulare una prognosi peggiore quando avrà a che fare con soggetti giovani costituzionalmente predisposti alle malattie cardiovascolari i cui genitori morirono in giovane età per lo stesso genere di affezione.

ANTONIETTI, che molto si è occupato dell'argomento, si avvicina per i suoi risultati finali a quelli di WEITZ inquantochè egli riscontrò una tara ereditaria cardiovascolare in 39 soggetti su 57, vale a dire nel 68 %.

Però è da rilevare infine che le cifre dell'ANTONIETTI e del WEITZ assumono un significato ben maggiore e più vasto se si pensa alle leggi fondamentali dell'ereditarietà formulate dal MENDEL dalle quali balza evidente come l'ereditarietà patologica cardiovascolare non è improbabile che si nasconda, data la sua qualità di carattere recessivo, là dove l'anamnesi famigliare è completamente muta e, in conseguenza di tale carattere, possa presentarsi in un individuo dopo aver saltato alcune generazioni.

Tubercolosi. — Ai medici di assicurazione si presenta spesso di dovere formulare un giudizio prognostico nei riguardi di un assicurato con lesioni tubercolari e, in modo particolare, con lesioni specifiche a carico dei polmoni.

Non sto a riportare le innumerevoli statistiche che si sono fatte, esulando ciò dai limiti che mi sono imposto in questa breve rassegna, ma solo riporterò alcuni dati caratteristici per l'ereditarietà.

Le statistiche in merito danno il 30 % e li 50 % dei casi di tubercolosi fra i figli dei tubercolosi.

Secondo i dati elaborati da BANFI su 2806 donne ricoverate nel Sanatorio di Ornago dal 1910 al 1924, 220 avevano avuto il padre tubercoloso, 227 la madre, 26 gli zii, 522 i fratelli e le sorelle, 31 i figliuoli e 51 i mariti. L. BERNARD trovò che, su 300 casi di tubercolosi polmonare nell'adulto, il 55,4 % di figli dei tubercolosi ammalarono a loro volta di tubercolosi polmonare sia nella infanzia sia nell'età adulta, mentre nelle famiglie indenni il 25,1% dei figlioli si ammalò ed in totale il 49% dei casi degli ammalati presentò negli ascendenti e nei collaterali una storia confermata o presumibile di t.b.c. Di questi ultimi presentarono una prima manifestazione nell'infanzia e nell'adolescenza od una successione di piccoli episodi morbosi fino alla forma clinicamente confermata dell'adulto il 26,5%, mentre nel 22,5% dei casi lo scoppio della malattia avvenne con un primo episodio seguito da un più o meno lungo periodo di latenza.

I dati di REICHE dimostrano come su 445 tubercolosi il 70 % ebbero parenti deceduti per la stessa malattia oltre dieci anni prima ed i dati di STANDGAARD dai quali è possibile rilevare come il 92 % dei casi di t. b. c. ereditari presentavano la malattia nella stessa sede in cui si era presentata nei genitori.

Statistiche della società Gotha mettono in evidenza come fra i morti per tubercolosi il 23,7 % presentavano un gentilizio tarato per tubercolosi, il 10,3 % per malattie nervose e mentali, il 10 % per malattie di cuore ed il 10,5 % per tumori. Anche questi dati dimostrano, nel modo più evidente,

come la tara tubercolare prevalga nel gentilizio di tali malati.

Come dovrà comportarsi il medico di assicurazione di fronte ad un soggetto che chiede una assicurazione sulla vita e che presenta postumi di t. b. c. polmonare o di altri organi? E' importante per l'assicuratore l'osservare come mentre in alcune famiglie si sono ammalate moltissime persone che poi sono campate fino a 90 anni ed oltre, in altre famiglie invece le persone ammalate sono quasi tutte morte in pochi anni. In questi casi all'assicuratore interesserà la correlazione fra il decorso della malattia nell'assicurando ed il decorso di essa nei suoi famigliari, inquantochè egli si dovrà comportare diversamente a seconda che si tratti del 1° o del 2° caso prescindendo in questa sua valutazione dal problema concernente la questione se il comportamento della malattia in questi casi sia dovuto al fattore ereditario costituzionale, o alla diversa resistenza organica sia ereditaria sia acquisita mediante adatte cure.

Diabete. — Benchè alcuni autori, fra i quali il PENDE, tendano ad ammettere ed a dimostrare l'uguaglianza fra le diverse forme del diabete e l'unità del tipo, da altri invece si tende a tenere separato ciò che i primi vogliono riunire, vale a dire si tende a considerare come distinti la glicosuria renale, il diabete pancreatico, il diabete nervoso ed una forma ematogena o istogena nella quale gli elementi cellulari avrebbero perduto la possibilità di utilizzare il mono ed i disaccaridi.

Questa malattia si presenta il doppio più frequente nei maschi nei confronti delle femmine ed alla medesima età ed anche in età sempre più precoce — eredità anticipata — nei figli nei confronti del genitore e viene trasmessa nei discendenti anche se la sua sintomatologia non era comparsa nei genitori al momento del concepimento. Alla ereditarietà del diabete è legata intimamente la disposizione costituzionale; tale ereditarietà però non appare dimostrabile in ogni caso anche se agli effetti della ereditarietà di questa malattia vogliamo considerare equivalenti l'obesità, la gotta e l'artri-

tismo. Si discute se il diabete sia da considerarsi un carattere mendeliano recessivo o dominante. Il CATMIGE su 800 casi trovò la malattia nella famiglia o negli ascendenti nel 28 % dei diabetici e trovò pure che tale carattere si trasmette nel rapporto 1 a 4 nei figli; però nel diabete dell'età avanzata la malattia invece verrebbe a mutare il suo carattere recessivo in carattere dominante.

Secondo U. Hjärne il diabete renale avrebbe carattere dominante mentre come recessivo si trasmetterebbe il diabete comune. Secondo ILVENTO il diabete dovrebbe considerarsi un carattere a tipo dominante. Da E. J. JOHN, Pr. WHITE, E. P. YORLIN e Gr. PINCUS il diabete è ritenuto carattere recessivo e questi autori hanno osservato la frequenza 4 volte maggiore del diabete (70 %) nei gemelli monocoli contro il 16 % di quello che si ha negli altri. Su 214 casi di H. Y. JOHN l'eredità è presente nel 18,7 %; in altri 1913 casi di diabete infantile l'eredità è presente nel 30,8 % dei casi. La presenza dell'ereditarietà è molto più rilevante nella razza israelitica dove la percentuale raggiunge il 34 % nei confronti del 19,4 % osservato nei non israeliti.

Non sto a dilungarmi sulle ricerche fatte sui gemelli monocoli e biovulari perchè esulerebbero dal fine di questo breve articolo ma solo accennerò al fatto che il diabete è più frequente nei consanguinei ed anche al fatto osservato da Gr. Pincus e Pr. White che in alcuni consanguinei di diabetici si trova una iperglicemia la cui significazione, secondo il Ceconi « nella eredità del diabete non è ancora definita, ma che si presenta, se si considera la serie con regola mendeliana, equipollente al diabete ».

Paolazzi e Zappi, studiando 17 famiglie di diabetici, su 40 consanguinei sani trovarono in 21 appartenenti a 12 famiglie anomalie nel ricambio glucidico.

Questi pochi dati convincono sull'importanza che al fattore ereditario nel diabete deve dare il medico di assicurazione. Ritengo che ancor più importante sarebbe il poter arrivare ad una precisa conoscenza del come questo fattore si comporti, vale a dire se esso sia un fattore dominante o re-

cessivo perchè ben diverso dovrebbe essere il giudizio medico nelle due eventualità inquantochè nel primo caso i figli di un genitore diabetico avrebbero, per evidenti ragioni, maggiore probabilità di divenir diabetici che non nel secondo caso.

Longevità. — Fra i caratteri non strettamente patologici mi soffermerò in maniera il più possibile succinta sulla longevità inquantochè troppo lungo sarebbe volerne portare una completa trattazione.

La durata della vita è diversa nelle diverse razze umane e nell'ambito della stessa razza e, nonostante il grande significato che per una prognosi hanno le malattie costituzionali e le resistenze individuali, al fatto che la lunghezza della vita non è eguale in tutti gli individui deve essere dato il suo peso prescindendo da ogni fattore morboso.

Interessante, ai fini assicurativi, è lo studio della variabilità costituzionale della durata della vita: durata che dipende, oltre che dall'elemento costituzionale anche da altri elementi causali fra cui quelli ambientali. A tal proposito l'Enriquez dice « se la variabilità costituzionale è scarsa, ed è invece forte quella di origine ambientale, allora ne segue che non si può ricercare le caratteristiche genealogiche e costituzionali ai fini di fare previsioni. Se invece la variabilità costituzionale è notevole in confronto anche con quella di origine esterna ed ambientale, allora si possono invocare le relazioni genealogiche ».

Quando invece vi è correlazione fra l'età alla morte dei figli e quella dei genitori e dei nonni o di altri parenti, essa abbraccia tutti quegli elementi che sono il prodotto della interferenza di cause esterne od interne vale a dire sia l'elemento costituzionale, sia l'elemento abitudine di vita, sia l'elemento malattie superate.

Dall'esame di alberi genealogici risulta in modo evidente il carattere ereditario della longevità che si dimostra dovuta quasi certamente a fattori dominanti. Per questa ultima proprietà si può inferire che un figlio di genitori 60enni e viventi con i nonni morti in tarda età abbia maggiore probabilità di vivere più a lungo di un figlio

di genitori e nipote di nonni che hanno avuto una breve durata della vita.

Sarebbe interessante per il medico assicuratore, a proposito della ereditarietà del vivere a lungo, una più profonda indagine che, come dice ENRIQUEZ, ci dicesse « anche quale probabilità di vita abbia colui i cui genitori sono morti a 40-50-60 anni o siano tuttora viventi a quelle età ».

Ripetendo testualmente le parole dell'autore sopra citato « simili ricerche, fatte su larga scala, avrebbero, oltrechè un interesse teorico, anche una grande importanza per le assicurazioni; potrebbero introdurre un elemento modificatore in ogni assicurazione in generale » vale a dire sia nel ramo Assicurazioni sulla vita sia nel ramo Vitalizi.

Questo, in breve, mi sembra quanto può interessare il medico assicuratore fra dottrina dell'ereditarietà e le forme morbose discusse: per tutto quanto sopra sono venuto illustrando mi sembra che sia necessario procedere all'esame dei singoli casi solo dopo avere acquisito una chiara nozione d'insieme del meccanismo trasmettitore dei caratteri ereditari nozione che il medico potrà applicare con frutto: 1) quando conoscendo il decorso di una malattia costituzionale od infettiva negli ascendenti o collaterali di un candidato all'assicurazione, egli dovrà giudicare sul decorso della stessa malattia che al momento della visita medica è da lui riscontrata nell'assicurando stesso; 2°) quando dovrà dare un giudizio sulla probabilità che può avere di ammalarsi di una determinata forma morbosa un assicurando quando nei suoi ascendenti e collaterali vi siano o vi siano stati casi di tali malattie; 3°) quando sarà chiamato a fare una previsione sulla durata della vita avendo a sua disposizione i dati della durata della vita degli ascendenti specie se questi furono longevi.

Il carattere stesso della società assicuratrice è non solo quello di un ente economico ma è pure quello di una istituzione di importanza sociale grandissima inquantochè dà all'individuo, meglio che le casse pensioni, una tranquillità sull'avvenire economico proprio e dei propri familiari la cui necessità certamente è maggiormente sen-

tita da coloro che sanno o di essere ammalati o che sanno di essere predisposti ad ammalare di una malattia che ha tarato i loro ascendenti.

Certamente gli studi sulla ereditarietà hanno facilitato e facilitano il godimento di questo beneficio anche ad individui fino ad ora esclusi da esso.

Il poter estendere a questa categoria di persone il vantaggio dell'assicurazione è certamente un altro passo ancora in avanti verso quell'ideale di solidarietà sociale che tanta realizzazione ha avuto oggi in Italia.

Dott. P. CIATTI.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

BARONI, *Inconvenienti dei sali di calcio per via endovenosa.* — Tipografia cooperativa editrice Intelvese, Castiglione Intelvi, 1939.

L'A. espone i possibili inconvenienti dall'uso del calcio e dei sali associati per via endovenosa attraverso uno studio bibliografico.

BARONI, *Ca-K-Na.* — Tip. Coop. Editrice Intelvese, Castiglione Intelvi, 1939.

L'A. dopo aver esposto l'incostanza del calcio, allo stato di jone nel processo della coagulazione del sangue ed avere messo in evidenza l'azione moderatrice che esso induce sull'organismo, con uno studio bibliografico dell'argomento ritiene di poter dedurre che il « Ca » è materia fondamentale biologicamente.

DEUTSCHER BAUERDIENST (Società di Assicurazioni Vita a. G. di Berlino, Berlino-Charlottenburg 2), *Bilancio 1939.*

DIREZIONE GENERALE DELLA SANITÀ PUBBLICA, *Classifica delle acque minerali italiane autorizzate a tutto il 31 dicembre 1939.* — Roma, 1940.

FED. NAZ. FASC. DIRIGENTI AZIENDE CREDITO E ASSICURAZIONE, *Relazione sull'attività svolta dalla Federazione dal maggio 1939 all'aprile 1940.* — Roma, 1940.

MARFORI, *Sulfamidici: tossicità ed antagonisti.* — Estratto da « Minerva Medica », n. 14, 1940.

L'A. accenna alla utilità della associazione ai sulfamidici dei preparati nucleinici per iniezioni intramuscolari. I prodotti nucleinici garantiscono la presenza nel sangue di una quantità sufficiente di leucociti di modo che l'azione terapeutica dei sulfamidici possa completamente svolgersi.

PANSINI G., *Impiego di prodotti antimalarici e di metodi coadiuvanti.*

Studio metodico di terapia antimalarica, condotto nell'Ospedale di Aversa, su oltre 3.000 infermi reduci dall'A.O.I. Sono stati compiuti larghi esperimenti di terapia adrenalinica da sola o associata ad altri medicamenti e di terapia con chinina, atebirin, M. 3, tartaro stibiato. Sono stati provati pure due rimedi empirici, non noti in letteratura e sono stati effettuati controlli d'infermi non sottoposti ad alcun trattamento. Si desume sinteticamente, che la malaria ha bisogno del suo tempo per guarire e che i medicamenti sperimentati possono influenzare il decorso dell'infezione in misura diversa, ma nessuno ha la proprietà di troncane l'infezione stessa. Intervengono i fattori della cura igienico-assistenziale.

ROMOLI, *Esigenze particolari degli edifici ospedalieri - La difesa dai rumori.* — Estratto dalle Rubriche tecniche e legali de « L'Ingegnere », n. 1, 1940, Roma, Tip. editrice « Italia ».

SANARELLI, *I possibili danni della terapia sulfamidica e mezzi per evitarli.* — Estratto da « L'Attualità Medica », n. 12, 1940.

Se la cura con i sulfamidici rappresenta una magnifica conquista della terapia, è altrettanto vero però che essa non è scevra da inconvenienti e talvolta anche da veri e propri pericoli. L'A. espone le gravi alterazioni a carico del sangue come l'anemia emolitica acuta, la solfoemetaemoglobinuria nei quali casi è necessario stimolare energicamente il midollo ad una iperproduzione di leucociti. L'A. infine ritiene tra tutti i tentativi terapeutici per prevenire e combattere i fenomeni di intolleranza e le conseguenze gravi dei sulfamidici (agranulocitosi) il più interessante è quello dei preparati nucleinici che servono a stimolare la produzione dei granulociti e a suscitare la difesa organica contro le infezioni.

SOTIRIA, *Acta tuberculosa Graeca*, Atene, 1940.

La pubblicazione dedicata allo studio dei problemi della tubercolosi quali si presentano nella Grecia, s'inizia con una relazione del Ministro della Sanità Pubblica e della Previdenza Sociale S. E. Krimpas, da cui si rileva che la Grecia ha speso oltre 90 milioni di dracme durante l'anno 1938-39 per il funzionamento dei sanatori e degli ospedali sanatoriali, con il programma di aumentare di altri 3.000 letti quelli esistenti per l'assistenza dei tubercolotici portandoli a 7.000 letti complessivamente.

Seguono alcuni studi relativi alla importanza della eredità e della costituzione nella tubercolosi di Papanikolane; alle cisti broncopulmonari congenite di Papaemmanuili; alla teoria del Ranche e all'antigene metilico.

VITTORIA AM RHEIN, *Feuer und Transport-Versicherungs Actien Gesellschaft* (Società delle Assicurazioni incendi e trasporti). — Bilancio dell'anno 1939, Dussendorf.

VITTORIA AM RHEIN, *Allgemeine Versicherungs Actien Gesellschaft* (Società di Assicurazioni Generali). — Bilancio per l'anno 1939, Dussendorf.

SPAMPINATO, *Contributo alla conoscenza delle cisti congenite del segmento ileo-cecale dell'intestino*.

L'A. ricordata la necessità di differenziare possibilmente le cisti mesenteriche da quelle derivate dall'intestino, riporta una osservazione in riferimento ad un caso a sviluppo della regione ileo-cecale da lui operato. Esposta la storia clinica e riassunta l'anatomia patologica della lesione la supatogenesi e la cura, svolge alcune considerazioni per ricordare interessanti concezioni di ordine generale intorno alla influenza direttiva e informativa dei tessuti mesenchimali esplicitata dall'epitelio embrionale.

IDEM, *Le tiroiditi acute*.

L'A. dopo aver segnalato la rarità di questa forma morbosa fa notare una profonda alterazione dell'architettura tiroidea e mette in evidenza l'etiologia, la questione delle vie seguite dall'infezione per raggiungere la tiroide accennando al migliore metodo curativo.

IDEM, *Contributo alla conoscenza delle lussazioni e sub-lussazioni delle vertebre cervicali*.

L'A. illustra 4 casi personali di lussazione delle vertebre cervicali e riunisce altri 130 casi della letteratura allo scopo di trarre un criterio prognostico e curativo. L'A. quindi si sofferma sul meccanismo delle eventuali lesioni radico-midollari e sulla evoluzione della lussazione lasciata a sè, possibili complicanze ed esiti. Tratta infine i vari metodi di cura.

IDEM, *Contributo casistico alla chirurgia plastica e riparativa dei tegumenti*.

IDEM, *Tumori primitivi dell'uretere*. — « Archivio italiano di urologia », fasc. IV, 1932, Roma.

IDEM, *Gli aneurismi dell'arteria mesenterica superiore*. — Estratto dal « Policlinico » (Sez. Chirurgica), 1933, Roma.

Vuoti nelle file dei nostri Medici fiduciari

Dr. MASELLI Alfredo, Castelnuovo della Dalmia (Foggia).

Dr. BIZZIOCCHI Paolo, Ravarino (Modena).

Dr. CHETTINI Michele, Trecchina (Potenza).

Dr. AMSTANI Carlo, Conegliano (Treviso).

Dr. CAIRO Gaetano, Codogno (Lodi).

Dr. SIVITELLI Ernesto, Colonnella (Teramo).

Dr. SAMI Berati Mehmet Emiri, Lushiyie (Albania).

Dr. JANDOLI Raffaele, Avellino.

All'età di 81 anno è morto il dottor prof. Georg Florschütz, primo medico della « Gothaer » Banca di Assicurazione sulla Vita. Diede un grande impulso al metodo statistico e pubblicò molti lavori fra cui ricordiamo per la sua grande importanza, quello dal titolo « Allgemeine Lebensversicherungs Medizin ».

Ha lasciato largo rimpianto fra quanti conobbero la sua lunga attività di Medico di Assicurazione Vita.

Dopo brevissima malattia è deceduto in Roma, il 2 luglio u. s. il preparatore del nostro Centro di Palermo, ENRICO MARCHIORI, nell'età di soli 31 anni.

Il laborioso coadiutore dei medici lascia la moglie e due bambini cui noi, anche a nome di tutto il Corpo Sanitario dell'I.N.A., inviamo le più sentite condoglianze.

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

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

SALICE TERME - VOGHERA (Pavia) — *Terme di Salice.*

A tutti gli assicurati riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore

N. B. — *In questo periodo di tempo di eccezionali emergenze è opportuno che i nostri assicurati prima di recarsi presso i Centri Sanitari, Consultori, Medici specialisti e Case di cura che danno facilitazioni, si informino della loro efficienza.*

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, 1 (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 Coe» Consigli d'igiene e di medicina preventiva.

3° «Sotto il platano di Coe» (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 bórico;

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

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

per la colesterinemia: 10-15 cc. idem;

per la calcemia: 10-15 cc. idem;

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

per l'uricemia: 10-15 cc. di sangue, o meglio 5 cc. di siero, prelevato a digiuno e dopo essere stati per 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, prelevato a digiuno o meglio 1-2 cc. di siero centrifugato;

per la reazione citochol: 4-5 cc. di sangue prelevato a digiuno o 1-2 cc. di siero centrifugato;

per la reazione di Wassermann: 5-10 cc. di sangue, prelevato a digiuno o meglio 1-2 di siero possibilmente già centrifugato.

I campioni per le ricerche della 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

(1) 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		ORARIO	L O C A L I T À		ORARIO
PIEMONTE			MARCHE E DALMAZIA		
Torino	Via S. Maria Vittoria 1.	Giorni feriali	Ancona	C. Mazzini, 13.	Giorni feriali
Alessandria	Via Roma 14.	2° e 4° lunedì (sospeso)	Ascoli	P. Popolo - V. Archivio.	1° 3° mercoledì
Asti *	Via Aliberti, 2.	1° e 3° lun. - 2° e 4° giov.	Macerata	V. Ricci, 2.	Ultimo mercoledì
Biella *	Via Arnolfo, 20.	2° 4° martedì	Pesaro.	V. Rossini, 2.	2° 4° martedì
Novara *	Via S. Giacomo, 2.		Zara.	Calle Larga.	2° giovedì
Vercelli	C. Carlo Alberto				
LOMBARDIA			LAZIO E UMBRIA		
Milano	P. Diaz, 6.	Giorni feriali	Littoria	P. XXIII marzo - Pal. I.N.A.	Domenica
Bergamo	V. Camozzi, 33.	1° 3° lunedì	Perugia	P. Vittorio Emanuele, 1.	2° 4° martedì
Brescia	P. Vittoria - Palazzo INA	1° 3° martedì	Roma.	V. Sallustiana, 51.	Giorni feriali
Como	V. D. Fontana, 2.	2° 4° giovedì	Roma.	V. Tritone, 142.	Giorni feriali
Cremona	V. Campi, 1.	1° 3° mercoledì	Terni.	V. Tacito.	Mercoledì
Legnano	C. Vittorio Emanuele, 5.	2° 4° martedì	Tivoli.	V. S. Croce.	1° 3° giovedì 2° 4° sab.
Pavia.	C. Mazzini, 3.	2° 4° sabato	Viterbo	C. Vitt. Emanuele.	1° 3° sabato
LIGURIA			CAMPANIA		
Genova					
VENEZIA TRIDENTINA					
Bolzano	V. Rosmini, 20.		Avellino	P. Libertà, 52.	2° 4° martedì
Bressanone	V. Roma, 5.		Benevento	V. Isabella Morra, 6.	1° 3° mercoledì
Isola della Scala	P. Nazario Sauro		Caserta	C. Umberto, 53.	2° 4° giovedì
Rovereto	Agenzia Principale INA.		Castellammare di Stabia	V. S. Maria dell'Orto, 8.	1° 3° venerdì
Trento *	V. Bellenzaui, 14.		Napoli.	P. Costanzo Ciano, 32.	Giorni feriali
Verona	V. Vitt. Emanuele, 11.		Portici.	V. Bellucci Sessa, 17.	Ultimo sabato
			Salerno	C. Garibaldi (Pal. Natella).	Lunedì
VENEZIA VENETA			SICILIA ORIENTALE E CALABRIA		
Padova	P. Spalato, 1.	Giorni feriali	Catania	V. A. Muscolini, 16.	Venerdì e sabato
Belluno	V. Garibaldi, 1.	2° 4° martedì	Catanzaro	Soesa Leone.	2° mercoledì
Treviso	V. Vitt. Emanuele, 29.	3° martedì (4)	Cosenza	C. Mazzini.	2° martedì
Udine.	V. Sauro, 1.	2° e 4° martedì	Messina	V. Colombo, 40.	Giorni feriali
Venezia *	Calle larga XXII Marzo		Ragusa	V. M. Coffa, 12.	
Vicenza	P. Roma, 11.	3° lunedì	Reggio Calabria.	C. Garibaldi, 2.	1° 3° mercoledì
			Siracusa	V. dei Mille, 2.	
VENEZIA GIULIA			SICILIA OCCIDENTALE		
Trieste	P. Dalmazia, 3.	Giorni feriali	Agrigento	V. Roma, 291.	
Fiume.	V. XXX Ottobre	2° 4° martedì	Enna.	V. Vitt. Eman., 2.	
Gorizia	V. Crispi, 9.	1° 3° giovedì	Palermo	V. Maqueda, 182.	
Monfalcone.	V. Duca d'Aosta, 26.	1° 3° mercoledì	Trapani	V. Torrearsa.	
Pola	Via Garibaldi, 13.	2° e 4° venerdì			
Postumia	Viale Oberdan, 7.b.	1° 3° martedì			
EMILIA			SARDEGNA		
Bologna	V. Pignattari, 1.	Giorni feriali	Cagliari	V. Roma, 73.	
Farma.	V. Garibaldi, 23.	2° 4° giovedì	Iglesias	Agenzia Principale INA.	
Piacenza	P. Cavalli, 2.	2° 4° mercoledì	Nuoro.	V. Garibaldi, 81.	
Reggio Emilia	V. Emilia S. Stefano, 3.	1° 3° martedì	Oristano	Agenzia locale INA.	
			Sassari	P. Italia, 7.	

(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)

ODONTOIATRI

- Agrigento:** Dr. A. CUCURULLO.
Canicatti: Dr. G. CASSARO, P. Palma.
Alessandria: Dr. A. PICCINI, V. della Vittoria, 8 - Dr. A. G. PICCIONE, V. Sanvarola, 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. SPERITO, 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. DEGIAN, P. Medici, 1 - Dr. C. IVALDI, C. Dante, 8 - Dr. L. MALAGOLI, V. Cavour.
Barl: *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. SALVAGNI, 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. Manno, 68 - 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. Isonzo.
Cremona: Dr. L. BERTOLOTI, Via Beltrami, 4 - Dr. E. REBIZZI, 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 Giovacca, 3 - Dr. D. MORI, V. Cortevicchia, 8 - Dr. A. TESI, V. Palestro, 21 - Dr. G. TESI, V. Palestro, 21.
Firenze: Dr. V. ARNONE, V. Pandolfi, 26 - Dr. A. CITELLI, Lung'Arno Acciaio, 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 Lucioano.
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. PUPO, 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. PIEGAIA.
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. Sant'Arcangelo a Baiano - Dr. P. LIPPO, V. S. Lucia, 15 - Dr. E. MASUCCI, P. Torretta, 36 - Dr. A. SANSONE, V. S. Spirito di Palazzo, 9 - Dr. F. SANTANIELLO, Corso Vitt. Emanuele, 400 - Dr. G. VIOLET, V. Capodimonte, 31 - Prof. Dr. A. ZONA, P. Bellini, 68.
Meta di Sorrento: Cav. Uff. Dr. V. Russo, Corso Littorio, 113.
Sparanise: Dr. F. GRANDE.
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. Villarmosa, 6 - Dr. G. DI CARLO, V. Roma - 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. TEMPESTINI, 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. MISTRALETTI, 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. STOCO.

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

Locri: Dr. G. PELLEGRINO.

Roma: Dr. A. BENEGIANO, V. Salara, 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. GIORGANI.

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

Sassari: Dr. A. FENU, Vicolo Bartolinis - Dr. G. NIEDDU, 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.

Tegamo: 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. Camerana, 10 - Dr. Prof. G. GIORELLI, V. S. Quintino, 18 - Dr. C. MARAZZINA, V. Brandizzo, 3 - Dr. A. TOMMASSINELLI, V. P. Micca, 10 - Dr. V. TOMMASSINELLI, P. 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. Frassinago, 21 - Dr. D. PALMIERI, V. Righi, 34 - Prof. Dr. G. RIOCHI, 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. CAVAL-LARO, 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 CRISTO-FARO, V. Plebiscito, 280 - Prof. Dr. G. FAVALORO, V. S. Maddalena, 59.

Chieti: Prof. Dr. G. COZZOLI, Corso Marrucino, 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. Be-rio, 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. Farni, 6 - Prof. Dr. C. MAZZANTINI, Via Milano, 24 - Prof. Dr. I. NEUSCHÜLLER, V. Regina Elena - Prof. Dr. B. STRAMPPELLI, 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 Elena, 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. Juvata, 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. PENCHIO, 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 -

Prfo. Dr. O. VALLI, C. Valentino, 11 - Dr. S. VAUDETTE, 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 MAZZET, 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. Marciano, 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. Manina, 8.

Cuneo: Prof. Dr. G. DONADEI, Via Gallò, 5.

Saluzzo: Dr. U. RACCA, V. Gualtieri, 5.

Ferrara: Dr. A. MANFREDI, V. Borgoleoni, 122 - Dr. E. MURATORI, V. Palestro, 82.

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. VALSECCHI, 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. RUBALTELLI, 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, Piazzale 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 Marsari, 5.

Torino: Dr. E. BATTAGLIOTTI, Via S. Chiara, 20 - Prof. Dr. C. BRUZZONE, V. Confienza, 15 - Prof. Dr. A. CASSA, 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 - 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 Riva, 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 Olandi, 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 %
	« Villa Rosa » - Via Castiglione, 103	30 %		Casa Grimaldi e Principe - Piazza Gesù e Maria, 24 .	diaria L. 20 30 %
BRESCIA .	Poliambulanza - Piazzale Garibaldi	25 e 30 %	PALERMO .	Clinica Prof. Arnone - Via Ugdolena, 2	30 %
CAGLIARI .	Casa Prof. G. Baggio - Piazza S. Benedetto	30 %		Casa « Noto »	30 %, retta 20 %, interventi e ricerche
CALTANISSETTA	Casa Dr. Ballati	30 %	PALLANZA (Novara)	« Villa Panorama » (cure Arnaldi)	25 %
CATANIA .	Istituto Medico del Lavoro - Via De Felice, 37	ass. popolari L. 10 visita annuale	PAVIA .	Casa Prof. E. Morelli - Piazza XXIV Maggio	30 %
CATANZARO	Ist. clin. diagnost. fisioter. Dr. G. Mazza - Via Duomo	30 %	PIACENZA .	Casa « Piacenza »	20 %
COMO . .	Ist. Cardiolog. Prof. G. Galli - Via Volta 46	30 %	REGGIO EMILIA .	« Villa Ida » - Prof. Dr. G. Zironi	30 %
COSENZA .	Casa Catalani - Villa Amelia	30 %	S. PELLEGR. TERME (Bergamo)	Casa Dr. M. Quarenghi . .	20 e 25 %
GENOVA .	Policlinico del Lavoro - Via Benedetto XV	ass. popolari L. 10 visita annuale	S. SEVERO (Foggia)	Clin. Troiano - V.le Stazione .	30 %
	Ist. Inalazioni Dr. B. Oxilia - Via XX Settembre 1-2 .	30 %	TORINO .	Ist. Med. preventiva - V. delle Orfane, 8	40 %
LOCRI . (Reggio C.)	Casa di Cura Barillaro	30 %		Clin. malattie professionali - R. Università	ass. popolari L. 11 visita annuale 35 %
MESSINA .	Ist. terapia fisica Dr. G. Spagnolio - Piazza Stazione .	30 %		Istituto terapia ozonozonica - Corso Oporto 10	
MESTRE . (Venezia)	Osp. Civ. « Umberto I »	10 e 20 %		« Villa Maria » - Villa della Regina, 14	30 e 40 %
MILANO .	Casa « Villa Porpora » - Via E. Carpi 30	30 %		Ospedale Maggio e S. Giov. Battista e della Città di Torino	15 %
			TREVISI .	« Villa Bianca » - Prof. A. Grollo	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. Galliciano (dermosifilopatia)	diaria 30,50	TREVISI .	Casa Prof. P. Brisotto - Ponte Garibaldi (otorinolaringologia)	30 %
	Ist. « Regina Elena » (tumori)	» 35 —	MAZZINA . (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)	Acqua salso-bromo-iodica; termale. Fanghi.	Artritisismo e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti - Nevriti	<i>Hotel Trieste e Vittoria</i> : 20% su cure - 10% pensione.
ACQUA SANTA (Ascoli Piceno)	Acqua solfurea-termale. Fanghi. Inalazioni.	Artriti cr. - Mal. ricambio, pelle, respiratorie.	25% Grotta sudatoria e fanghi - 50% Bagni.
AGNANO (Napoli)	Acque salso-bromo-iodiche; bicarbonato-alcalino-bromo-iodiche; bi-carbonato-alcaline. 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 bicarbonato solfato-alcalino-litiose e medio-minerali.	Stitichezza - Epatopatie cr. - Colecistiti.	50% su tariffe.
CARAMANICO (Pescara)	Acqua solforosa-salzo-bromo-iodica.	Artritisismo - 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-bromo-iodiche ferruginose e medio-minerali.	Artriti affezioni ginecologiche, respiratorie, linfatismo.	30% sulla tariffa in vigore.
CASTROCARO (Forlì)	Acqua salso-bromo-iodica.	Artritisismo - reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio Rinofaringiti.	25% su tariffe (Categ. B).
CHIANCIANO (Siena)	Acque bicarbonato-solfato-alcalino-ferrose e medio-minerali. Bibita, bagni, fanghi.	Affezioni vie biliari - Disfunzioni epatiche - Ipertensione (balneoterapia).	10% sugli abbonamenti alle bibite e bagni 1ª e 2ª classe (per forme popolari anche 3ª classe)
CIVITAVECCHIA (Roma)	Acqua solfato-alcalino-ferrosa.	Reumatismi - Malattie del ricambio, ginecologiche.	20% su tariffe giornaliere in vigore.
FIUGGI (Frosinone)	Acque oligo-minerali.	Diatasi arica - Calcolosi renovesiciale - Gotta - Cistopielite.	30% su tariffe.
GUARDIA PIEMONTESE (Cosenza)	Acque solfuree-salzo-bromo-iodiche - Fanghi.	Artritisismo - Malattie cutanee	30% su tariffe
LEVICO (Trento)	Acqua arsenico-ferruginosa Bagni.	Anemie - Cloroadinamie - Linfatismo.	Pol. ord. e collettive 10% su tariffe.
LIVORNO (Acque della Salute)	Acqua salso-bromo-iodica. Irrigazioni vaginali, nebulizzazioni secche.	Stitichezza spastica e atonica - Obesità - Disfunzione del fegato.	25% su tariffe.
LOCRI-ANTONIMINA (Reggio C.)	Acque salso-iodiche - Bagni - Fanghi	Mal. ginecologiche - Linfatismo Artritisismo - Reumatismo - Nevriti - Malattie della pelle.	30% su tariffe
MONSUMMANO (Pistoia)	Acqua bicarbonato-solfato-alcalina-ferrosa e salso-bromo-iodica. Bagni, fanghi.	Artritisismo e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	20% su tariffe.
MONTECATINI (Pistoia)	Acqua salso-bromo-iodica. Fanghi vegeto-minerali - Bagni.	Stitichezza - Epatopatie cr. - colecistiti.	10% su tariffe (aprile-luglio e ottobre-novembre).
MONTEGROTTO T. (Padova)	Acqua salso-bromo-iodica. Fanghi naturali vulcanici.	Artritisismo - Reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	<i>Terme preistoriche</i> : 20% 1ª classe - 15% 2ª e 3ª classe su cure, pensione, visita medica, ecc.
PORRETTA (Bologna)	Acqua solfurea-salzo-bromo-iodica.	Stitichezze - Epatopatie cr. - colecistiti.	50% ingresso stabilimenti - 25% sulle cure.
POZZUOLI (Terme puteolane)	Acqua salso-solfato-alcalina. Fanghi radioattivi.	Reumatismi e artriti scrofolosi - Mal. ricambio - Postumi di fratture.	25% sulle tariffe.

Località	Qualità fisico-chimiche delle acque e fanghi	Malattie per le quali si consiglia la cura	Facilitazioni concesse
RECOARO . . . (Vicenza)	Acqua arsenicale-ferruginosa e medio-minerale ferruginosa.	Anemie - Cloroadinamie - Linfatismo.	25% sulle tariffe.
SALICE TERME Voghera (Pavia)	Acque salsoiodiche e solforose. Bagni. Fanghi. Inhalazioni.	Malattie ginecologiche e del ricambio. Scrofosi. Malattie pelle e vie respiratorie.	30% sulle tariffe.
SALSOMAGGIORE . (Parma)	Acque salsobromoiodiche .	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)	Acqua solfato-alcalino-ferrosa-termale. Fanghi vegeto-minerali caldi.	Stitichezze - Epatopatie cr. - Colecistiti.	30% su tariffe 1ª classe - 50% su tariffe 2ª classe.
S. PELLEGRINO (Bergamo)	Acqua solfato-alcalina-ferrosa e medio minerale.	Ipercloridria - Atonia gastrica - Gastroenterite cr.	25% sulle tariffe.
S. CESAREA . . . (Lecce)	Acqua solfocarbonato calcica a 33° C. - Fanghi veg. min.	Artrismi e reumatismi cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti.	Ass. ord. e coll. - 25% sulle tariffe.
SARDARA . . . (Cagliari)	Acqua bicarbonato-alcalina-termale.	Ipercloridria - Atonia gastrica - Gastroenterite cr.	25% sulle tariffe.
SCIACCA . . . (Agrigento)	Acqua cloruro sodica calcica magnesiana.	Mal. artritiche - Ricambio - Traumatiche - Ginecologiche.	20% sulle tariffe.
SCRAJO EQUENSE . (Napoli)	Acqua sulfurea salso-bromo-iodica.	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	25% - 20% - 15% sulle tariffe.
TERMINI IMERESE (Palermo)	Acqua salso-bromo-iodica.	Reumatismo - Artrite cr. - Nevralgie - Gotta.	15% su pensione di L. 30 - 25% su bagno e stufa.
TRESCORE BAL- NEARIO (Bergamo)	Acqua sulfurea e sulfurea-salso-iodica.	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. — 4) 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

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

LA POLIZZA ORDINARIA

è basata sulle seguenti condizioni fondamentali:

- 1) l'assicurando 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.

LA POLIZZA POPOLARE

è a taglio unico e basata sulle seguenti condizioni fondamentali:

- 1) l'assicurando non deve sottoporsi a visita medica;
- 2) la polizza 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.



Corporate Heritage
& Historical Archive