

L'ASSISTENZA

SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno IX
Numero 6
15 Dicembre
1940 . XIX

Spedizione in abbonamento postale - Roma

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



Corporate Heritage
& Historical Archive

UNA NUOVA GRANDE INIZIATIVA

L'ASSICURAZIONE MALATTIE



Sono numerose le Casse Mutue Malattie ,che — con pieno successo — operano su vasta scala in Italia a protezione di svariate categorie di lavoratori; ma vi sono tuttavia molti cittadini che per la loro posizione e per la loro speciale attività, sono fuori di esse e quindi non godono di nessuna speciale provvidenza quando cadono ammalati.

La Società « Praevidentia », collegata con l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, che ne garantisce in pieno tutte le polizze, ha colmato tale notevole lacuna con la POLIZZA CONTRO LE MALATTIE.

ESEMPI PRATICI

« Un uomo di 40 anni di età col versamento di L. 125 l'anno — anche ratizzabili —
« si assicura, in caso che cada infermo per qualsiasi malattia medica o chirurgica, una
« diaria di L. 10 per la durata di 90 giorni e L. 5 per altri 90 giorni; oltre ad una somma
« di L. 900 in caso di morte ».

« Una donna dell'età di anni 30 versando L. 150 l'anno, sempre ratizzabili, oltre
« alle prestazioni sopra indicate, si assicura anche una indennità di L. 150 per ogni
« parto ».

....

Naturalmente, le dette prestazioni sono aumentate in proporzione con l'aumento dei premi annui che l'assicurato si impegna di versare.

Tutte le Agenzie Generali dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, che rappresentano in ogni zona la « Praevidentia », sono pronte a fornire notizie e chiarimenti su questa nuova forma assicurativa.



L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'I. N. A.

BIMESTRALE DI MEDICINA PREVENTIVA E DELLE ASSICURAZIONI

Direttore: Prof. Dott. ILARIO ROMANELLI

Comitato di redazione: Dott. P. CIATTI, Dott. M. CLAUSI-SCHETTINI, Dott. T. RICCIOTTI

Redattore-Capo: Dott. ALBERTO STARNA

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, Un buon piatto di carne; i fagioli 262
- b) Prof.ssa M. VELE, L'emeralopia 264
- c) Dalle riviste: consigli di igiene pratica 267

2. Studi e ricerche di medicina delle Assicurazioni Vita:

- a) Dott. M. BIASIOTTI, Valore prognostico dell'iperazotemia nella pratica assicurativa . . . 268
- b) Dott. M. CLAUSI-SCHETTINI, Il significato della fistola anale in Assicurazione Vita . . . 277

3. Medicina legale delle Assicurazioni Vita:

- Dott. A. STARNA, Il valore psico-sociale della menzogna ai fini

medico-legali nelle dichiarazioni sanitarie in assicurazione 285

4. Semeiotica di Medicina delle Assicurazioni Vita:

- Dott. T. RICCIOTTI, Valore del reperto radiologico negativo nella tbc. polmonare in A. V. . 297

5. Dai Periodici 300

6. Notiziario 310

7. Pubblicazioni ricevute 312

8. Vuoti nelle file dei nostri fiduciari 312

9. 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

Un buon piatto di carne; i fagioli

Qualcuno di voi nel leggere questo titolo penserà che il proto abbia commesso un grosso svarione, qualche altro strizzerà l'occhio prevenuto a non farsi gabbare da una simile frase, tutti sarete persuasi che i fagioli non sono mai stati e non potranno mai essere un piatto di carne.

Intendiamoci, non è mia intenzione volervi dimostrare che questo legume appartenga al regno animale perchè della carne non ha nè l'aspetto, nè il sapore; ma quanto a potere nutritivo e soprattutto per la sua composizione chimica è proprio così.

Come, esclamerà la massaia che in questi tempi solo poche volte alla settimana può procurarsi la cotoletta di vitella od il manzo per preparare il tradizionale brodo, come mai volete darmi ad intendere una simile bizzarria? Forse volete farcelo credere, protesta la mia donna, ma a noi, che ben conosciamo i misteri degli intingoli e le virtù tauriniche dei brodi concentrati, certe cose non ce le fate bere, mai e poi mai.

Eppure è proprio così; me ne dispiace per la comune opinione dei valori alimentari fondata sul palato, sull'aspetto del cibo e sul suo prezzo; ma la tabella della composizione chimica degli alimenti, la vera tavola della legge biologica che non inganna, quella cioè che esprime in calorie ed in qualità il rendimento di ogni alimento, è a vostra disposizione per potervene convincere.

Purtroppo come le famiglie umane che hanno inaspettate fortune o disgrazie immeritate anche nella famiglia vegetale le cose vanno in egual maniera; così accade di questo tra i legumi che,

è il caso di dire, non va a... fagiolo del pubblico cittadino.

Molti lo ritengono riservato al desco dei contadini in una ciotola di creta ove troneggia un qualunque cucchiaino di stagno; ma nessuno pensa che possa andare a colmare una scodella di porcellana fine quasi che la posata d'argento o cromata avrebbero timore di contaminarsi con un contatto troppo volgare. Eppure il fagiolo viene dall'America centrale e se non altro la sua origine esotica gli dovrebbe dare una certa nobiltà; invece si è fatto così umile che molti lo hanno ripudiato dalla propria tavola.

I suoi fratelli prossimi come i piselli e le lenticchie e che appartengono ugualmente alle leguminose, sono onorati da tutti i buongustai; ma quanto a lui è una vera disdetta. La signorina che s'è « rifatta » le sopracciglie, il giovanotto che si fa la permanente, visto che non possono farsi un cervello, inorridiscono al pensiero di dover assaporare con il loro nobile palato un così modesto legume.

Queste sciocchezze miei cari lasciamole da parte; comunque rinunciare ad un alimento che è tra i più ricchi di albumina e che con un po' di arte culinaria diviene appetitoso costituisce un errato pregiudizio e per di più dimostra incomprendimento dell'ora storica in cui viviamo come pure degli alti scopi della campagna per l'autarchia.

Voglio ora in quattro parole richiamare la vostra attenzione sopra questo legume che se rappresenta il pasto abituale del contadino, nondimeno, per i suoi alti pregi ha diritto a far parte dell'alimentazione di tutti noi qualunque sia la nostra condizione sociale. Guar-

date come sono eleganti con la buccia dai colori più vari: bianchi, ocracei, carnicini, neri o arabescati; poichè esistono ben centocinquanta specie di fagioli. La loro storia è breve, dai baccelli penduli del cespuglio nano o delle forme rampicanti i semi vengono, dopo una breve essiccagione sulle aie, sgranati e passati negli ampi sacchi per essere depositati nei magazzini.

Sotto la lucida buccia colorata, fermata da uno scuro bottone sull'ilo, si presenta la polpa compatta dei due cotiledoni. La farina che si ottiene da questi è molto ricca di sostanze azotate e specialmente di albumina la quale costituisce di per sè sola il 23,7 % del peso, cifra altissima in confronto alla farina di frumento la quale ne contiene il 13,8 % mentre il riso raggiunge appena l'8,1 %. Orbene di fronte al 23,7 % dell'albumina vegetale dei fagioli la carne di vitella tanto decantata ci offre soltanto il 20,3 % di albumina animale, il bue scende al 16,8 % ed il pollo così pregiato raggiunge il 19,5 %.

Come vedete percentualmente il fagiolo, come del resto tutte le altre leguminose, contiene l'albumina in quantità superiore alle carni più pregiate e che ora non possono tutti i giorni giungere neanche sulla tavola dei ricchi. Notevole è anche la quantità degli idrati di carbonio che nel fagiolo raggiungono il 60 % che è la percentuale più alta tra tutti i legumi pertanto questi sostituiscono anche la pasta. Infine i grassi vi entrano a far parte con l'1,8 %, quoziente basso ma non assolutamente disprezzabile, quando si tenga presente che le tanto decantate carni sebbene siano molto più ricche di grasso sono assolutamente mancanti di carboidrati.

Se poi vogliamo confrontare il rendimento energetico in calorie che si ottiene nella trasformazione organica delle sostanze alimentari troviamo che mentre

un chilo di vitella svolge appena 1505 calorie e il pollo 2000, i fagioli raggiungono la notevolissima cifra di 3450 calorie.

Queste poche cifre nella loro aridità vi dimostrano l'alto potere nutritivo dei fagioli i quali, a differenza degli altri alimenti vegetali poveri di albumina, ne contengono quasi un quarto del loro peso; albumina identica a quella della carne per soddisfare i bisogni fisiologici dell'organismo e che rappresenta l'elemento plastico del rinnovamento cellulare indispensabile per una normale e completa nutrizione.

La stessa cellulosa, che costituisce la buccia e dal punto di vista energetico è inerte, non deve ritenersi inutile poichè con la sua presenza favorisce il regolare movimento intestinale. Il segreto della digeribilità dei fagioli, come di ogni legume, consiste nella cottura prolungata che frammenta finemente la buccia facilitando in tal modo l'azione dei fermenti. Ecco perchè l'albumina dei legumi stacciati viene assimilata per il 90 % in confronto al 70 % delle ordinarie zuppe di legumi interi.

La cottura facilita anche la digestione dei grani di amido sulla quale le diastasi saccarificanti hanno azione più energica. Per facilitare la dissoluzione della buccia tenace le brave massaie aggiungono un pizzico di bicarbonato all'acqua in cui devono bollire i fagioli. E' a tal proposito fondamentale la necessità di una lunga cottura per ottenere uno spezzettamento della cellulosa, solo così la digestione della farina risulterà buona.

L'esperienza popolare convalidata ormai da secoli, ci dice che i legumi, tra i quali il fagiolo primeggia per importanza, costituiscono un alimento molto ricco di due sostanze fondamentali e che può essere reso completo per i bisogni dell'organismo se all'atto della cottura verrà aggiunto del grasso in ab-

bondanza. Schiere di bambini figli di contadini crescono e fanno i muscoli sodi quasi ignorando la carne ed alimentandosi prevalentemente di legumi. La pratica conferma perciò quello che la scienza di gabinetto ci aveva dimostrato.

Nè dobbiamo dimenticare che i fagioli costituiscono una produzione ragguardevole della nostra Italia; tra i paesi d'Europa, l'Italia è in primo piano con una media che si aggira intorno ad 1.500.000 quintali, seguita a breve distanza dalla Spagna. Purtroppo per il più largo consumo, desiderabile anche dal punto di vista igienico, tale produ-

zione dovrebbe essere notevolmente aumentata.

Anzichè assumere l'albumina dalle costose carni che devono spesso essere importate dall'estero, chiediamo alla madre terra un eguale alimento attraverso questo legume che è stato detto la carne del povero; ma in realtà è povero solo nell'apparenza e risulta ricco di sostanze plastiche e di amido nutriente. I preconcetti e la nostalgia per il piatto di carne, troppo ricco di scorie puriniche dannose al nostro ricambio organico, cadranno di fronte ad una scodella ricolma di fagioli fumanti che l'arte della donna di casa avrà reso appetitosi e fragranti.

Dott. A. STARNA

L' EMERALOPIA

Appena il sole è tramontato, l'orizzonte comincia a perdere la sua luminosità e le belle tinte calde arancione cedono lentamente a quelle fredde azzurrine. La visione, che durante il giorno è nella sua maggiore efficienza, comincia al crepuscolo ad essere più difficile e risultano nitidi solamente i contorni degli oggetti, quando si è in ambiente aperto. Fino a che permane nel cielo una luminosità azzurra, la visione è ancora possibile, ma quando sopraggiunge l'oscurità, quanto ci circonda non ha più forma nè colore.

Di fronte all'ampiezza delle campagne le vie cittadine risultano anguste e la luce più rapidamente cede alle ombre crescenti. Non più le luci delle mostre cittadine la sera vengono ad ornare i negozi e le sagome degli edifici, ma il crepuscolo precipita rapidamente in una oscurità completa; nella quale muoversi ed evitare i pericoli della circolazione diviene difficile.

Viene così naturale la domanda: perchè vediamo così poco nella quasi oscurità, mentre vi sono degli animali che

esplicano la loro vita unicamente di notte? Questo fatto è dovuto alla diversa costituzione anatomica ed alla funzione fisiologica degli elementi visivi nei vari esseri. Noi a luce diurna distinguiamo nettamente (l'occhio però deve essere esente da qualsiasi difetto di vista) se gli oggetti, pur situati ad infinita distanza, emanano o riflettono luce. Sono sufficienti delle radiazioni luminose assai deboli (come ad esempio le emanazioni luminose delle stelle) che stimolano specialmente la periferia retinica ed allora quella parte delle cellule visive, rappresentate dai membri esterni dei coni e dai bastoncelli, eccitati dalle vibrazioni eteree luminose, trasmettono lo stimolo alla sostanza nervosa.

Naturalmente a luce solare, la visione è nitida perchè è in azione la parte centrale della retina, che permette la visione delle minute particolarità degli oggetti. Del resto basta una luce minima ad eccitare la retina ed infatti dalle ricerche che i fisiologi hanno fatto, si è riscontrato che il minimo di intensità luminosa (o soglia di eccitamento), è

costituito da una luce un milione di volte più debole di quella diurna. In effetto però, esistono differenze individuali perchè alcune persone con vista normale riescono a vedere delle stelle che altre (pure con vista normale) non vedono.

Di notte, quando l'occhio è adattato all'oscurità, la parte più sensibile è rappresentata dalla periferia retinica, perchè allora la sostanza sensibilizzatrice, costituita dalla porpora, si forma esclusivamente nei bastoncelli i quali si trovano in prevalenza alla periferia. La zona centrale è meno sensibile, perchè è priva di bastoncelli i quali sono più numerosi dei coni, ad eccezione che nella fovea dove si trovano solamente questi ultimi. Mentre i coni diminuiscono dal centro alla periferia e da essi dipendono le sensazioni dei colori, i bastoncelli diminuiscono dalla periferia al centro e sono adibiti alle sensazioni acromatiche. Cosicché, mentre i coni sono in azione specialmente di giorno, i bastoncelli funzionano specialmente di sera e di notte. E precisamente, proprio al crepuscolo comincia a cessare il lavoro dei coni mentre inizia quello dei bastoncelli.

L'occhio diviene così cieco pei colori, perchè la zona compresa tra il centro e la periferia retinica non viene stimolata da luci deboli; ciò spiega perchè di sera vediamo la forma e non più i colori degli oggetti.

Max Schultze nel 1866 riscontrò che certi animali notturni (talpa, riccio, pipistrello, ecc.) difettano di coni, mentre nei mammiferi e specialmente negli uccelli diurni i coni sono più numerosi. Certi rettili poi (serpenti, lucertole, ecc.) che vivono alla luce, hanno la retina provvista esclusivamente di coni.

Sono così attributi della visione crepuscolare: la completa cecità dei colori la quale è indipendente dall'adattamento retinico all'oscurità; la prevalente sensibilità per i raggi di media o breve

lunghezza d'onda (cosicché la massima luminosità è per il verde e l'azzurro); l'adattamento retinico il quale è massimo alla periferia e minimo al centro.

Quindi è assai importante nella visione serotina stabilire se l'adattamento primario all'oscurità è normale. Esso consiste in quel breve periodo compreso fra 10-15 minuti che occorre per ottenere una normale visione quando si passa da un ambiente illuminato ad uno in penombra.

* * *

L'emeralopia è un disturbo particolare della visione che inizia al crepuscolo. Esso era già noto nell'antichità e infatti lo troviamo citato nel papiro di Ebers, circa 1500 anni prima di Cristo, e ne fanno menzione pure Ippocrate, Celso, Dioscoride, Galeno e Scarpa. Venne denominato erroneamente emeralopia (parola derivata dal greco eméra = giorno e ops = vista) cioè vista di giorno. Ma ormai è passato nell'uso comune e per emeralopia si intende quel particolare disturbo visivo che inizia al crepuscolo e consiste in una sensibilità luminosa diminuita e in una cecità, oltre che quella fisiologica per il rosso e sue gradazioni, per il verde ed il violetto. Da ciò naturalmente la difficoltà di distinguere anche i contorni degli oggetti i quali acquistano la stessa tinta dello sfondo. Ma quando l'oscurità è maggiore, anche l'orientamento viene a mancare ed allora l'emeralope ha la sensazione di camminare nel vuoto; la sua visione è come se guardasse attraverso un tubo.

Questi sintomi sono più evidenti in una malattia oculare, per fortuna molto rara, chiamata retinite pigmentosa. Tale malattia si riconosce facilmente per delle lesioni caratteristiche che si rinvencono alla periferia della retina.

Naturalmente le persone affette da retinite pigmentosa, mentre a luce solare

possono ancora ben orientarsi, di sera non sono più in grado di dirigere i loro passi, e, quando da un ambiente luminoso passano ad uno scarsamente illuminato, l'adattamento primario avviene con difficoltà.

Ma vi sono altre forme di emeralopia, come la congenita la quale consiste unicamente in cecità notturna e in un disturbo dell'adattamento. Questa forma si manifesta tanto negli uomini che nelle donne.

I suddetti sintomi, ma più attenuati possono essere in rapporto oltre che a cause locali, a cause generali. L'emeralopia è frequente nella gravidanza (circa 20 % soprattutto in casi patologici), dopo emorragie profuse, nelle anemie, nell'esaurimento fisico, nelle affezioni gastro-intestinali, in alcune affezioni renali, nelle malattie infettive, in alterazioni della tiroide ed in alcune intossicazioni. Nell'ittero, viene spiegata dal fatto che i sali biliari sono solventi della porpora visiva, cosicchè la bile ne impedisce la rigenerazione. Non è escluso però che si riscontri anche in epatici senza ittero. Hanno poi influenza la predisposizione individuale, la povertà, e gli strapazzi.

Rivestono importanza anche alcune deficienze alimentari; così si sa che in Russia fu constatata frequente specialmente in certi periodi di carestia e così pure in Oriente.

Dopo la grande guerra mondiale comparve anche in Europa centrale e settentrionale e fu messa in rapporto a carenza di vitamina A.

Le stagioni, l'età ed altri fattori possono esser causa di emeralopia. Infatti la maggior frequenza in primavera è spiegata coll'aumento di consumo della porpora visiva per azione dei raggi solari e quella in estate nei bambini è messa in rapporto alle diarree estive. In quanto all'età la più colpita dall'emeralopia è quella intorno ai 20 anni ed

è assai più frequente nell'uomo che nella donna.

Ed ora che abbiamo spiegato il meccanismo della visione diurna e notturna, il significato dell'emeralopia e quali sono le cause più frequenti di questa, chiederemo con qualche consiglio pratico.

Che deve fare l'emeralope, quando si è accorto del disturbo? Il disturbo è tale e così vario nella sua etiologia, che il consiglio migliore è quello in primo luogo di ricorrere ad uno specialista. Questi naturalmente potrà constatare se trattasi di retinite pigmentosa, esclusa la quale, si renderà necessaria la visita di un medico generico. Mentre l'emeralopia in rapporto a retinite pigmentosa è scarsamente suscettibile di miglioramento, quella da causa generale, lo è più facilmente. Questa se vien ben curata può anzi guarire. Così si sa che mediante i ricostituenti l'emeralopia delle forme esaurienti scompare, e così pure quella in rapporto a malattie intestinali, epatiche, renali, ecc. con le cure adatte. Merita di essere menzionata l'emeralopia dovuta a mancanza di vitamina A che è frequente dopo le guerre e in certe categorie di lavoratori.

Già a Coò, piccola isola dell'Egeo, all'ombra del platano, divenuto famoso attraverso i secoli, il saggio Ippocrate insegnava l'azione benefica di un particolare medicamento in alcune forme di emeralopia. Questo non era altro che l'olio di fegato di merluzzo. Anche oggi, come allora se ne conoscono gli effetti; solamente ora sappiamo che fra le molte vitamine, la A è appunto quella che previene l'insorgere della emeralopia. Anche alcuni erbaggi e specialmente le carote e gli spinaci sono assai ricchi di vitamina A; una alimentazione ricca di queste verdure potrà perciò riuscire utile, non disgiunta dai consigli che il vostro medico potrà darvi dopo una visita personale.

Prof. M. VELE

DALLE RIVISTE: CONSIGLI D'IGIENE PRATICA

Igiene Moderna, giugno 1940, Roma.

Acidi organici utili alla disinfezione dell'acqua.

Frosini, confermando l'attività battericida dell'acido tartarico sull'acqua da bere ha dimostrato che la stessa azione esplica l'acido citrico. Egli unendo i due acidi in dose di gr. 3,50 per litro di acqua inquinata con bacilli di tifo, paratifi, dissenterici, colera, ha constatato che nello spazio da 30 minuti a tre ore tutti i germi erano stati uccisi. I batteri del gruppo tifo paratifo richiedono una azione di 180-240 minuti.

Minerva Medica, n. 27, 1940, Torino.

La banana alimento e medicamento.

La banana, frutto del banano, pianta appartenente al genere Musa della famiglia delle musacee è nota, da tempo, come mezzo alimentare, sia per il sapore squisito, sia per le innegabili virtù terapeutiche. La banana è ricca di idrati di carbonio (glucidi), ma povera di materie azotate (protidi) e di sostanze grasse (lipidi). Inoltre contiene acqua, materie minerali, diastasi e vitamine. Pur non essendo un alimento completo è un ottimo complemento nei pasti quotidiani. La banana da preferirsi è quella la cui buccia presenta le caratteristiche macchie scure; sia ben matura, esercitando in questo stato una benefica influenza in certi disturbi gastrointestinali.

Minerva Medica, n. 39, 1940, Torino.

Le ferite da lapis copiativo.

Bisogna stare attenti al pericolo delle scalfitture prodotte sulla pelle dai lapis copiativi specialmente nei bambini che frequentano la scuola, perchè la materia colorante dà luogo ad una forma di decomposizione che si allarga progressivamente, irrita e provoca suppurazione. Si producono così infiammazione, tumefazione, arrossamento, sensazione di caldo e di dolore con un processo di infezione, quasi immediata, che può essere represso se il medico interviene subito ad aprire il punto vulnerato, anche con una incisione, in modo da asportare la sostanza colorante.

Policlinico, Sez. Pratica, n. 34, 1940, Roma.

L'inefficacia dell'alcool nella disinfezione delle siringhe.

L'alcool gode una grande quanto immeritata fama, come disinfettante ed è largamente usato

da profani e da medici per la disinfezione delle siringhe. Ora è noto che esso non è affatto uno sporicida ed è quindi del tutto inefficace quando si possono temere infezioni da sporigeni come il tetano, il carbonchio e la cangrena gassosa. Ragarmey ha fatto delle colture con 13 campioni di alcool in cui venivano tenute le siringhe in diverse cliniche universitarie di Berna ed ha ottenuto in 11 risultati positivi. Molti germi aerobi ed anaerobi, e perfino lo stesso B. coli possono vivere a lungo in alcool. A Dublino in occasione di vaccinazioni antidifteriche si è avuta una epidemia di tubercolosi la cui origine si è trovata in rapporto con l'infezione dell'ago della siringa. Altre esperienze fatte infettando l'interno dell'ago della siringa con una minima quantità di streptococchi e poi risciacquando con una miscela di alcool ed etere dimostrarono sempre la presenza di streptococchi viventi. Conseguo da ciò che la migliore e più sicura disinfezione è quella fatta con la bollitura degli aghi e delle siringhe.

Settimana medica, n. 36, 1940, Palermo.

I preparati di acido borico, come dimagranti, sono pericolosi.

Il Ministero degli Interni di Germania ha testè emanato un decreto per mettere in guardia il pubblico sull'uso di medicinali dimagranti a base di acido borico giacchè è stato constatato che l'acido borico e i suoi composti possono recare danni all'organismo appena superata la dose di qualche frazione di grammo. In ogni modo è prescritto che sia ben posto in evidenza il contenuto di acido borico omettendo ogni attribuzione di innocuità del prodotto.

Gesundheit und Langes Leben, n. 50, agosto 1940, Dresda.

L'opera di aiuto in guerra alla Croce Rossa Tedesca.

Viene illustrata l'importanza di questa opera praticata spontaneamente da tutto il popolo tedesco a favore della istituzione della Croce Rossa e consiste nella fornitura di materiale farmaceutico, di attrezzatura chirurgica, di ospedali da campo, ecc. Questo aiuto dimostra come tutto il popolo tedesco marci compatto sotto la guida del Fuehrer per forgiare i nuovi destini d'Europa.

Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita**Valore prognostico dell' iperazotemia nella pratica assicurativa**

Dott. MARCELLO BIASIOTTI

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

Per la sua nota importanza nel giudizio prognostico delle nefropatie croniche il dosaggio dell'azoto ureico nel sangue, od azotemia, è da molti anni entrato nella pratica medica delle assicurazioni vita. Oggi in tutti i casi di albuminuria o nei casi in cui altri reperti obbiettivi facciano sospettare l'esistenza di una lesione renale si esegue il dosaggio dell'azoto ureico del sangue e se l'azotemia supera certi limiti l'assicurando viene rifiutato.

Il valore prognostico dell'iperazotemia è in rapporto col fatto che l'insufficienza della funzione di eliminazione dell'azoto, pur non identificandosi in modo assoluto con la insufficienza della funzione renale che è molto più complessa, quando giunge al punto da non permettere più la normale eliminazione dei prodotti azotati del ricambio endogeno può venire senz'altro considerata come indice dell'insufficienza renale assoluta.

Ma se le modificazioni chimiche a carico dei costituenti azotati del sangue rivestono un così elevato valore diagnostico e prognostico è chiaro che tali modificazioni debbono essere nei singoli casi studiate ed interpretate con la massima ocularità. Credo perciò non sia inutile riassumere brevemente quanto è stato finora acquisito sul significato di talune forme poco chiare e poco note, ma non per questo infrequenti, di iperazotemia e sulle condizioni ottimali nelle quali dobbiamo porci per poter attri-

buire al riscontro di una iperazotemia tutto il suo valore prognostico.

Poichè molti sono i fattori che possono influire sui risultati forniti dal dosaggio dell'azoto ureico nel sangue e questi fattori possono talora falsare i risultati portando ad errate interpretazioni ed erronee conclusioni, credo opportuno chiarire innanzi tutto alcuni fondamentali punti di tecnica.

La nozione del metodo impiegato per il dosaggio dell'azoto ureico è della massima importanza.

Per la sua grande semplicità e praticità viene usato comunemente in clinica ed anche nella pratica assicurativa il metodo di dosaggio volumetrico con l'ipobromito di sodio. Ora il metodo ipobromitico è indubbiamente di una precisione relativa perchè, mentre da un lato non libera totalmente l'azoto ureico (restandone fisso circa il 5%), dall'altro libera insieme all'azoto ureico anche azoto dall'ammoniaca, dall'acido urico, creatina, creatinina, ecc., dando quindi valori leggermente superiori a quelli che si ottengono con i metodi più esatti dell'urease e dello xantidrol. Per evitare i sopra accennati inconvenienti del metodo ipobromitico e per ottenere una cifra di azoto esprimente solo l'azoto ureico bisognerebbe ricorrere perciò a questi metodi dell'urease o dello xantidrol. Ma poichè nella pratica comune tali inconvenienti non hanno in fondo un gran peso il metodo dell'ipobromito può

essere tuttora consigliato per la sua praticità e dà risultati sufficientemente esatti per i bisogni della pratica assicurativa purchè si abbia l'avvertenza di praticare una completa dealbuminizzazione del siero e di usare reagenti freschi e ben preparati.

Altro fattore importante per eseguire un corretto dosaggio è quello di poter disporre per la determinazione dell'azoto ureico di una discreta quantità di sangue, non inferiore ai 20-30 cc; solo così si possono diminuire le inevitabili cause di errore e gli eventuali errori vengono ridotti a cifre minime del tutto trascurabili. Quando è possibile è sempre bene praticare il dosaggio dell'urea sul siero perchè il risultato che così si ottiene si avvicina molto di più al contenuto in urea del liquor e degli altri umori; operando invece sul sangue totale si ottengono cifre inferiori di circa il 10 %, rispetto a quelle ottenute sul siero (così gr. 0,90 ‰ sul sangue totale corrispondono a gr. 1 ‰ sul siero).

Altri importanti fattori che possono influire sul tasso dell'azoto ureico nel sangue e che bisogna ben conoscere per interpretare correttamente il valore prognostico di una iperazotemia sono i fattori alimentari. WIDAL sin dal 1911 aveva messo in evidenza che per poter parlare di ritenzione ureica ed apprezzarne il grado bisognava confrontare il valore dell'azotemia con la quantità di sostanze albuminoidee ingerite chiamando questo rapporto « indice di ritenzione ureica ». E' ovvia l'importanza che può avere la determinazione del regime alimentare anteriormente seguito perchè se il valore azotemico ammesso dai più come limite normale massimo in un individuo sano tenuto a dieta mista è di gr. 0,50 ‰ (oscillando i valori azotemici nei sani, a seconda della dieta e di vari altri fattori, tra gr. 0,20 e 0,50 ‰) basta variare la quantità delle sostanze albu-

minoidee nella dieta per far variare, entro certi limiti, anche il tasso dell'azotemia. Perciò in un individuo tenuto a dieta esclusivamente vegetariana una azotemia di gr. 0,40 potrà già essere ritenuta elevata, mentre al contrario in un forte mangiatore di carne una azotemia intorno a gr. 0,50 ‰ non deve senz'altro far concludere per l'esistenza di una lesione renale.

Il prelevamento del sangue viene abitualmente praticato a digiuno per evitare di prelevare il sangue proprio nel momento in cui l'urea passa in circolo per essere eliminata. Debbo ricordare a tal proposito che mentre FORSGREN sostiene che il fattore pasto non influenza in modo apprezzabile e costante il tasso azotemico e RICCI in recenti studi ha dimostrato che l'aumento dell'azotemia dopo i pasti è così modico da rientrare nei limiti considerati come normali, altri Autori sostengono tuttora che dopo i pasti l'azotemia subisce aumenti di una certa entità.

A WIDAL spetta il merito di aver attribuito all'iperazotemia un preciso significato prognostico nelle nefriti croniche e di aver dimostrato come basandosi sul grado più o meno elevato dell'iperazotemia e soprattutto sul suo decorso progressivamente crescente si possa emettere un giudizio prognostico infuosto e giungere quasi a dedurre con matematica certezza la più o meno breve sopravvivenza del soggetto in esame.

Come è noto WIDAL enunciò le sue classiche leggi nel modo seguente:

Azotemia intorno a gr. 0,50 ‰ = azotemia d'allarme.

Azotemia da gr. 0,50 a gr. 1 = azotemia iniziale con prognosi riservata pur permettendo una sopravvivenza anche lunga.

In questo gruppo di iperazotemie la prognosi dovrebbe essere basata solo sul risultato di ripetuti dosaggi successivi

ed essere considerata relativamente buona se i valori azotemici tendono alla diminuzione od almeno rimangono stazionari, cattiva invece se tendono ad una progressiva elevazione.

Azotemia da gr. 1 a gr. 2 ‰ = sopravvivenza di durata raramente superiore ad un anno.

Azotemia da gr. 2 a gr. 3 ‰ = morte dopo pochi mesi o settimane.

Azotemia superiore ai 3 gr.‰ = morte in brevissimo tempo.

Queste classiche leggi di WIDAL enunciate su base numerica, se fossero applicate in modo troppo schematico potrebbero portare ad errori di interpretazione. Ma è da presumere che lo stesso WIDAL, mostrando nel suo rigido schema numerico il valore prognostico dell'azotemia, non intendeva enunciare delle leggi in modo così categorico come si potrebbe essere indotti a ritenere, ma molto probabilmente intendeva solo far risaltare l'importanza prognostica dell'azotemia nelle nefropatie e far rilevare che la prognosi è abitualmente tanto più grave quanto più elevata è l'azotemia. E' ovvio inoltre che nel concetto di WIDAL l'importanza prognostica dell'iperazotemia espressa con le leggi sopracitate va riferita solo alle iperazotemie da nefriti croniche e non già alle iperazotemie da nefriti acute, iperazotemie extrarenali, ecc.; ed è anche chiaro che tale giudizio prognostico si deve basare non su un solo dosaggio ma su dosaggi dell'azoto ureico ripetuti ad intervalli più o meno distanziati, e che nei dosaggi così ripetuti l'azotemia deve trovarsi sempre nelle stesse cifre od in valori che vanno progressivamente aumentando perchè si possa parlare con sicurezza di prognosi infausta.

Lo schema di sopravvivenza in rapporto all'iperazotemia enunciato da WIDAL ha quindi un valore solo relativo in quanto si possono incontrare soprav-

vivenze di molti mesi in nefropatici con azotemia superiore ai 4 gr. ‰ od al contrario morti rapide per uremia in nefropatici con azotemie relativamente basse (tra gr. 0,50 e gr. 2 ‰).

Ma ciò premesso lo schema di WIDAL conserva il suo valore nel senso che il grado dell'iperazotemia è un elemento dei più importanti per la prognosi delle nefropatie; e tutte le più recenti ricerche che hanno portato all'isolamento ben definito di alcuni gruppi di azotemie extra-renali e senza valore prognostico lungi dall'infirmare il valore prognostico delle leggi espresse da WIDAL non hanno fatto altro che confermarne l'importanza.

Come tutte le altre ricerche di laboratorio anche il dosaggio dell'azoto ureico deve nella pratica assicurativa adattarsi a particolari esigenze e limitazioni.

Così non è possibile per ovvie ragioni ricorrere alla ripetizione del dosaggio a brevi intervalli, che pure sarebbe tanto utile per un esatto giudizio sul valore prognostico da attribuire alle iperazotemie eventualmente riscontrate.

Credo utile soffermarmi su qualche punto della complessa questione avente particolare attinenza con la pratica assicurativa allo scopo di poter meglio valutare ed utilizzare ai nostri fini questo così importante elemento diagnostico e prognostico.

Castaigne descrive le seguenti forme poco note di iperazotemia:

A) le iperazotemie senza valore prognostico;

B) le cosiddette iperazotemie camuffate.

In considerazione dell'interesse che queste forme presentano in medicina delle assicurazioni vita le passerò brevemente in rassegna.

A) Le iperazotemie senza valore prognostico, che forse sarebbe più esat-

to chiamare « iperazotemie di incerto valore prognostico », comprendono:

I) Le azotemie limite (dette anche azotemie iniziali od azotemie minime o variabili);

II) Le iperazotemie extra renali.

I) Azotemie limite.

Sono quelle in cui il tasso dell'urea nel sangue presenta cifre comprese tra gr. 0,45 ‰ e gr. 0,65 ‰ e che si riscontrano per lo più in soggetti apparentemente incolumi da lesioni renali (cioè non presentanti albuminuria, ipertensione arteriosa od altri segni di nefrite). Queste lievi iperazotemie si osservano specialmente in soggetti neuroartritici od affetti da lieve insufficienza epatica, e debbono essere oggetto di tutta la nostra attenzione potendo essere il preludio di una lesione renale. Inoltre nella nostra pratica assicurativa non di rado osserviamo in assicurandi che, pur avendo presentato in precedenza una albuminuria, al momento dell'esame non presentano alcun segno urinario o clinico di sofferenza renale, iperazotemie modiche (comprese tra gr. 0,50 e gr. 0,60 di urea per mille) e che hanno molti punti di contatto con le cosiddette « azotemie iniziali ».

In questi casi dobbiamo perciò ricercare attentamente la presenza di qualche altro segno di lesione renale.

D'altra parte in queste iperazotemie modiche od iniziali possono rientrare però talune iperazotemie di origine extra-renale: bisogna perciò procedere con ogni cautela ed accertarsi che tale ritenzione azotata sia realmente dovuta alla diminuita permeabilità del filtro renale. L'iperazotemia iniziale per avere valore dovrebbe essere dunque un fatto bene accertato e costante e non già transitorio e regressivo.

CASTAIGNE raggruppa sotto la denominazione « azotemia limite » tutti i casi

in cui il tasso di urea nel sangue ha valori compresi tra gr. 0,40 e gr. 1 ‰; questi valori naturalmente non sono assoluti potendo rientrare nella denominazione anche casi compresi tra gr. 0,35 e gr. 1,20 ‰.

Questo A. in uno studio praticato su 600 nefritici cronici trova nel 73 % dei casi valori che rientrano nella azotemia limite. Il valore prognostico dell'azotemia limite è variabile a seconda dei casi, per calcolarlo con esattezza sarebbe necessario praticare il dosaggio dell'urea sanguigna prima e dopo un regime dietetico di dieci giorni senza azoto nè cloruro di sodio; se l'urea diminuisce nettamente e la cloruremia è normale la prognosi sarà buona, se vi è invece aumento della cloruremia la prognosi sarà grave ma l'individuo resterà in vita per parecchi anni sia pure in stato di salute precario, infine se all'aumento della cloruremia si aggiunge anche uno stato di acidosi la prognosi sarà estremamente grave e la morte avverrà a breve scadenza.

Anche secondo WIDAL e WEIL, per poter formulare con esattezza un giudizio prognostico in queste lievi iperazotemie, bisognerebbe poterne seguire il comportamento con dosaggi ripetuti a vari intervalli di tempo perchè queste iperazotemie iniziali non sono altro in fondo che delle iperazotemie d'allarme che possono anche avere un decorso progressivo. Di fronte a queste iperazotemie iniziali sarebbero perciò necessari frequenti dosaggi ripetuti ogni uno o due mesi per basare la prognosi sui seguenti criteri ematochimici:

1) se l'azotemia torna più o meno rapidamente alla norma dovremo ritenere che si tratti di una iperazotemia transitoria probabilmente di origine extra-renale, e che in ogni caso la funzionalità del rene è ancora discreta e perciò la prognosi è relativamente più fausta;

2) se l'azotemia resta oscillante intorno ai gr. 0,50 ‰ oppure fissa ad una cifra leggermente superiore allora potremo fare una prognosi più riservata, ma sempre relativamente fausta;

3) infine se l'azotemia si innalza progressivamente fino a raggiungere ed anche sorpassare i gr. 1 ‰ ed allora dovremo emettere un giudizio prognostico molto grave.

D'altronde allo stesso WIDAL non era sfuggita l'esistenza di queste lievi iperazotemie, talore transitorie, la cui prognosi non può essere sottomessa ad alcuna regola; ed infatti già egli aveva osservato che quando l'iperazotemia oscilla tra gr. 0,40 e gr. 1 ‰ la prognosi non è immediatamente infausta perchè queste piccole azotemie iniziali possono osservarsi nei nefritici cronici in buone condizioni generali e sono talora la semplice espressione di transitorie crisi di ritenzione azotata che possono facilmente scomparire specie se i pazienti si sottopongono ad un regime dietetico ipoazotato.

Sempre per quello che riguarda il valore prognostico di queste lievi iperazotemie il WIDAL aveva ben messo in evidenza che nelle lievi iperazotemie iniziali la gravità della prognosi è unicamente in rapporto al progressivo aumento dell'azotemia e faceva rilevare che quando il tasso dell'urea sanguigna oscilla tra 0,50 e 1 bisogna guardarsi dal formulare un giudizio prognostico basandosi sui risultati di un solo esame, ma ripetere il dosaggio ad intervalli più o meno lunghi, perchè solo se il tasso di urea che era superiore a gr. 0,50 ‰ torna al normale si può fare una prognosi buona, mentre se si mantiene moderatamente elevato per mesi od anni la prognosi sarà riservata ed infine la prognosi diviene infausta quando l'azotemia sale progressivamente da gr. 0,50 a 0,60, 0,70, 0,80, 0,90, 1 ‰ ed oltre.

II) Iperazotemie extra-renali.

Sarebbe certamente erroneo attribuire al semplice dato ematochimico iperazotemia un valore assoluto che in realtà non possiede perchè non sempre l'insufficienza renale si accompagna ad iperazotemia manifesta e d'altra parte non sempre l'insufficienza renale è la sola causa di una iperazotemia. L'equazione: « aumento del tasso dell'urea sanguigna = insufficienza renale » può condurre talvolta ad errori grossolani in quanto altre cause extra-renali possono determinare una iperazotemia e parecchie di queste cause possono associarsi nello stesso malato. Il medico deve ben conoscere e valutare l'importanza rispettiva di queste diverse cause e tener sempre presente che esistono svariate condizioni che, indipendentemente da ogni deficit funzionale del rene, possono determinare un accumulo di urea nel sangue, senza dimenticare però che le lesioni renali costituiscono sempre la causa più importante della ritenzione di urea nell'organismo.

Solo se l'insufficienza renale fosse sempre l'unica causa dell'iperazotemia si potrebbe in ogni caso facilmente diagnosticare una insufficienza renale ogni qualvolta si riscontra una iperazotemia e si potrebbe anche stabilire esattamente il grado dell'insufficienza renale che sarebbe direttamente proporzionale al grado dell'iperazotemia stessa, avendosi così in ogni caso la possibilità di emettere un giudizio prognostico di esattezza quasi matematica.

Dovendo necessariamente schematizzare si possono riportare i meccanismi capaci di determinare accumulo di urea nel sangue a tre gruppi e cioè:

- 1) Eliminazione insufficiente dell'azoto.
- 2) Apporto eccessivo di azoto.
- 3) Produzione eccessiva di azoto.

1. - *Insufficiente eliminazione dell'azoto.* — E' questa senza dubbio la causa più importante e comprende sia l'insufficiente eliminazione da insufficienza renale consecutiva ad una lesione del parenchima che quella consecutiva ad un semplice disturbo funzionale, causando entrambi una diminuzione del potere di concentrazione del rene e conseguente accumulo di urea nel sangue. In questo gruppo rientrano anche le iperazotemie extra-renali da oliguria, le iperazotemie da oligopatia (privazione delle bevande), quelle da gravi perdite di acqua per profusi sudori, diarree e vomiti, le azotemie cloropeniche, quelle di origine riflessa (anuria riflessa da colica nefritica, ecc.). In tutte queste forme l'insufficienza del potere di concentrazione dei reni determina l'iperazotemia con un meccanismo molto semplice che è il seguente: un rene a normale potere di concentrazione può eliminare fino a 50 gr. di urea per litro; quando invece per una lesione parenchimale i reni hanno un potere di concentrazione così basso da riuscire ad eliminare solo 1 gr. di urea per litro e talora anche meno, è chiaro che ferma restando la quantità giornaliera della eliminazione urinaria tanto più bassa sarà la concentrazione massima tanto minore sarà la quantità di urea eliminata con le urine e per conseguenza tanto maggiore sarà l'accumulo di urea nel sangue.

Naturalmente se un soggetto deve eliminare 25 gr. di urea al giorno ed ha un potere di concentrazione massimo di gr. 50 ‰ cioè normale, per riuscire ad eliminare questi 25 gr. di urea dovrà emettere almeno 500 cc. di urina al giorno. Quando si abbassa il potere di concentrazione, restando la stessa la produzione dell'urea, dovrà proporzionalmente aumentare la quantità giornaliera dell'urina eliminata, altrimenti si determinerà una diuresi insufficiente e rela-

tivo accumulo di urea nell'organismo con conseguente iperazotemia. Nella pratica corrente queste iperazotemie da diuresi insufficiente sono piuttosto rare ma debbono essere ben conosciute onde poter interpretare correttamente il valore prognostico di una iperazotemia nei casi in cui a causa di un disturbo dell'escrezione urinaria (facile ad aversi nei prostatici, nelle ptosi renali, nelle compressioni degli ureteri, ecc.) a causa dell'oliguria e talora dell'anuria compaiono iperazotemie anche elevate che scompaiono rapidamente con lo svuotamento della vescica col cateterismo.

A queste iperazotemie da insufficiente diuresi, oltre alle ritenzioni supplementari che si possono verificare in soggetti già iperazotemici per insufficienza del potere di concentrazione, appartengono anche quelle forme che si possono verificare anche in soggetti normali per transitorie oligurie da eccessiva perdita di acqua per sudorazione profusa, o diarrea profusa. Tali forme si hanno specialmente nella stagione estiva in soggetti che bevono poco e sudano molto provocando una disidratazione dell'organismo ed una diminuzione della massa totale del sangue con riduzione della diuresi al di sotto dei 500 cc. e conseguente iperazotemia senza disturbi gravi nei soggetti sani, mentre naturalmente nei nefritici cronici in analoghe circostanze si può determinare una « iperazotemia da sovraccarico » con la brusca insorgenza di gravi fenomeni uremici. A queste iperazotemie da insufficiente eliminazione appartengono pure quelle lievi iperazotemie che si possono incontrare in soggetti che urinano poco non solo di estate ma anche nelle altre stagioni; si tratta per lo più di soggetti nervosi che hanno la fobia dell'obesità o della dilatazione gastrica, che si sottopongono a cure dimagranti troppo rigorose od anche che sentono poco lo stimolo della

sete. (Questi oligopati a causa dell'azione irritante effettuata sulle vie urinarie dall'urina troppo concentrata possono presentare talora anche lievi albuminurie con ematurie microscopiche ed abbondante ossaluria che scompaiono facilmente con una cura di diuresi che fa al tempo stesso scomparire anche l'iperazotemia determinata dall'oliguria).

2. - *Eccessivo apporto di azoto.* —

Come ho già precedentemente accennato a WIDAL spetta il merito di aver stabilito che per poter dare ad una lieve iperazotemia tutto il suo valore prognostico sarebbe assolutamente necessario precisare la quantità degli alimenti azotati contenuti nella sua dieta abituale, e ciò perchè un eccesso di alimentazione azotata può determinare una lieve iperazotemia anche in soggetti con reni ben funzionanti, come pure aumentare una iperazotemia già in atto nei nefritici cronici con insufficienza renale.

3. - *Eccessiva produzione di azoto.*

— Si può avere in svariatissime condizioni: inanizione, traumi, malattie infettive, ecc. In tutte queste forme la disintegrazione esagerata dei tessuti costituisce il fattore principale (azotemia di origine istolitica); di più devono essere prese in considerazione l'eventuale oliguria, l'insufficienza circolatoria, la diarrea, i vomiti, le sudorazioni profuse. Si può dire che in tutte le malattie infettive acute e gravi si verifica una così intensa distruzione dei tessuti da provocare da sola una iperazotemia. Specialmente negli stati morbosi tossi-infettivi interessanti contemporaneamente il fegato e il rene (spirochetosi-itteroemorragica, ecc.), si può avere una iperazotemia precoce ed elevata provocata al tempo stesso sia da una esagerata produzione che da una ritenzione azotata.

In tutti questi casi le elevate iperazotemie sono specialmente dovute al som-

marsi del fattore oliguria al fattore eccesso di produzione di urea per esagerata distruzione dei tessuti azotati ed al fattore nefrite acuta od insufficienza funzionale del potere di concentrazione.

B) *Iperazotemie camuffate.*

CASTAIGNE ha osservato che molti nefritici cronici, conducenti una vita molto regolata e sottoposti a una opportuna dieta, pur presentando lesioni croniche interstiziali del rene di tale entità da rendere più o meno difettosa la eliminazione dell'urea, per l'intervento di fenomeni di compenso di ordine extra-renale arrivano a supplire alla deficiente funzione renale con una eliminazione globale dell'urea sufficiente e ad un conseguente mantenimento dell'azotemia entro i limiti normali.

E' chiaro che questo equilibrio dovuto ad un meccanismo extra-renale di compensazione è alquanto instabile e che questi soggetti debbono essere sempre considerati come degli iperazotemici allo stato potenziale perchè basta qualche banale circostanza (errori dietetici, diminuzione della diuresi nei grandi calori estivi, affezioni febbrili anche lievi, ecc.) per rompere l'equilibrio e far diventare questi soggetti degli iperazotemici clamorosi.

Si può dire che la caratteristica essenziale di queste forme di nefrite cronica con insufficienza renale mascherata da processi vicarianti extra-renali, è appunto la facile ricomparsa dell'iperazotemia che possiamo quasi ottenere a volontà e con mezzi molto semplici e che ci permette di differenziare queste forme dall'ipertensione semplice senza lesioni renali.

In queste nefriti croniche con iperazotemia mascherata o camuffata i principali sintomi sono i seguenti:

Poliuria e nicturia costante, isostenuria con peso specifico sempre basso, in-

torno ai 1010 ed anche inferiore; albuminuria frequente e spesso accompagnata ad ematuria, specie microscopica.

A carico dell'apparato circolatorio abbiamo imponenti sintomi consistenti in: ipertensione arteriosa che è sempre molto elevata, superiore ai 200 mm. di mercurio e spesso accompagnata alla maggior parte di quei segni vasomotori che furono chiamati da DIEULAFOY « piccoli segni del brightismo » e che consistono in cefalea, vertigini, ronzii d'orecchio, disturbi visivi, fenomeno del dito morto, ecc.

Anche nell'evoluzione della malattia i sintomi in rapporto alla ipertensione hanno sempre carattere dominante; sono perciò frequenti le epistassi, le emorragie retiniche, le emorragie cerebrali o meningee, oltre alle crisi parossistiche ipertensive con fenomeni nervosi transitori (amaurosi, afasie, emiplegie, ecc.).

Esiste sempre notevole cardio-ipertrofia; però finchè il miocardio resiste non compaiono segni di insufficienza cardiaca.

Malgrado l'esistenza dell'iperazotemia mascherata la morte per uremia è meno frequente di quella per emorragia cerebrale o meningea, angina pectoris, ecc. La morte per uremia si verifica solo quando il malato abbandona il regime ipoazotato o si espone ad esagerati sforzi fisici determinando una insufficienza cardiaca con conseguente diminuzione della diuresi e successiva comparsa dell'iperazotemia, con morte per sintomi combinati di uremia ed asistolia.

L'esistenza della insufficienza renale in questi casi, in cui il tasso dell'urea sanguigna può essere normale, è spesso messa in rilievo dalla ricerca del potere di concentrazione che è notevolmente diminuito; è chiaro che in tal caso, pure esistendo una insufficienza renale, a causa del compensatorio aumento della

diuresi il rene riesce a depurare l'organismo in modo normale e questo spiega la mancanza della iperazotemia.

* * *

L'esame chimico del sangue in rapporto al metabolismo dell'azoto è oggi uno dei mezzi migliori per lo studio della funzionalità renale. Tale esame ematochimico offre il vantaggio nella pratica assicurativa della rapidità richiedendo un unico prelevamento di sangue che può essere fatto al momento stesso della visita medica.

Dobbiamo ritenere perciò che, tenendo presente quanto abbiamo sopra esposto sulle necessarie condizioni ottimali di tecnica e sui criteri di valutazione dei risultati, il dosaggio dell'azoto ureico nel sangue sia tuttora da considerare elemento di capitale importanza per la diagnosi e la prognosi delle nefropatie croniche. Purtroppo un solo esame non può talora contenere in sé tutti gli elementi necessari per stabilire un esatto giudizio prognostico, perchè, come abbiamo più volte accennato, specialmente nelle iperazotemie che più ci interessano e cioè in quelle comprese fra i valori di gr. 0,50 e gr. 1‰ la prognosi è basata soprattutto sul risultato di dosaggi successivi e precisamente: prognosi relativamente buona se il tasso ematico dell'urea rimane stazionario e specialmente se si abbassa, prognosi infausta se il tasso azotemico tende ad un progressivo aumento.

Se nella pratica assicurativa fosse possibile seguire per mezzo di ripetuti dosaggi l'andamento stazionario, progressivo o regressivo, dell'azotemia potremmo dare a questo esame il massimo valore prognostico e dal grado e dal comportamento dell'iperazotemia potremmo dedurre con quasi matematica certezza la più o meno lunga sopravvivenza dell'assicurando in esame. Ma

sebbene ciò non sia possibile dobbiamo egualmente, in tutti i casi di albuminuria o nei casi in cui altri dati clinici depongono per l'esistenza di una lesione renale, sempre praticare il dosaggio dell'azotemia, perchè la ritenzione dell'azoto ureico nel sangue va sempre considerata come una delle principali manifestazioni funzionali dell'insufficienza renale anche se iniziale.

Perciò anche quando le peculiari esigenze della pratica assicurativa non ci consentono più di un unico dosaggio dell'azotemia dobbiamo dare a questo esame molta importanza specialmente se ci fornisce un risultato superiore a quella cifra di gr. 0,50 ‰ che viene comunemente accettata come limite normale massimo.

Ricordo che il CIRT ponendo fra gli elementi essenziali per la valutazione del rischio « albuminuria » la conoscenza del valore azotemico considera come limite massimo nel giudizio di accettabilità di un nefritico la cifra di gr. 0,60 per mille di urea sanguigna a digiuno.

Mi riservo in un prossimo lavoro di studiare la durata della vita negli assicurati che furono riscontrati affetti da albuminuria con iperazotemia.

In questa breve rassegna ho accennato per completezza ai fattori extra-renali (oliguria, dieta iperazotata, ecc.) capaci di provocare una lieve iperazo-

temia in soggetti con reni integri o di aumentare una iperazotemia basale dipendente da lesioni renali; per contro altre sostanze tossiche da un lato e complessi meccanismi extra-renali di compenso alla deficiente eliminazione renale dall'altro, possono entrare in giuoco ed esercitare talora una notevole influenza sulla ulteriore evoluzione della malattia renale e quindi sulla prognosi. Però tali forme di iperazotemie extra-renali, se pur vanno sempre tenute presenti, sono molto rare nella pratica assicurativa. L'iperazotemia pertanto conserva anche in medicina delle assicurazioni vita tutto il suo valore prognostico e ci può permettere di prevedere, sia pure entro certi limiti, la prognosi anche lontana delle nefropatie croniche purchè nella interpretazione del dato ematochimico non ci si astragga dal complesso degli altri dati clinici. A questo concetto si informa lo schema proposto recentemente da STARNA per la valutazione col metodo quantitativo del rischio albuminuria in assicurazione vita.

Bisogna infatti sempre ricordare che l'iperazotemia, pur essendo un prezioso sintomo, è soltanto un sintomo e può avere perciò tutto il suo valore prognostico solo se considerato non da solo ma nell'insieme di tutti gli altri dati clinici.

(La bibliografia sarà pubblicata negli estratti)

L'ECO DELLA STAMPA

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

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

Il significato della fistola anale in A. V.

Dott. MARIANO CLAUSI-SCHETTINI

La fistola anale è un esempio tipico di fistola « patologica » ed è costituita da « un'ulcera conformata a canale ». L'espressione non è troppo felice; ma in patologia chirurgica il termine « patologica » serve, secondo taluni Autori, a distinguere l'origine della forma morbosa, in quanto un'altra varietà è data dalle fistole dette invece congenite, che d'altra parte sono pure patologiche.

Ho detto « ulcera conformata a canale », e infatti la fistola è costituita da un tragitto variamente disposto, formato da pareti a carattere ulceroso. E' nota, a tal proposito, la distinzione che si fa in chirurgia fra ulcera e piaga, qualche volta a torto confuse nei termini indifferentemente adoperati. Mentre la piaga è una affezione chirurgica che tende alla guarigione, granulante più o meno, l'ulcera è una lesione che non è avviata verso la guarigione in quanto non è ancora attenuato o spento il processo irritativo o infiammatorio che la ha determinata.

Le fistole anali si incontrano con una certa frequenza nella pratica e sono più frequenti nell'uomo che nella donna. Bryant ha trovato 74 donne sopra 462 uomini; Greffath una sola donna sopra 61 osservazioni; Quénu ed Hartmann 9 donne sopra 75 uomini. Per quanto riguarda l'età esse si producono raramente nell'infanzia e nella vecchiaia mentre il massimo di frequenza si riscontra fra i 25 e i 40 anni.

La fistola anale ha origine nel canale intestinale o a questo è contigua non dovendo essere considerate come tali tutte le fistole che si aprono al perineo

e che possono avere per origine l'uretra, la prostata, il cingolo osseo, la colonna vertebrale. Due grandi varietà poi debbono essere distinte, e cioè fistole anali propriamente dette nelle quali il tragitto sottocutaneo, mucoso od ischio-rettale non raggiunge l'elevatore dell'ano e fistole che interessano lo spazio pelvirettale superiore.

Quando un ascesso perianale o perirettale si è aperto in corrispondenza della pelle o della mucosa rettale non è frequente la guarigione spontanea, anzi nella gran maggioranza dei casi il processo di riparazione si arresta, la cavità purulenta che si è svuotata ed impicciolita non viene totalmente colmata dal nuovo tessuto di riparazione e si trasforma infine in un tragitto poco o nulla granulante che non tende alla guarigione, circondato da un tessuto cicatriziale compatto e che termina con uno o più orifici. Si è costituita così una fistola ano-rettale.

Lasciando per ora da parte la questione etiologica della forma in esame, scaturisce da queste premesse che la fistola anale proviene sempre da un ascesso, grande, piccolo o piccolissimo, perianale o perirettale. Corrispondentemente alla localizzazione dell'ascesso e del tragitto la fistola può essere sottocutanea o sottomucosa all'interno dello sfintere cioè tra questo da una parte e la pelle o la mucosa dell'ano dall'altra; può andare dalla pelle al cavo ischio-rettale; può giungere nello spazio pelvi rettale. La prima varietà, costituita dagli ascessi dei margini dell'ano sottocutaneo-mucosi, dà luogo alle fistole intrasfinteri-

che, superficiali, mentre le altre varietà danno origine alle fistole extrasfinteriche. La varietà più frequente è la prima, cinque volte meno frequente circa è la ischio-rettale e più rara ancora è la pelvi-rettale. Delbet e Brechot riferiscono di aver trovato soltanto 12 fistole unicamente extrasfinteriche sopra 119 casi e su altri 37 casi soltanto 4 extrasfinteriche. Le fistole pelvirettali sono per lo più dovute a lesioni prostatiche e pertanto il più delle volte non fanno parte del gruppo delle fistole ano-rettali.

In generale le fistole profonde si aprono lontano dall'ano a 3-4-5 centimetri.

Ma la fistola oltre ad essere costituita da un tragitto presenta pure degli orifizi, e quando presenta due aperture è detta completa, mentre è detta cieca quando l'orifizio è unico. La fistola è cieca esterna se l'orifizio unico è sulla cute, cieca interna se l'orifizio è nell'intestino. Le fistole complicate poi hanno diverse aperture. In questi casi la lunga durata della fistola, l'occlusione intermittente dell'orifizio, l'incurvamento del condotto per retrazione cicatriziale sono cause di ritenzione del pus con formazione di nuovi ascessi che producono nell'aprirsi nuovi sbocchi. Altre volte sono nuove infezioni che determinano nuovi ascessi. Le aperture multiple si formano quasi sempre sulla pelle e di rado sulla mucosa. Quando gli orifizi sono situati tutti da un lato, nelle fistole complicate, queste vengono dette laterali, e si dicono commissurali o a ferro di cavallo quando si estendono da una parte all'altra lungo la linea mediana e circondano l'ano a mezzaluna.

Perchè le fistole anali non tendono a guarire spontaneamente? Varie sono le cause che sono state invocate per rispondere a questa domanda, e se fattori inerenti alla sede della lesione non intervenissero, la tendenza alla persistenza della

lesione sarebbe una base favorevole all'opinione che la maggioranza o tutte le fistole anali siano di natura tubercolare. Infatti un tragitto costituito da tessuto tubercolare potrebbe spiegare la tenacia della lesione allo stesso modo che la costituzione della parete dell'ascesso freddo spiega la cronicità di questo processo a differenza di quanto si osserva nell'ascesso caldo, nel quale la parete presenta delle caratteristiche istologiche completamente differenti. Così che intorno al retto anche un ascesso caldo può terminare, come in realtà termina quasi sempre, in una lesione cronica a carattere fistoloso. E' da notare ancora che i fattori di sede hanno anche la loro influenza sul decorso delle lesioni tubercolari, poichè non bisogna dimenticare che queste quando si presentano in altre sedi se hanno il carattere della cronicità non presentano, eccettuate alcune eventualità, quel carattere di tenacia, si può dire indefinita, che invece presenta la fistola anale. Mi sembra dunque alquanto esagerata l'affermazione di Delbet e Brechot che le fistole anali non guariscono perchè sono di natura tubercolare. Questi Autori ammettono la causa costituita dalla sede per le fistole complete o cieche interne mentre la escludono per le cieche esterne considerato che in queste non può ammettersi la forma piostercoracea, di modo che riconoscono fistole complete e cieche interne di natura piostercoracea e fistole cieche esterne sempre di natura tubercolare. Ma le fistole cieche esterne anche se non hanno comunicazione col retto non possono ugualmente essere soggette di continuo a nuove infezioni dalle feci che toccano la regione anale? A mio modo di vedere non si può dunque assegnare una limitazione al concetto di fistola piostercoracea, nel senso che se la fistola cieca esterna non è stercoracea l'infezione continua proveniente dalle feci unita ad

altri fattori può sostenere la cronicità della lesione senza dover necessariamente ammettere una origine tubercolare. E come altri fattori occorre tener presenti i movimenti della parte di origine sfinterica che impediscono quella condizione di riposo necessaria alla guarigione, le irregolarità e le anfrattuosità del tragitto fistoloso, ecc. La cura chirurgica infatti si rivolge anche a questo ultimo importantissimo fattore con la incisione di ogni diverticolo e, mettendo allo scoperto la lesione, secondo uno dei metodi più usati, ha spesso ragione della tenacia della fistola, evenienza che non credo sarebbe tanto discretamente frequente se tutte o quasi tutte le fistole fossero di natura tubercolare.

Le fistole anali di natura tubercolare certamente esistono ma non bisogna esagerare ammettendo pressochè in tutte tale origine.

Il processo primitivo che dà luogo alla fistola può essere di varia specie. Ulceri traumatiche, decubito causato da feci indurite, ascessi acuti e subacuti, emorroidi ulcerate, ulceri tubercolari, gonococciche, sifilitiche, micosiche, stenosi rettali cancerigne con ulcerazioni, talvolta perfino ulcerazioni tifiche possono dar luogo a fistole anali. Lannelongue ha descritto delle fistole cieche di origine congenita che derivano spesso dallo svuotamento di una piccola cisti dermoide della regione sacro-coccigea.

Secondo taluni Autori in un uomo con tare ereditarie specifiche la fistola anale può essere il primo segno di una tubercolosi che si manifesterà più tardi in altri organi.

Se si scorre la letteratura sulla etiologia della fistola anale in rapporto alla tubercolosi è facile notare come le opinioni siano molto discordi. Allingham e Greffath hanno trovato che dal 10 al 14 % di malati che presentavano una fistola anale erano affetti da tubercolosi

polmonare, e vari Autori avendo ricercato la frequenza della fistola anale negli ammalati di tubercolosi polmonare hanno trovato cifre che arrivano al 5 %. Hartmann ha notato nei 50 % dei casi di fistola anale dei segni di tubercolosi, e sopra 100 casi di tubercolosi 5 fistole anali. Secondo Delbet e Bréchet certamente una fistola anale di natura tubercolare può svilupparsi in un individuo che non ha altre lesioni tubercolari.

A quegli Autori i quali, come Andral e Louis, hanno ricercato la fistola tubercolare nei malati di tubercolosi trovando cifre molto basse tali da mettere in dubbio l'importanza della tubercolosi nel determinismo di questa lesione, Peter fa osservare che occorre ricercare la tubercolosi nei malati di fistola anale, e allora sarà facile notare la discreta frequenza della malattia tubercolare nel corso di questa lesione.

Uffreduzzi ritiene che una discreta percentuale di fistole anali, all'incirca il 25-30 % sia di natura tubercolare. Ciò andrebbe d'accordo anche con i risultati della cura chirurgica di questa lesione che ottiene una guarigione duratura nel 70-75 % dei casi, se si considera che proprio le fistole tubercolari sono quelle che danno il maggior numero di insuccessi o di recidive.

E' il caso, a questo punto, di accennare alle varie forme della tubercolosi ano-rettale.

1) Il lupus della regione anale è quasi sempre secondario a lesioni con punto di partenza vulvare o perianale, può anche svilupparsi intorno allo sbocco di un seno fistoloso o sulla cicatrice di una fistola tubercolare guarita.

2) La tubercolosi verrucosa è una forma rara ed è rappresentata da salienze papillomatose che possono essere ulcerate alla base, facilmente confondibili con una forma carcinomatosa. La

diagnosi differenziale è spesso affidata all'esame istologico, e quando esistono le ulcerazioni il carattere di queste può far pensare alla tubercolosi. I gangli inguinali possono essere tumefatti e presentare lesioni specifiche.

3) L'ulcerazione tubercolare è una forma frequente. La lesione interessa il contorno anale e si estende verso il retto. Questo si presenta ispessito, infiltrato, di modo che il lume ne risulta alquanto ristretto. La forma si osserva specialmente associata a lesioni polmonari in atto. Anche qui si possono avere manifestazioni consecutive a carico delle glandole inguinali.

4) La tubercolosi nodulare può essere sottocutanea o sottomucosa, è rara ed evolve qualche volta verso l'ascesso freddo.

5) L'ascesso freddo perineale ha un decorso cronico (discutibili sono i casi a decorso acuto o subacuto) e se si apre spontaneamente o se sia stata praticata una incisione ne residua una fistola tenace e ribelle.

Riprendiamo ora dopo questa divagazione la questione del rapporto fra tubercolosi e fistola anale. Abbiamo visto come non si possa negare l'importanza della tubercolosi nel determinismo della fistola e come d'altra parte sia esagerato ammettere in ogni caso la natura tubercolare. Molte delle statistiche esistenti si riferiscono a casi non completamente studiati e pertanto non possono costituire degli elementi di fondato giudizio.

Ho riportato sopra alcuni dati statistici e ne aggiungerò ora degli altri non meno discordanti.

Fansler ammette la natura tubercolare nel 2,5 % dei casi; Frey nel 6,9 %; Gabriel nel 16 %; Lockhart-Mummery nel 20 %; Gotz nel 45 %; Melchior nel 61 %; Chisholm ammette una percen-

tuale del 55 % negli individui portatori di lesioni polmonari non evolutive o fibrose e il 77 % nei portatori di tubercolosi evolutiva. Lo stesso Autore afferma di non aver mai trovato il bacillo di Koch nel secreto delle fistole di individui non tubercolosi. Clarke ammette che la fistola anale si riscontra 13 volte più spesso nei maschi tubercolotici rispetto a soggetti non affetti da tubercolosi e Berry ritiene di natura tubercolare il 75 % delle fistole appartenenti ad individui con tubercolosi polmonare attiva contro il 15 % delle fistole appartenenti a tubercolotici guariti.

L'accertamento della natura tubercolare della fistola non è facile e nessuna prova è sufficiente quando è presa isolatamente. Sono note le difficoltà che si incontrano per dimostrare il bacillo di Koch nelle secrezioni provenienti da lesioni tubercolari chirurgiche ed è noto come spesso si debba ricorrere a numerose prove microscopiche, istologiche, culturali, biologiche per accertare la natura di esse. Difatti l'esame istologico può essere negativo per mancanza di noduli nel pezzo esaminato, come può riuscire negativa la prova culturale, mentre, per esempio, può riuscire positiva la prova biologica. Inoltre sono da tener presenti varie cause di errore che prenderemo fra breve in esame. E' necessario dunque ricorrere a tutte le prove quando si voglia accertare la natura di una fistola anale. In base a questi concetti e con ricerche complete Ronzini afferma di aver trovato sopra 24 fistole ano-rettali 19 casi sicuramente positivi, 2 sospetti e 3 negativi.

Senza dubbio esiste dunque una relazione tra fistola anale e tubercolosi, anche se vi sono statistiche che sono molto discordi e che sembra vadano verso l'esagerazione in un senso o nell'altro, non esenti, come sono, da cause di errore in quanto sono fondate o sopra ricerche

non complete o sopra osservazioni provenienti da malati appartenenti a gruppi che non si presentano nelle stesse condizioni. In ogni modo è interessante notare per esempio che le fistole anali osservate nei Sanatori sono di frequenza maggiore di quelle osservate in altri luoghi di cura dedicati a malati di forme non tubercolari. Tuttavia è necessario fare delle riserve sulle statistiche che presentano una grande frequenza dell'origine tubercolare della fistola anale. Può esistere una fistola tubercolare in un tubercolotico, ma non può essere esclusa la esistenza di una fistola da suppurazione banale in un soggetto che presenta una tubercolosi polmonare. Perciò assegnare a tutte le fistole che si presentano negli individui tubercolotici una etiologia tubercolare è un abuso. Le stesse prove di accertamento possono essere fallaci, e recentemente Kaufmann ha richiamato l'attenzione su varie cause di errore. Questo Autore su di un totale di 101 operazioni di fistola anale ha potuto accertare in dieci casi soltanto la natura tubercolare. Egli ritiene che si esageri la frequenza delle fistole tubercolari e che i lavori pubblicati sull'argomento riposino sopra documentazioni insufficienti o partigiane. Secondo Kaufmann infatti occorre tener conto dei bacilli acido resistenti delle feci che non sono bacilli di Koch e dei bacilli deglutiti che debbono essere considerati soltanto come forme di eliminazione quando vengono osservati nel secreto di una fistola, e occorre ricordare ancora che nell'esame istologico la cellula gigante non è specifica della tubercolosi.

Lo stesso Kaufmann riporta l'osservazione di quattro giovani ai quali era stata interdetta la carriera militare o amministrativa perchè i medici avevano dichiarato in questi soggetti di natura tubercolare una fistola anale. Operati e

controllati questi giovani dopo cinque anni non presentavano alcun segno di tubercolosi e la fistola all'esame del pezzo non si era dimostrata di natura tubercolare. Secondo Kaufmann inoltre è criticabile l'affermazione di Yeoman che la regola più sicura nei casi dubbi è quella di dichiarare la fistola di natura tubercolare. Egli invece afferma che l'entità morbosa della fistola tubercolare esiste e che occorre ammetterla quando concordino tre segni che presi isolatamente sono senza valore: a) cattivo stato della fistola; b) presenza di cellule giganti; c) presenza di tubercolosi polmonare.

La diagnosi della fistola anale non presenta di solito delle difficoltà. La fistola cieca esterna e la fistola completa hanno un orificio esterno che può essere molto piccolo nascosto a volte fra le pliche raggiate dell'ano. Se l'orificio esterno non è evidente con la pressione del dito introdotto nel retto si può dar luogo alla fuoruscita di pus e viceversa una pressione sul perineo sospingendo il pus può servire a mettere in evidenza una fistola cieca interna. La diagnosi di questa ultima varietà è più complicata e la palpazione di una piccola sporgenza nella quale è posto l'orificio di sbocco o l'introduzione dello speculum agevoleranno la diagnosi. In questi casi generalmente il malato attribuisce ad emorroidi le crisi dolorose dovute a reinfiammazioni acute della fistola o il senso di fastidio e di pesantezza che avverte.

Non mi soffermo sui dati della specillazione e sulla introduzione diagnostica di sostanze opache ai raggi X o di sostanze coloranti nel tragitto e ricordo solamente che occorre tener presenti le fistole intermittenti perchè non si giudichi della guarigione della lesione con troppa facilità. Infatti una delle eventualità che si verificano nella fistola cieca interna è data dalla cicatrizzazione dell'orificio esterno di una fistola che prima

era completa; ma poichè dalla parte del retto il processo infiammatorio persiste l'orifizio esterno si può riaprire con la realizzazione del carattere intermittente della fistola.

L'orifizio esterno, come ho detto, può essere molto piccolo, tale da sfuggire ad un esame superficiale. Occorre spiegare tutte le pliche della regione anale e per un migliore accertamento il tatto può venire in aiuto, in quanto premendo col polpastrello dell'indice intorno all'ano si può percepire un indurimento circoscritto e leggero presso il quale si può trovare l'orifizio dal quale la pressione concentrica può anche far apparire una gocciolina di pus. Queste ricerche particolarmente non saranno trascurate quando dall'interrogatorio del soggetto nasca il sospetto di una fistola anale. E a tal proposito non è superfluo ricordare che questa lesione non deve essere trascurata nell'interrogatorio tanto più che nei moduli di visita medica da riempire in occasione dell'esame di un assicurando esiste una domanda specifica a tale riguardo. La fistola anale infatti non è una affezione trascurabile come vedremo fra breve.

La sede dell'orifizio ha anche la sua importanza. Come abbiamo visto le fistole extrasfinteriche sono per lo più fistole profonde che avranno un significato diverso che le fistole superficiali. Le fistole osteopatiche non si trovano avvicinate al retto ma se ne allontanano per portarsi verso la parete del bacino, per quanto non sia sempre assoluto questo criterio diagnostico limitato solamente all'esame dell'orifizio esterno senza il sussidio della specillazione.

Le fistole genito-urinarie sono anteriori e sulla linea mediana o quasi mentre le fistole anali in tale sede sono eccezionali.

Il rilievo di orifizi multipli ha la sua importanza come vedremo.

Riconosciuta una fistola anale è necessario, fin dove è possibile, ricercarne la natura. Dirò subito che in presenza di una fistola anale occorre rivolgere la massima attenzione all'apparato respiratorio che sarà esaminato minutamente, specie quando il soggetto si presenti di costituzione scadente o con gentilizio tarato. In tali casi, e quando è possibile, in particolare quando l'assicurazione sulla vita comporta un capitale rilevante, è molto utile ricorrere ad un esame radiologico anche in assenza di segni clinici che facciano sospettare una lesione polmonare.

Per la diagnosi di fistola tubercolare un posto di primaria importanza occupa l'anamnesi. Se il soggetto ci dice, che la fistola si è stabilita silenziosamente, non preceduta da un periodo acuto, questa evoluzione « fredda » della malattia sarà un criterio molto importante per la diagnosi di fistola tubercolare. Infatti una fistola dovuta a suppurazione banale deve esser preceduta da un ascesso grande o piccolo della regione ano-rettale o ischio-rettale il quale per le sofferenze locali e per la reazione locale o generale che provoca non può passare inosservato. Possono solo fare eccezione quegli ascessi che hanno una evoluzione fredda ma non sono tubercolari e che non sono frequenti e viceversa gli ascessi tubercolari « riscaldati » che possono mentire una suppurazione banale.

La presenza di una affezione tubercolare del polmone ha un carattere probativo per la diagnosi di fistola tubercolare. Carattere probativo hanno anche la cattiva costituzione e il gentilizio tarato.

Altri ed importanti criteri diagnostici potranno essere tratti dall'esame dell'orifizio fistoloso. Lo sbocco esterno può presentarsi infossato, oppure può presentarsi nel mezzo di un sollevamento verrucoso della cute. Nelle persone che

del resto sono sane è piccolo, mentre è più largo nei tubercolosi. Ma questo non è un carattere distintivo molto attendibile. L'esame obiettivo dà elementi attendibili, unitamente agli altri che derivano dall'anamnesi e dall'esame generale, quando la fistola presenta al suo sbocco esterno i caratteri dell'ulcera tubercolare. In questa evenienza i bordi della lesione sono fungosi, violacei, scollati, il fondo è fungoso e grigiastro o con granulazioni. Alcune volte si trova il cosiddetto aspetto « a cul di pollo ». In qualche caso è dato rilevare nelle fistole tubercolari dei noduli della stessa natura o un aspetto luposo della pelle intorno all'orifizio fistoloso.

Per quanto riguarda la prognosi della fistola anale occorre fare alcune distinzioni. Vi sono dei casi in cui la fistola anale costituisce il solo elemento patologico da valutare mentre ve ne sono altri in cui esistono o alterazioni dello stato generale, o tare nel gentilizio, o diabete, o lesioni tubercolari del polmone, o una infezione luetica, ecc., ecc.

In un individuo che non presenta alcuna tara, che si presenta in ottime condizioni generali, che non ha lesioni polmonari, escluse in seguito ad un accurato e completo esame dell'apparato respiratorio, che ha raggiunto un'età non più giovane, che non va incontro a riacutizzazioni vere e proprie della lesione, che presenta un orifizio unico della fistola che è superficiale, io ritengo che si debba considerare il rischio assicurativo con una certa larghezza, quando sia possibile escludere la natura tubercolare della lesione. La fistola anale in tali casi è più un fastidio che un pericolo per la vita, e in ogni modo l'intervento chirurgico ottiene spesso ottimi risultati: anche per il caso di eventuali riacutizzazioni.

Quando invece non si può escludere o si riconosce la natura tubercolare occor-

re una certa riservatezza nella valutazione anche se l'esperienza dimostra spesso l'esistenza di individui fistolosi da vari anni che non muoiono per la fistola. Alcuni casi venuti all'osservazione dimostrano la necessità di tale riserva. Eccone un esempio. Un individuo con fistola anale operata, di natura tubercolare, viene accettato in Assicurazione col 100 % di sopramortalità. Dopo quattro anni di assicurazione viene a morte per tubercolosi polmonare. L'età all'ingresso era di 35 anni ed esisteva inoltre, cosa per me molto importante, un sottopeso. Io penso che in questo soggetto esistesse già una lesione polmonare non rilevata all'esame clinico ma che mi vien dato di ammettere a posteriori, in base alla fistola tubercolare unita al sottopeso esistente all'ingresso in Assicurazione, lesione che un esame radiologico o una ricerca stetoacustica accurata forse avrebbero potuto mettere in evidenza. In ogni modo il caso dimostra come si debba essere prudenti in presenza di una fistola tubercolare.

Una riservatezza maggiore occorre per le fistole complesse in quanto sono espressione di un processo infiammatorio cronico, diffuso, persistente, con tendenza alla estensione, che offre pure una resistenza maggiore alla cura chirurgica e che può avere per l'abbondanza della suppurazione, una ripercussione sullo stato generale. Bisogna tener presente in questi casi, come in quelli con orifizio lontano dall'ano, che la fistola può essere sostenuta da focolai suppurativi più estesi e profondi, ossei o delle parti molli per lo che sarà pure prudente una indagine accurata concernente soprattutto la prostata e il cingolo pelvico. Inoltre le fistole complicate danno maggiormente il fondato sospetto di una origine tubercolare come pure quelle che sono resistenti all'intervento chirurgico.

Non è il caso che mi soffermi ad affermare che nel diabetico la fistola va valutata con severità.

Molta prudenza occorre, come ho accennato, nella valutazione del rischio, anche quando sembra che la fistola non sia di natura tubercolare, negli individui giovani, in quelli con sottopeso, in quelli che presentano tare specifiche nel gentilizio, casi questi nei quali può essere indispensabile un accertamento radiologico delle condizioni dell'apparato respiratorio, specialmente quando si tratti di rilevanti capitali da assicurare.

Insomma la fistola anale, in qualsiasi caso, deve richiamare l'attenzione specialmente sull'apparato respiratorio e da sola assume una importanza particolare nei casi in età giovane, con sottopeso, con gentilizio tarato.

Le fistole anali tubercolari come unica e primitiva manifestazione di tubercolosi nell'organismo sono rare, ma occorre tenerne conto, e quando sono associate a lesioni tubercolari del polmone, anche se non sembra che influenzino sfavorevolmente l'evoluzione della tubercolosi polmonare, costituiscono una certa aggravante, specie poi se hanno i caratteri di gravità sopradescritti.

Ho detto « anche se non sembra che influenzino sfavorevolmente l'evoluzione della tubercolosi polmonare » e infatti sono numerose le osservazioni di individui portatori di fistola anale e che nello stesso tempo presentano forme guarite o a tendenza spiccatamente fibrosclero-calcifica di tubercolosi polmonare

senza che la presenza della fistola abbia impedito tale favorevole andamento.

Concludendo una fistola anale, della quale spesso sarà dubbia l'etiologia, potrà essere considerata in A. V. come un rischio di varia entità che potrà variare entro limiti molto ampi, da una certa larghezza alla severità a seconda della natura della lesione, dell'età del soggetto, dello stato generale, del gentilizio, della completezza o meno della documentazione raccolta. Eccettuati i casi in cui la fistola è in cattivo stato o dipende da pronunziate condizioni locali o generali od è di natura tubercolare, questa lesione in sé non incide sensibilmente sulla durata della vita, ma vi incidono le lesioni che ad essa si accompagnano e che è necessario ricercare accuratamente per scoprirle o escluderle. Una certa riserva potrà essere fatta per gli individui neuropsicopatici per l'influenza esasperante e depressiva che questa lesione può in essi determinare. Le lesioni concomitanti saranno naturalmente valutate secondo la loro entità e secondo i criteri per ciascuna esistenti tenendo conto della fistola nelle eventualità sopradette.

AUTORIASSUNTO.

L'A. descrive le varie forme di fistola anale, si intrattiene sulla questione dibattuta della origine tubercolare di questa lesione e infine considera questa tara nel significato che essa può assumere ai fini prognostici in Assicurazione Vita.

(La bibliografia sarà pubblicata negli estratti)

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

Medicina legale delle Assicurazioni Vita

Il valore psico-sociale della menzogna ai fini medico-legali nelle dichiarazioni sanitarie in assicurazione

Dott. ALBERTO STARNA

Medico Principale dell'I.N.A.

Come ogni atto commerciale il contratto di assicurazione presume che entrambi i contraenti siano a conoscenza di tutte le circostanze che possono influire sull'entità e sulle condizioni del rischio; gli art. 429 e 430 dell'attuale Codice di Commercio prevedono in caso diverso la nullità dell'obbligazione ed in una speciale contingenza morale, la mala fede, l'incameramento dei premi da parte dell'assicuratore.

Ma a differenza di tutti gli altri atti di commercio in cui si contratta una cosa od un diritto di evidente e palese accertamento, nell'assicurazione sulla vita il rischio non solo è connesso all'età ed al sesso del candidato, bensì anche alle personali condizioni di salute. Mentre i primi due di questi elementi è possibile determinarli in base alle tavole di mortalità già note, ciò che costituisce il rischio ordinario, l'ultimo elemento ricordato risulta da modificazioni fisiologiche e viene a costituire l'aggravamento del rischio.

La natura ha disposto così armonicamente la nostra persona fisica che quasi sempre ogni individuo avverte egli per primo con un malessere o con un disturbo subiettivo intervallare l'inizio di ogni malattia e ciò quando ogni alterazione obiettiva anatomico-funzionale non è ancora rilevata con i mezzi d'indagine. La nozione è così pacifica che l'anamnesi costituisce nella diagnostica medica un

coefficiente fondamentale e indispensabile; anzi su di essa si basa quasi esclusivamente la medicina presintomatica.

Purtroppo può accadere che nella visita di assicurazione sulla vita l'individuo dissimula i disturbi avvertiti o le malattie sofferte in precedenza e se egli verrà a morte entro un periodo di tempo non eccessivamente lontano l'Ente di assicurazione potrà presumere che per mezzo della menzogna sia stato ingannato il medico visitatore allo scopo di ottenere con frode un capitale non dovuto.

Del resto, la menzogna trova diffusione anche nella medicina militare e soprattutto nell'infortunistica sia come simulazione, sia come pretestazione la quale è specialmente diffusa quasi quanto la esagerazione; cioè in tutte le occasioni di accertamenti medici di autorità. In simili casi però la differenza dell'assicurazione, l'esame obiettivo richiede di poter accertare le alterazioni denunciate che essendo spesso di natura chirurgica si estrinsecano all'esterno, comunque la semplice asserzione di un disturbo non è sufficiente ai fini del riconoscimento.

Si è molto discusso in giurisprudenza quale figura giuridica rivesta la menzogna nel campo dell'assicurazione vita, in questo essa ha molte maggiori probabilità di trarre in inganno. Ciò soprattutto perchè, a differenza di quanto prevede il Codice di Commercio, che assimila quasi i vari tipi di assicurazione,

gli enti di assicurazione sulla vita, allo scopo di allontanare ogni timore sulla regolare liquidazione al beneficiario, hanno spontaneamente rinunciato con una speciale clausola contrattuale alla facoltà di annullamento in casi di reticenza o di dichiarazione errata dopo una breve carenza.

Si sono così venute a creare, a seconda gli Autori, gradi diversi di menzogna; dalla reticenza al mendacio il quale può accompagnarsi alla coscienza di malafede ed aggravarsi ancora quando con un mezzo concreto si attua il raggiro; in tal modo si viene quasi a graduare quanto la volontà di ingannare sia entrata nel comportamento dell'assicurando e quale mezzo egli abbia usato a tale scopo.

Il Marsella tra noi si occupò a lungo e con competenza dell'argomento basandosi soprattutto sulle sentenze che la magistratura suprema ha emesso in merito. Ma anche le considerazioni di ordine generale che nelle sentenze venivano fatte non sempre venivano accettate in occasione di successivi analoghi casi.

Pertanto in attesa di una definizione dal punto di vista giuridico, che ci auguriamo possa trovar chiarimenti nel nuovo Codice del quale tratteremo prossimamente, crediamo convenga a noi medici più che discutere sulle parole cercare di individuare le sollecitazioni e le giustificazioni psico-sociali per cui un individuo mente nelle dichiarazioni sanitarie di assicurazione.

Non possiamo dimenticare che il medico di assicurazione prima di assumere la veste fiscale deve mantenere quel senso di equità e di serenità proprii della sua professione; ciò ad evitare casi disgraziati che potrebbero erroneamente venir qualificati come dovuti a malafede, mentre in realtà si trattava di reticenze in buona fede; tanto è istintiva e involontaria la illazione, *post hoc ergo prop-*

ter hoc. Già in un lavoro sulle dichiarazioni dei disturbi subiettivi ebbi a ricordare come si debba deprecare un tale errore quando si procede ad indagini sulle cause dei sinistri con brevi antidurate. D'altra parte non è facile poter individuare le ragioni di ordine vario e non sempre dolose per cui l'assicurato non denunciò all'ingresso gli elementi morbosi pregressi.

Per questa ragione dovendo fare, come suol dirsi, il processo alle intenzioni; cioè indagare l'*animus* con il quale le dichiarazioni furono rese e conseguentemente se abbiamo a che fare con casi di reticenza, dichiarazione erronea o menzogna in malafede, dobbiamo ricostruire possibilmente il processo psichico per cui l'individuo ha agito in quel certo modo.

Come lo studio della patogenesi, ad esempio delle cardiopatie valvolari, risale dalle alterazioni stetoacustiche al tipo dei vortici e ne induce le lesioni ostiali che l'hanno provocata; così la psicologia vuol farci ricostruire le cause che hanno modificato la normale sincerità delle risposte. Naturalmente questa indagine svolgendosi nel campo psichico sarà priva di una base anatomica che la corrobora e la faccia assurgere ad un mezzo scientifico esatto inoppugnabile. Tuttavia una corrispondente base somatica fisio-anatomica esiste in ogni atto psichico al quale, nei tre successivi tempi della rappresentazione, della emozione e della volontà, corrispondono la trasmissione centripeta dello stimolo attraverso le vie afferenti, l'accoglimento di esso nei centri superiori ed infine la reazione motrice attraverso i nervi centrifughi.

A tal proposito merita di essere ricordato il comportamento degli atti riflessi ad ogni stimolo, qualunque essere della scala animale si venga ad esaminare. Non solo allo stimolo di una certa

proprietà biologica, corrisponde un egual tipo di reazione motrice; ma questa risulta diversa a seconda lo stimolo riesca nocivo o biologicamente utile all'animale. Nè a tale fenomeno discriminativo intervengono speciali attività cerebrali; esso è automatico e, sebbene superiore al comune arco diastaltico, si verifica anche negli animali spinali cioè scerebrati, come poterono a suo tempo dimostrare Sherrington e Baglioni. Quest'ultimo accertò ad esempio che il cane od il colombo spinale se vengono punti sotto la pianta del piede ritraggono la zampa perchè lo stimolo è nocivo; se invece si preme la pianta stessa con un corpo ottuso la zampa si estende come in un movimento di locomozione e ciò perchè lo stimolo risulta biologicamente utile.

Una simile differenziazione del riflesso in utile e nocivo, che costituisce evidentemente una legge biologica fondamentale per la difesa dell'individuo e per la conservazione della specie, viene a trovare contrasto presso la società umana la quale viene ordinata secondo le leggi etiche.

A ben considerare tutte le contrastanti filosofie del nostro mondo antico e moderno si sono sempre fondate sulla interpretazione e sulla giustificazione dell'umano operare e sull'istinto utilitario od al contrario sopra una legge spirituale superumana dell'ordine costituito. Alle prime si attengono le concezioni etiche materialistiche, di relatività e pragmatistiche; alle seconde, con diverso spirito nel correre dei secoli, si orientano la filosofia platonica, la scolastica, la hegeliana e tutti gli altri sistemi idealistici.

Il conflitto tra l'istinto individualista e la coscienza etica è così profondamente sentito dall'umanità che tutte le arti che rappresentano lo spirito dell'uomo, quali

la drammatica e la poesia, hanno toccato le maggiori vette nella figurazione di questo conflitto; da Sofocle a Dante, da Shakespeare a Leopardi.

Tenendoci al nostro campo possiamo dire che accanto alla psicologia del criminale classico che giunge alla ribalta delle Corti di assise dopo aver riscosso l'interessamento della cronaca nei quotidiani; non meno interessanti sono i casi di coloro, e sono in maggior numero, che cercano nell'infrazione della verità, attraverso un falso morale giuridicamente illegale, giungere a procurare a sè o ad altri un illecito profitto.

La innocua ingenua bugia, per gradi insensibili, diviene in speciali circostanze una dichiarazione falsa che può rivestire tutti gli estremi della malafede. Bisogna investirsi delle condizioni psichiche di alcuni ammalati che nel disagio economico familiare trovano un incentivo alla truffa, apparentemente comoda, dell'assicurazione nella assurda giustificazione macchiavellica del fine.

Molto spesso il quadro non è a tinte così nette e con premeditazione evidente; è il complesso di circostanze e di reticenze che conduce l'assicurato, uomo per l'addietro intemerato, ad una situazione moralmente falsa nelle dichiarazioni sanitarie. Quali i moventi incoscienti, quali i mezzi per cui egli giunge ad un confessato offuscamento della verità?

* * *

Se passiamo ad una analisi del pensiero tentando di indagarlo con l'introspezione o meglio con una retrospezione, notiamo subito come l'illustrazione del mondo interno individuale, motore di ogni nostro gesto e di ogni parola non sia facile nè cosa frequente. Se, come si fa della luce in un prisma, tentiamo di scomporre nei vari elementi ciò di cui siamo coscienti, vediamo che essi sono di natura incosciente e costituiscono ma-

nifestazioni isolate dell'attività psichica non riferentesi all'unità cosciente.

Secondo la concezione freudiana, che meglio di ogni filosofia ha investigato questo meraviglioso rapporto tra l'io e la realtà, cioè il pensiero, vediamo distinti tre incoscienti irrazionali: il biologico, il fisiologico ed il dinamico. L'incosciente bio-psicologico provoca le manifestazioni fondate sulla formazione anatomica individuale, quindi il sesso e l'età molto vi contribuiscono; l'incosciente fisio-psicologico invece comprende le percezioni sensibili automatiche che provocano gli stati affettivi ed i sentimenti ed entrano perciò inavvertitamente nella nostra personalità; infine l'incosciente dinamico, che consta di immagini, ricordi ed impulsi, esiste nel fondo nascosto dell'io in potenzialità di agire.

Sopra queste manifestazioni irrazionali di sensazioni, immagini, idee, sentimenti e desideri il nostro spirito opera quella che Dwelshauters chiama la sintesi mentale, cioè una coordinazione in pensiero che costituisce l'incosciente razionale. In tal modo il pensiero sarebbe al di là della coscienza la quale assisterebbe come spettatrice alla formazione di esso; si comprende da ciò come per Freud la maggior parte dei processi psichici siano incoscienti.

Senza dilungarci sullo psico-dinamismo del Regis e Hesnard ci limiteremo a ricordare quello che a noi interessa tra i meccanismi dei processi psichici, freudiani, cioè il « conflitto », che si forma dal contrasto interno tra il desiderio incosciente e la personalità morale e sociale dell'individuo. Nella persona sana l'incosciente non riesce a prevalere; ma se sopravviene una debolezza organica finisce con l'avere il sopravvento magari come « simbolo » cioè con un contenuto latente.

A ben analizzare questa concezione troviamo che mentre riesce originale per

quanto riguarda la costituzione e l'importanza dell'incosciente come pure nei moventi affettivi del simbolismo, rientra in una interpretazione non nuova quando si occupa del conflitto tra l'incosciente e la personalità morale.

Da questo riferimento alla psicoanalisi risulta in ogni modo come l'incosciente possa attraverso idee, sentimenti e tendenze, giungere al pensiero; ma questo, per quanto ne risulti deformato non è ancora la menzogna cosciente. Questa nasce solo in quanto esiste la società umana. In realtà nel fondo della coscienza etica ogni uomo sente il valore elettivo del « mondo del dover essere » cui appartiene la verità in contrasto al « mondo dell'essere » con il mediocre adattamento cui appartiene la menzogna.

Così inavvertitamente l'uomo sociale sente la pressione del giudizio altrui e come dalla collettività ha appreso la cognizione e l'esercizio dei due mondi spirituali, ugualmente apprende il modo di sdoppiare il proprio comportamento. Vedremo successivamente come tale sdoppiamento dapprima chiaramente esteriore possa divenire a lungo andare anche interiore.

Accennato in tal modo all'esistenza delle due forze contrastanti in ogni azione umana, l'utile di origine biologica ed il dovere di origine sociale vediamo più esattamente che cosa è la menzogna.

Già la bugia, secondo la felice definizione del Duprat, consiste in un fatto psico-sociale di suggestione con la quale si vuole introdurre nella mente altrui una credenza che non corrisponde alla presunta realtà. Risulta implicita in questo concetto l'intenzionalità mentre non appare evidente lo scopo utilitario che essa si propone. Tuttavia analizzando il determinismo psicologico del bugiardo si può, secondo i sociologi, riscontrare un lontano fine egoistico come

quello di soddisfare una vanità o lusingare l'amor proprio. In realtà solo nella menzogna lo scopo utilitario raggiunge le più chiare qualità concrete.

Poichè l'assicurazione sulla vita è un atto sociale di inserimento economico nella collettività biologicamente simile, regolato dalle condizioni somatiche individuali le quali sono a perfetta conoscenza soltanto dell'assicurando, si comprende come la menzogna costituisca in questo settore un'arma specialmente insidiosa. La sincerità richiede sempre forza d'animo che dovrà essere ben salda quando vi entra in giuoco l'interesse e la convinzione che la menzogna possa riuscire di utilità.

Istantaneamente il mio-istintivo egoista corre alle difficoltà cui andrà incontro l'Ente se dovrà accertare la veridicità degli elementi prossimi o remoti, personali e familiari che hanno inciso sulle condizioni somatiche; così in un momento di debolezza spirituale sorge la menzogna. E' in questo animo utilitarista a danno altrui che il fenomeno sociale della menzogna offende la coscienza etica e risulta immorale.

Naturalmente esistono gradi infiniti della menzogna nell'assicurazione: da quella premeditata nei più minuti particolari a quella occasionale che sorge da un senso di ritegno istintivo per cui si richiede una più attenta analisi del suo determinismo. Ciò dobbiamo fare per evitare appunto che alcune reticenze vengano interpretate come menzogne utilitarie.

I fattori da considerare sono essenzialmente di due ordini: mesologici e antropologici cioè rispettivamente sociali ed individuali. Ai primi dovremo ascrivere quelli che sorgono per lo stimolo dell'ambiente in cui si svolge la visita. A garanzia della loro riservatezza infatti l'Ente assicuratore dispone che le dichiarazioni devono essere rac-

colte dal fiduciario nello studio medico o comunque in ambiente appartato lontano dalla indiscrezione dell'Agente produttore e degli stessi familiari. Così pure il certificato medico è trasmesso in busta chiusa controfirmata dal medico direttamente ai Servizi Centrali di Direzione.

Ma la realtà è spesso diversa, l'assicurato non è preparato alla importanza delle dichiarazioni che rende, anzi talora queste gli vengono descritte come semplici formalità, talora nell'ambiente di visita vi possono essere estranei a turbare la completa confessione ecc. Il timore di denunciare oralmente o per iscritto malattie segrete può spesso costituire il fattore ambientale di preoccupazione per l'assicurando.

Vengono così riferite ad altra causa alcune malattie che per il gran pubblico, e l'assicurando presume anche per il medico, lasciano una sgradita impressione; esse sono limitate quasi esclusivamente alle seguenti: lue, tubercolosi, carcinomi, malattie mentali e suicidio. Se nel gentilizio si è verificato un solo caso di morte per le suddette cause, tranne per la tubercolosi, non si ha occasione mai di chiedere l'annullamento del contratto per una simile omissione ritenendosi possibile che il silenzio sia dovuto ad una presunta causa morale.

Diverso è il caso in cui sono molteplici i decessi in famiglia per una delle suddette affezioni, le quali sono notoriamente ritenute ereditarie e pertanto in esse l'evenienza del rischio specifico risulta maggiore rispetto ad un soggetto immune da questi precedenti. La reticenza determinata dal convincimento di tutelare il segreto di famiglia in tal caso non può andare disgiunto dalla presunzione dell'esistenza di un reale aggravamento del proprio rischio.

Nè si può gratuitamente affermare che se accettiamo la sanatoria per un

caso ugualmente dovremo farlo per due casi. Dobbiamo in proposito tener presente che gli elementi determinanti la ereditarietà patologica quando si riscontrano in vari progenitori o collaterali si presentano attraverso i genidi della discendenza con caratteri dominanti e non già recessivi come nell'ipotesi di un solo caso morboso.

Inoltre la stipulazione del contratto di assicurazione presume la conoscenza da parte dell'assicurando della importanza delle dichiarazioni le quali fanno parte integrale della sostanza contrattuale e potrebbero risultare incomplete sotto lo stimolo utilitario.

Quanto alla riserva circa l'ereditarietà per la tubercolosi possiamo ritenere che è questa l'unica malattia in cui un solo caso nel gentilizio costituisce elemento di predisposizione la quale può essere aggravata da caratteri costituzionali individuali (forte sottopeso, conformazione toracica, bronchiti, adenopatie, pleuriti regresse, ecc.) fattori tutti obbiettivi di notoria presunzione specifica che mancano invece nelle altre malattie ricordate.

Non è raro il caso in cui il candidato non osando mentire con una creazione ideologica sottrae alcuni elementi necessari alla rappresentazione completa della malattia; così qualifica come bronchite cronica una tbc. polmonare, nel qual caso siamo davanti ad una restrizione mentale per quanto riguarda la natura. Non è rara anche la vera reticenza che si esprime con le parole « non ricordo » oppure « non so precisare ». I medici di assicurazione ben sanno che cosa si nasconde dietro queste frasi formalistiche.

Molti legali non danno peso alla reticenza poichè è difficile dimostrare che non si tratta di una vera dimenticanza; ma di fatto è difficile che una persona di pur modesta levatura possa ignorare la causa di morte dei genitori. Ebbene,

la stessa reticenza quando si riferisce a molti elementi che determinano in modo speciale il rischio sulla vita, diviene la sorella minore della malfamata omertà.

Da questi brevi cenni sulle menzogne che riguardano il gentilizio possiamo in ogni modo affermare che nonostante la loro importanza mai esse isolatamente costituiscono per un ente di assicurazione causa sufficiente per chiedere l'annullamento di un contratto. Al massimo possono completare e lumeggiare insieme ad altri elementi i mezzi usati per trarre in inganno l'assicuratore; ma sia per il coefficiente di discrezione e di riservatezza che queste notizie comportano, sia perchè queste menzogne di ordine passivo non alterano abitualmente in modo fondamentale il rischio, esse vengono sempre passate in secondo piano. Perchè se con tali mezzi si riesce a dissimulare una tara ereditaria ciò non è sufficiente a creare uno stato positivo di buona salute del soggetto assicurando.

Molta maggiore importanza rivestono invece le dichiarazioni anamnestiche personali. A loro riguardo non si potrà invocare il segreto familiare; ma la verità dovrà essere esposta secondo risulta di fatto al denunciante.

Si può a lungo discutere sulla relatività soggettiva del concetto di verità. Già il Protagora il sapiente di Abdera sentenziava: non esiste verità certa, niente è, tutto diventa. Questa concezione subiettiva e razionale ha trovato una nuova veste nell'etica moderna del prammatismo. Il concetto utilitario che rende verità tutto ciò che è conforme alla nostra natura, alla nostra volontà ed ai nostri bisogni rappresenta una impostazione giustificativa morale che richiama alla mente gli antichi sofisti.

Che la personalità possa modificarsi col tempo è concepibile alle nostre leggi psicosociali; ma che la verità come

fenomeno si modifichi col variare dell'utile secondo la concezione pluralistica di James rappresenta un concetto ostico alla ordinaria nostra vita sociale e legale. Sebbene ogni atto ed ogni fenomeno naturale possa essere interpretato e valutato a seconda la percezione e la elaborazione psichica dell'individuo ciò non toglie che il fenomeno esiste al di fuori di noi qualunque sia la sua interpretazione ed il riflesso individuale che suscita nell'anima di ogni uomo.

Nella descrizione dell'anamnesi personale potranno risultare fatti e obiettivi importanti che esistono al di fuori per mascherare i quali l'uomo agisce con una creazione ideologica, la menzogna. La deformazione di tali fatti o la loro omissione vengono ad intaccare profondamente l'essenza del contratto di assicurazione vita proprio in ciò che riguarda l'essenza del rischio contrattuale.

Le dichiarazioni possono risultare false nella rappresentazione della realtà per due cause fondamentali: per errore del dichiarante o per volontà dello stesso. Le varie suddivisioni cui si può ulteriormente accedere tendono a creare delle figure intermedie in rapporto al mezzo adoprato per il quale si è giunti al falso. Ne consegue che le cause determinanti la errata esposizione anamnestica vengono, nella legge morale, automaticamente qualificate secondo il criterio sopra espresso.

Nell'applicazione giuridica un simile criterio, apparentemente semplice, richiede l'apprezzamento circa la veridicità o meno dell'asserita ignoranza del fatto omesso. Il Codice di commercio all'art. 429 prevede invece la nullità del contratto per « qualunque dichiarazione falsa od erronea e qualunque reticenza di circostanze conosciute dall'assicurando » cioè accomuna gli errori sulle circostanze denunciate qualunque ne sia la causa.

Un tale comportamento è consono a quanto, trattando delle obbligazioni stabiliscono gli artt. 1108 e 1110 del Codice civile. Infatti a proposito del requisito del consenso l'art. 1108 afferma: « il consenso non è valido se fu dato con errore, estorto con violenza o carpito con dolo ». Poichè le dichiarazioni sanitarie fanno parte della sostanza contrattuale si applica l'evenienza prevista dal seguente art. 1110: « L'errore di fatto non produce la nullità del contratto se non quando cade sopra la sostanza della cosa che ne forma l'oggetto ».

L'art. 420 sopra riferito distingue soltanto i casi di malafede nei quali l'assicuratore ha diritto al premio; questa forma di menzogna è stata interpretata a sua volta, per opinione della magistratura, secondo l'art. 1115 del Codice civile nel quale si parla più esattamente di dolo che rende nullo il consenso solo quando sono stati messi in atto dei raggiri da parte di un contraente.

Non è nostro compito entrare in merito alla equivalenza tra malafede e dolo, equivalenza che è stata interpretata in modo discontinuo e poco felice dalla giurisprudenza la quale spesso ha richiesto la prova del raggiro per riconoscere la malafede. Quest'ultima socialmente è la coscienza di aver violato a scopo egoistico le leggi etiche ciò che si verifica quasi costantemente nella menzogna; il dolo o meglio il raggiro consiste in una menzogna non più soltanto orale ma corroborata da artifici concreti.

La richiesta prova del raggiro per riconoscere la nullità del consenso da parte della magistratura è in realtà arbitraria nel campo assicurativo poichè, come giustamente osserva il Marsella, queste obbligazioni sono disciplinate dalle norme del Codice di commercio (articolo 429) e dalla clausola di incontestabilità inserita nelle condizioni di polizza.

Quanto all'improprio significato estensivo della malafede che viene a comprendere il dolo accenneremo oltre.

A noi interessa ricordare anzitutto come solo le dichiarazioni erronee, intendendo per tali quelle inesatte rese dal candidato il quale ritiene di esporre il vero, trovano, dal punto di vista morale, una giustificazione espressa dalla ben nota formula di incontestabilità. Il desiderio da parte dell'Ente di non creare preoccupazioni all'assicurato ha fornito troppo spesso l'occasione per sanzionare, attraverso questa clausola, gravi irregolarità di natura sanitaria che nulla avevano di comune con la sanatoria prevista dall'assicuratore.

Quanto alle dichiarazioni erronee esse possono riguardare affezioni di antica data delle quali è sfuggita all'assicurando anche il nome: ciò non può accadere per una malattia che incida indelebilmente sul nostro organismo oppure può di fatto avvenire quando la malattia sia ancora latente. Infine potrebbe verificarsi il caso, del resto rarissimo, di malattia inguaribile non avvertita dal soggetto; ma accertata dal curante che per convenzione sociale non gliel'ha comunicata (bugia pietosa).

In tali evenienze evidentemente non si tratta di menzogna, ma di semplice errore che potrà essere dimostrato. Anche errore di denuncia potrà verificarsi nei casi in cui il soggetto si trova in stato di incapacità di intendere e di volere e nei quali la nullità è in rapporto con l'incapacità giuridica del soggetto.

In ogni altra evenienza invece la perfetta conoscenza dei precedenti sanitari fanno ritenere deliberata ogni omissione o deformazione del vero. Nell'esame del determinismo psicologico della bugia il Battistelli osserva: prima che l'uomo normale si determini a mentire c'è un momento in cui, in rapida sintesi fa il

calcolo dei vantaggi che la bugia può arrecargli, quindi si regola di conseguenza. Questa condizione psicologica è frequente purtroppo anche nel campo delle dichiarazioni che esaminiamo ed esprime in parole molto povere, ma forse anche più efficaci, la finzione umana che segue la comoda scorciatoia per raggiungere un utile egoistico.

Quanto all'oggetto delle menzogne in queste dichiarazioni possiamo dire che esse investono tutti i settori sanitari che le riguardano, dalla sintomatologia alle indagini diagnostiche ed alla terapia praticata.

Poichè vogliamo accertare ora, al di fuori di ogni preconcetto le condizioni psicologiche per cui vengono rese volontariamente dichiarazioni difformi dal vero vediamo quali esse possono essere. Si può verificare il caso di omissione parziale o totale del vero ciò che costituisce la reticenza; ma se la menzogna non si limita ad essere negativa e consiste in una creazione ideologica positiva ci troviamo in presenza di una dichiarazione falsa.

D'altra parte i questionari dei moduli di visita di assicurazione non richiedono una vera creazione ideologica a chi vuol coscientemente mentire; sarà sufficiente rispondere affermativamente alla domanda « vi sentite attualmente in buona salute? ». Per il rimanente del questionario è sufficiente adottare risposte negative reticenti. Costituiranno vere dichiarazioni false quelle che comprendono inesistenti pregresse malattie di poco conto (pertosse, morbillo, influenza, tonsilliti) create a stornare l'attenzione del medico di assicurazione dalla malattia omessa ad arte; ma esse in realtà non sono strettamente connesse con l'inganno che si vuol tendere all'Ente di assicurazione; a tal fine è dunque sufficiente la semplice reticenza totale.

Tal'altra la reticenza è solo parziale

ma riguarda elementi essenziali che rendono possibile ascrivere ad una forma clinica qualche sindrome morbosa ricordata. Questa, se riferita limitatamente ad alcuni sintomi iniziali o ad alcuni altri secondari, potrà venire valutata dal medico molto diversamente di quanto meriti; così ad esempio può dirsi di un antico tubercoloso che denunciasse una remota tosse, una semplice bronchite oppure una anemia che guarì con una cura ricostituente.

Una conferma delle due differenti forme di menzogne positive e negative è tratteggiata in una recente sentenza della Corte d'Appello di Milano del 28 febbraio 1939 (« Il Mondo » contro Rosso) differenziazione che però è stata seguita da una interpretazione errata della clausola di incontestabilità.

In questa sentenza leggiamo: « La reticenza se si ha riguardo al significato usuale giuridico, è una menzogna negativa, in quanto denota il cosciente celamento di tutto o di parte del vero. La parola reticenza, di cui si parla genericamente nella clausola, non può essere ricondotta al significato di silenzio involontario, poichè essa contrasterebbe allora col significato che alla parola va attribuito nel linguaggio tecnico. E poichè adunque, la clausola copre la menzogna negativa, così non può logicamente non comprendere anche le false dichiarazioni che sono menzogne positive. E così bene si spiega e si comprende come la legge punisca non solo i testimoni falsi ma anche i reticenti ».

Mentre dal punto di vista dell'indagine psicologica è lodevole la distinzione della menzogna attiva da quella passiva; errato è il sillogismo che viene prospettato e che può essere espresso nei due noemi: « la clausola rende incontestabile la reticenza » e l'altro « la reticenza è una menzogna negativa ». i quali di per sè sono esatti. Il giudizio sillo-

gistico nello stabilire il nesso predicativo che collega i due noemi afferma: « la clausola rende incontestabile ogni menzogna (anche la positiva) »; dove si vede che non si sono mantenuti i caratteri quantitativi espressi prima. Ciò contrasta con la norma fondamentale aristotelica « *quidquid de omnibus valet, valet etiam de quibusdam et de singulis* », norma che non può essere invertita e per di più anche contrasta con la seconda legge sillogistica: « *latius hos quam premissae conclusio non vult* » cioè i termini della conclusione non possono essere presi più universalmente che nelle premesse.

Quanto all'esempio dei testimoni cui si fa appello eventualmente esso dovrebbe rafforzare la tesi della colposità anche in occasione di reticenza cioè non conforta, ma si oppone al giudizio sillogistico espresso trattando del diritto.

Naturalmente tornando al nostro tema dobbiamo tener distinti i casi in cui la reticenza verificatasi è stata espressa in buona fede, allorchè ad esempio l'assicurando ha omessa la denuncia di una malattia che riteneva di poco conto e già guarita. Così ad esempio può dirsi del reumatismo articolare acuto del quale l'endocardite cronica più che una complicità evidente costituirà talvolta una successione morbosa obsoleta a distanza di tempo ».

Deporranno in favore di reticenze in buona fede il fatto che la malattia risale ad antica data, l'assenza di ogni reliquato sintomatologico e la cessazione da molto tempo di ogni trattamento terapeutico.

Quanto alle ragioni psicologiche che spiegano queste reticenze in buona fede possiamo ad esse ascrivere il timore da parte dell'assicurato che persone di famiglia in occasione di sinistro od estranei vengano a conoscenza delle malattie dichiarate; così quelle affezioni dette se-

grete potrebbero offuscare la reputazione dell'assicurato o la sua autorità familiare. Anche una eccessiva fiducia nella propria resistenza fisica potrebbe fare omettere una malattia della lontana adolescenza (pleurite, adenite cronica, ecc.) ritenendola di nessuna importanza; ma tale possibilità è in pratica quasi inesistente poichè nel questionario dei moduli di visita le malattie importanti per le successioni morbose sono singolarmente specificate. La loro omissione volontaria in buona fede non è ammissibile e giustamente a questo questionario si riferisce il progetto del nuovo Codice di commercio cui accenneremo dopo.

* * *

In pratica quasi sempre si ha che fare con reticenze in malafede le quali come sopra abbiamo visto riescono a dissimulare o ad alterare la sostanza del rischio. Che la reticenza costituisca una deliberata alterazione del vero è dimostrato dal fatto che ci occorre quotidianamente osservare, nell'esame di assunzione di nuovi rischi, rapporti di visita medica eseguiti successivamente a distanza di tempo che riguardano uno stesso assicurato. Dall'esame di questi certificati si nota una riduzione progressiva nella denuncia dei fatti morbosi personali fino a giungere talora ad un completo silenzio.

Nonostante la grave insidia che può nascondersi nella reticenza gli Enti di Assicurazione hanno spontaneamente rinunciato con la nota clausola a chiedere per tale causa l'annullamento del contratto quando è trascorso un certo periodo di tempo dal perfezionamento del contratto. Ciò perchè la previdenza va al di là delle norme giuridiche e vuole deprecare ogni disgraziata evenienza di dichiarazioni erronee o di reticenze in buona fede.

Ma quando ragioni di egoismo hanno

sollecitato la menzogna a fine di speculazione, una simile irregolarità non deve essere sanata e premiata con la regolare liquidazione. Disgraziatamente ciò è possibile con la interpretazione molto estensiva data, come abbiamo visto sopra, alla clausola di incontestabilità.

Di fatto la menzogna tipica è la vera dichiarazione falsa non contemplata dalla clausola ed essa è sufficiente a costituire la rappresentazione ideologica che simula la verità ed altera profondamente la sostanza contrattuale. Poichè nel campo assicurativo non occorre procedere a speciali raggiri noi riteniamo che la stessa malafede sia implicita nelle dichiarazioni false in quanto l'assicurato è perfettamente cosciente del conflitto tra le dichiarazioni e la situazione reale come pure della importanza di questa disformità.

In questo spunto di psicologia del mentitore riappare l'eterno dualismo tra il mondo del « dovere essere » e dell'« essere » cui facemmo cenno avanti. La esperienza crea la ragione e la volontà che si contrappongono nella vita sociale cioè al primitivo intendere ed appetire. Mentre questo ultimo è un automatico momento psichico dell'uomo, il volere calcolato è una acquisizione sociale la quale, come osserva il Marchesini, trattando delle finzioni dell'anima si contrappone al primitivo momento ne dissimula le manifestazioni e le finge diverse. Che tale finzione sia puramente orale o si avvalga di altri mezzi non attenua la infrazione etica che in tal modo si prefigge.

Il riferimento alle dichiarazioni successivamente più reticenti da parte di assicurati resi cauti dall'esperienza, come abbiamo visto, conferma questo assunto. Giustamente nel nostro campo di assicurazione vita Marsella ha affermato « che nel contratto per le sue speciali peculiarità, la menzogna e la reticenza

LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE NELLA PRASSI ASSICURATIVA

INVOLONTARIE (Errori)	}	Dimenticanza di una malattia di antica data.	
		Misconoscenza di uno stato morboso latente.	
		Nozione esatta di una malattia inguaribile non comunicata all'assicurando.	
		Irresponsabilità per incapacità di intendere e di volere (il contratto è nullo per incapacità giuridica dell'assicurando).	
VOLONTARIE (Menzogne)	}	RETICENZA (talvolta in buona fede)	{ Parziale (incompleta rappresentazione ideologica del fenomeno). Totale (omissione dell'intero fenomeno).
		DICHIARAZIONE FALSA (suggerione di una creazione ideologica per dissimulare la verità)	} Tali menzogne comportano sempre la coscienza della malafede e moralmente presumono la contestabilità del contratto.
		RAGGIRO (dichiarazione falsa aggravata da artifici concreti nella sua attuazione)	

sono sufficienti ad integrare anche il concetto di dolo e di raggiro ».

Anche l'analisi psico-sociale converge alle stesse conclusioni sebbene le forme della menzogna risultino diverse da quelle individuate dal Marsella come si può osservare dalla classifica che proponiamo e riassumiamo nella tabella qui sopra. Da essa risulta come la malafede non costituisca un tipo di menzogna, ma sia una coscienza molteplice a varie menzogne, un uguale significato deve darsi al dolo. Che nel massimario giuridico si riscontrī solo raramente l'accettazione a questo concetto non interessa dal punto di vista psico-sociale o meglio per la legge etica.

Questa persegue e indaga la volontà dell'agente cioè il dolo nel significato etimologico della parola. A conferma di ciò basta ricordare come, in tema di responsabilità penale, le condizioni richieste dall'art. 42 C. P. per l'esistenza del reato consistano nella « coscienza e volontà di averlo commesso ». Come nel penale il delitto secondo l'art. 45 viene distinto tenuto presente l'elemento psicologico in: doloso, preterintenzionale e colposo graduando la responsabilità; così civilmente nelle obbligazioni assicurative sarà l'elemento psicologico che

potrà determinare, almeno in linea sociale di diritto, la eventuale giustificazione.

Un simile criterio corrisponde infatti alla recente distinzione avanzata negli articoli 526 e 527 nel Progetto Ministeriale 1940 del Codice di Commercio. Nei due articoli vengono infatti diversamente considerate le dichiarazioni inesatte e le reticenze compiute con dolo o colpa grave (526) dalle dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave (527) sulle quali torneremo in altra occasione. Qui ci preme solo ricordare accanto alla suddivisione fondata sull'elemento psicologico che la parola dolo, come dimostra la semplice enunciazione dei titoli di questi articoli, viene intesa quale semplice intenzione dell'agente tanto che può verificarsi anche nei casi di semplice reticenza.

Una simile concezione è veramente ben distante da quella limitativa di cui all'articolo 1115 del Codice Civile attuale; questa si identifica con la malafede classica. Naturalmente in giurisprudenza non può essere accettato in modo semplicistico ogni giustificazione in occasione di errore, nè sarà applicata la più grave sanzione in ogni menzogna; i criteri superiori di giustizia devono con-

siderare i diritti dell'altro contraente ed armonizzarsi in quella giustizia che per desiderio del Duce deve essere « sollecita, sostanziale ed umana ».

Tenuti presenti questi criteri abbiamo considerato nel nostro prospetto ugualmente gravi e sufficienti a promuovere l'annullamento del contratto tanto le false dichiarazioni che i casi in cui si è verificato il vero raggiri. Vi è sempre malafede tanto in una dichiarazione falsa che ad es. per giustificare una cicatrice operatoria afferma come questa sia provocata da un pregresso trauma accidentale; quanto nel raggiri in cui l'assicurando per dissimulare il diabete si fa praticare una iniezione d'insulina la sera prima della visita.

Ma tralasciando la questione strettamente giuridica e mantenendoci allo studio dell'*animus* di chi mente, dopo averne ricordato le brutture morali e le poche giustificazioni etiche, non possiamo in questi lineamenti di psicologia applicata dimenticare a relativa discolpa dei deboli gli ingannevoli ma tanto frequenti « ragionamenti di giustificazione ».

Con tali ragionamenti l'anima umana cerca di ritrovare, come dice Dromard trattando delle menzogne della vita interna, un nuovo equilibrio alla coscienza tormentata; con tale mezzo si stabilisce una incosciente autosuggestione che conduce attraverso una ipocrisia incosciente ad una nuova forma di sincerità. Come si vede per vie tortuose la ragione insoddisfatta tenta, nella pluralità del vero di giustificare le nostre cadute; la necessità della volontà di credere come afferma James in realtà non calma la sanzione interna. Senza tentare giustificazioni, più semplicemente Locke diceva ai suoi tempi che crediamo facilmente ciò che desideriamo.

Al disopra di ogni compiacenza vana, il limite di ciò che è lecito va ricercato

nelle ragioni dello spirito; anche la previdenza sebbene si concreti in un interesse economico trova le sue radici ben più profondamente nella solidarietà collettiva. E' la fermezza d'animo che dà quella forza sufficiente ad affermare la sincerità la quale solo stimola quella potenza di volontà, quel sentimento del proprio valore che costituisce, come rileva Dromard, quell'entità autonoma che si chiama l'io.

E' perciò vano tormentarsi a ricercare la verità nel sofisma o nelle pieghe anfrattuose dell'inciso di un articolo di legge; nella scintilla del vero e del bene che la divina natura ha dato ad ogni uomo con la primitiva argilla esiste la via eterna della verità e della vita per la soddisfazione della coscienza individuale e per il progresso della umana società.

AUTORIASSUNTO.

La menzogna che costituisce un mezzo insidioso di inganno in ogni campo assicurativo in occasione degli accertamenti sanitari e soprattutto nell'assicurazione vita; viene dall'A. esaminata al fine di determinarne il valore sociale attraverso la formazione del pensiero e le giustificazioni etico-filosofiche. Successivamente sono discriminati dal punto di vista psichico gli errori involontari dalle menzogne deliberate tra le quali l'A. distingue varie forme tipiche che illustra secondo uno schema. In proposito rileva le opinioni discordanti della giurisprudenza riferendone un esempio pratico.

Infine di buon grado l'A. riscontra nel Progetto Ministeriale 1940 per la riforma del Codice di Commercio sulla disciplina assicurativa, una più equa valutazione ed una graduazione della sanzione in base all'elemento psico-morale per cui verrà garantito accanto ad una più serena giustizia etica ogni onesto diritto dell'assicurato.

(La bibliografia sarà pubblicata negli estratti)

Semeiotica di medicina delle Assicurazioni Vita

Valore del reperto radiologico negativo nella tubercolosi polmonare in Assicurazione Vita

Dott. T. RICCIOTTI

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

In precedenti articoli più di una volta abbiamo avuto occasione di rilevare come l'indagine radiologica del torace che noi pratichiamo agli assicurandi o agli assicurati riesce spesso a mettere in evidenza lesioni clinicamente insospettite e quasi sempre a fornire utili elementi per un giudizio diagnostico più completo in persone affette da malattie respiratorie. E' proprio nel campo delle malattie polmonari e particolarmente della più importante tra esse — la tubercolosi — che la radiologia ha raccolto le massime benemeritenze e si è resa necessaria al punto che oggi non si concepisce più la funzione del tisiatra dissociata da quella del radiologo poichè nel moderno esercizio di questa branca tanto importante anche dal punto di vista della medicina sociale ed assicurativa il reperto Roentgen è indispensabile non meno dell'esame dell'espettorato come il più valido appoggio all'esame clinico. Sull'illustrazione di questi concetti mi sono soffermato con la dovuta ampiezza di argomenti in lavori precedenti e specialmente nella mia relazione al II Congresso Internazionale di Medicina di Assicurazione Vita svoltosi a Parigi nel maggio 1939 e non intendo qui ricordare quanta importanza viene ad assumere la presa di un radiogramma in un infiltrato precoce, in una caverna muta, in una miliare fredda, tutte lesioni in cui il reperto clinico può dire poco o nulla.

Non è su questo che intendevo richia-

mare l'attenzione in questo articolo bensì sul rovescio della medaglia, ossia — in opposizione alle lesioni clinicamente silenti e radiologicamente apprezzabili — sui casi di affezione tuberculare del polmone in cui il reperto clinico è più o meno ricco di elementi mentre ai raggi non si riscontra assolutamente nulla.

L'importanza che l'argomento viene ad assumere per noi medici di Assicurazione Vita è grandissima poichè ai fini nostri non interessa meno svelare segni radiologici di tubercolosi pregressa o in atto in casi che sarebbero altrimenti passati inosservati che accertare i segni clinici di una tubercolosi in soggetti radiologicamente indenni. E per noi il compito è tanto più delicato in quanto nel caso vi fosse discordanza tra il reperto clinico e il reperto radiografico non si esita ordinariamente a dar ragione a quest'ultimo, senza fare altre considerazioni, come di fronte ad una documentazione inoppugnabile. Eppure non sono pochi i casi a cui accennavo e chiunque si occupi di radiologia nella sua pratica personale può annoverarne più di uno.

J. Stephani e H. Mollard in un interessante studio pubblicato alcuni anni or sono hanno trattato di dieci soggetti *tutti tubercolosi* in cui l'esame radiografico era completamente negativo. Precedentemente Bernard e Thoyer avevano pubblicato due osservazioni di tubercolosi che le lastre non mettevano

affatto in evidenza. Casi analoghi sono stati segnalati da Busi, Chiray, Benda, ecc.

Per quale motivo — ci domandiamo — può darsi che ci siano nel polmone delle lesioni la cui presenza è affermata dalla clinica, la cui natura è confermata dal laboratorio e intanto il substrato anatomico non si traduce in alcuna immagine sulla lastra? Le cause di questa mancata visibilità radiologica possono essere varie e dipendere da difetti di tecnica, dalla particolare sede della lesione e dalla particolare struttura di essa.

L'errore di tecnica più frequente è dovuto al fatto che la « qualità » dei raggi X non è adatta per il soggetto in esame. E' noto che la penetrazione dei raggi dipende dalla lunghezza d'onda e quindi dalla differenza di potenziale espressa in kilovolts che si stabilisce ai poli del tubo. Maggiore è questa differenza di potenziale, minore sarà la lunghezza d'onda e quindi maggiore la penetrazione del fascio radiante e viceversa; nel primo caso si avranno raggi duri, nel secondo caso raggi molli. Or bene basta modificare il potere di penetrazione del fascio perchè una lesione, mascherata completamente dalla clavicola o dalle costole per avere usato raggi troppo molli, venga ad estrinsecarsi; e viceversa una immagine che raggi duri non avevano permesso di vedere può apparire sulla lastra se una radiazione più molle crea le condizioni necessarie per il contrasto. Nei casi in cui il sospetto di lesione polmonare venisse a sorgere all'esame clinico e sulla lastra non ne apparissero tracce, prima di pronunziarsi sarà bene eseguire un nuovo esame radiografico variando opportunamente la « qualità » della radiazione usata poichè è preferibile una radiografia superflua al rischio di formulare una diagnosi errata.

Ma anche usando una tecnica appro-

priata la lesione può sfuggire all'indagine radiologica. Può dipendere allora dalla sede o dalla natura di essa.

Vi sono delle regioni del polmone che per le lesioni rappresentano dei veri e propri nascondigli quando si tratti beninteso non di infiltrazioni estese ma di piccoli focolai di tubercolosi. Non tutta l'estensione del parenchima polmonare è esplorabile coi raggi X: gran parte dei campi è coperta dalle formazioni scheletriche toraciche, dall'ombra del cuore e dalla convessità del diaframma. Una maggiore visibilità dei campi polmonari si può ottenere con questo accorgimento: anzichè far portare al paziente gli avambracci in avanti sulle colonne del teleradiografo come per abbracciare la cassetta radiografica lo si invita a tenere le mani sui fianchi spingendo i gomiti all'innanzi; in tal modo — centrando il tubo sulla IV-V vertebra dorsale — l'esclusione dell'ombra della scapola dai campi polmonari viene ad essere pressochè completa.

I ripari invisibili a cui accennavo sono costituiti dalla parte posteriore del polmone, dai cul di sacco mediastinici profondi e della regione retrocardiaca ma specialmente — ciò che a noi più interessa — dal particolare intrico dei piani ossei nella regione dell'apice polmonare dove la clinica e l'anatomia patologica localizzano l'inizio abituale della tubercolosi polmonare nell'adulto. E' in tali casi che la tomografia ossia la radiografia limitata ad un solo piano del corpo ha dato ottimi risultati svelando lesioni (esempio caverne apicali) invisibili con la radiografia ordinaria. L'importanza di quella piccola zona del polmone sinistro che ricopre l'apice del cuore ed è chiamata « lingula » come sede di insorgenza di tubercolosi nell'adulto è tale che alcuni autori le hanno dato il nome di terzo apice; orbene tale regione rimane totalmente inesplorabile in un ra-

diogramma in proiezione standard e con difficoltà si riesce a mettere in evidenza mediante particolari incidenze suggerite da qualche ricercatore, talchè un focolaio ivi annidato sfugge completamente all'indagine radiologica per la sovrapposizione dell'ombra cardiaca.

Si vede dunque quanto interesse hanno queste sedi e Stephani e Mollard pensano — in via del tutto ipotetica — che i portatori sani di bacilli di Koch studiati da Meersemann, Besançon e collaboratori altri non sarebbero che portatori di focolai tubercolari a lenta evoluzione annidati nell'una o nell'altra di queste regioni.

Ma anche all'infuori delle sedi particolari su nominate possono trovarsi in pieno parenchima polmonare dei focolai piccoli, isolati, la cui esistenza può sfuggire al clinico oltrechè al radiologo e rendersi palese solo all'anatomopatologo. La causa della mancata visibilità radiologica secondo un'antica opinione di Busi ripresa sperimentalmente da Palmieri e Pettinati sarebbe da ricercarsi nel fatto che solo i focolai più vicini alla lastra sembra che lascino su di essa la loro immagine il che anche spiegherebbe come in una tubercolosi miliare il numero dei noduli visibili sulla lastra è notevolmente inferiore al numero dei noduli esistenti in realtà e che si riscontrano all'autopsia. Per far sì che eventuali lesioni passate inosservate con la radiografia standard del polmone si rendano evidenti si può provare a ripetere la lastra in altra proiezione. Così le lesioni scissurali in proiezione frontale mostrano a destra solo una parte della piccola scissura, invece la lastra in laterale mette in evidenza eventuali ispessimenti della grande scissura invisibile in proiezione sagittale. Vespignani consiglia di variare e ripetere le incidenze nei casi dubbi fino alla soluzione del quesito proposto come avviene nello studio del-

l'apparato digerente poichè è non meno importante dal punto di vista sociale stabilire se un soggetto ha una lesione polmonare quanto se ha un'ulcera o una periduodenite. Interessanti sono pure a questo proposito le ricerche di Schittenhelm e Reuter pubblicate sulla « Münchener Medizinische Wochenschrift » (1938) e ricordate da Busi da cui risulta che per scoprire una lesione apicale essi hanno dovuto non di rado ripetere il radiogramma; in uno dei loro casi è stato necessario praticarlo tre volte.

Ma oltre alle cause considerate (tecnica imperfetta e sede della lesione) può anche darsi la eventualità che la lesione non si riveli ai raggi X per la sua particolare struttura istologica. Ricordando come la infezione tubercolare si inizi sempre con una endoalveolite essudativa ci si rende conto di questo fatto. Besançon e Delarue, fra gli autori moderni, hanno dimostrato che il substrato anatomopatologico iniziale di tutte le forme di tubercolosi polmonare è costituito da una broncoalveolite desquamativa con essudazione fibrinoleucocitaria nell'interno degli alveoli. Questo sarebbe il primissimo stadio a cui solo in un tempo successivo seguirebbe l'aggruppamento in noduli dei focolai i quali pertanto « si sentirebbero prima di vedersi ». In circostanze favorevoli se i focolai si risolvono a questo stadio di alveolite invece di confluire in noduli potrebbero anche non vedersi mai. Rientrerebbero pertanto in un processo anatomico che per la sua lieve entità non raggiunge ancora la soglia di opacità radiologica tutti quei casi in cui si è di fronte ad un soggetto sicuramente tubercoloso che all'esame clinico presenta un gruppetto di rantoli in questa o in quella regione del torace, febbricole serotine, sudori notturni, emoftoe e persino bacilli di Koch nell'espettorato ed invece all'indagine radiologica nulla di anor-

male si riscontra nei campi polmonari. Quale è dunque la conclusione a cui dobbiamo giungere in merito alla delicata questione della mancata visibilità radiologica di una lesione tubercolare del polmone? E' certo che l'indagine radiografica nella tubercolosi polmonare resta sempre un potente sussidio diagnostico ma, come tutte le branche della semeiotica prese isolatamente, non permette di fare la diagnosi in ogni caso. Perciò essa va volta per volta inquadrata nell'esame clinico generale e nei precedenti anamnestici del soggetto poichè deve essere valutata in relazione agli altri sintomi e rilievi.

Tutte le volte quindi che noi ci troviamo in presenza di assicurandi o assicurati con gentilizio tarato o con sottopeso notevole e che presentano in una regione del polmone un gruppetto di rantoli, se il torace ai raggi non mostra lesioni apprezzabili di ciò non si dovrà tenere che un conto relativo ricordando quante cause possono spiegarlo.

Si potrà anzi si dovrà — qualora si trattasse di una provvidenza sanitaria — consigliare una visita e una nuova

radiografia con intervallo di qualche mese per accertarsi delle reali condizioni di salute del soggetto. In caso di visita di controllo o di ingresso in assicurazione io consiglio di non tenere conto della negatività del reperto radiografico quando vi fossero segni clinici di lesione polmonare e di considerare il rischio con molta cautela poichè, anche quando un radiogramma successivo permanesse negativo nel caso di una broncoalveolite che risolvesse, si dovrà verosimilmente ritenere che si tratta di un soggetto candidato alla tubercolosi. E' dalla valutazione globale di tutti i minimi segni senza voler conferire valore speciale a questo o a quello e senza lasciarsi suggestionare da alcun reperto positivo o negativo che sia, è da tutto l'insieme che scaturisce il giudizio prognostico che in Assicurazione Vita rappresenta il fine ultimo a cui tende il medico ed a cui egli arriva solo attraverso una perfetta conoscenza della semeiotica e della patologia ed un vaglio rigoroso delle cause di errore che possono condurre fuori strada.

(La bibliografia verrà pubblicata negli estratti)

Dai Periodici

ITALIA

Annali d'Igiene, n. 9, 1940, Roma.

BAGNOLESI, *Determinazioni chimiche quantitative su carni ittiche congelate per stabilire quale sia il più razionale tra i vari metodi di scongelamento consigliati.*

L'A. dai risultati delle analisi eseguite su quattro diversi sistemi di scongelamento trae la seguente deduzione, che il sistema di congelazione rapida sia migliore non soltanto per la sua praticità ma perchè non va perduto il liquido nutritivo che passa in soluzione nell'acqua che ha servito per congelare il pesce medesimo. G.

Annali di Medicina navale e coloniale, n. 6 e 7, 1940, Roma.

CLEMENTE, *Le malattie dell'apparato respira-*

torio e la tubercolosi nella Marina italiana durante il triennio 1933-35.

L'A. esamina l'andamento generale della tubercolosi, della pleurite e delle altre malattie non specifiche dell'apparato respiratorio in Marina nel triennio 1933-35 e quindi passa allo studio della morbosità per mesi grado e periodo di servizio prestato e provenienza del personale, concludendo che la tbc. rappresenta sempre uno dei problemi più importanti per la marina da guerra. G.

Archivio italiano di scienze mediche coloniali e di parassitologia, n. 7, 1940, Roma.

ALESSANDRINI, *Nuovo orientamento sulla identificazione e classificazione dei bacilli dissenterici.*

L'A. alla luce delle moderne vedute, ritiene che mentre per i bacilli dissenterici veri la classificazione resta immutata, per i paradissenterici sia molto più opportuno parlare di un

gruppo di microbi costituito da numerosi tipi sierologici indipendenti dalla fermentazione del maltosio e del saccarosio. G.

Idem, n. 8.

CACCIAPUOTI, *Avvelenamento letale da puntura di Mygalida.*

L'A. riporta un caso di puntura di aracnide (mygalida) ad esito rapidamente letale, verificatosi in un bambino, indigeno, in un villaggio dell'Aagh (Amara) illustrandone sintomatologia e decorso. Riferisce dati d'inchiesta tra connazionali ed indigeni circa la diffusione di questi artropodi e sui danni provocati dalla loro puntura. G.

Archivio di psicologia, neurologia psichiatria e psicoterapia, Fasc. IV, 1940, Milano.

COTTOBENI e VERGANI, *Suicidio da psicosi traumatica.*

Gli AA. segnalano un caso di suicidio in un soggetto malato di mente per trauma cefalico da investimento automobilistico. Traggono dal caso materia di considerazioni cliniche e medico-legali formulando una sintesi della possibile causale e svolgono l'aspetto medico forense del suicidio infortunio e del suicidio da lesioni penalmente perseguibili. G.

Assistenza sociale (La), n. 7-8, 1940, Roma.

SOPRANA, *Considerazioni sulle invalidità multiple.*

L'A. dopo aver definito che cosa si debba intendere per invalidità semplice e invalidità molteplice ha esaminato un gruppo di invalidi rispetto al numero degli elementi ben noti che hanno portato al giudizio di pensionabilità. Conclude che la frequenza delle invalidità multiple superi quella delle invalidità uniche e che aumenta contemporaneamente all'età per cui si prospetta la necessità di studi sul modo della valutazione. G.

Athena, n. 8, 1940, Roma.

MARASSINI, *La costituzione e la diatesi carcinomatosa.*

L'A. dopo avere ricordato le diverse teorie emesse sulla genesi dei neoplasmi in genere e di quelli maligni in specie, studia il comportamento dei singoli elementi cellulari nel processo di normale accrescimento dei tessuti e degli organi per quanto riguarda l'insorgenza e l'evoluzione di un blastoma maligno e ritiene che i blastomi siano legati ad un fattore cellulare, consistente nella trasformazione mali-

gna di elementi liposolubili facenti parte della compagine dei tessuti, e a fattori estrinseci alla cellula neoplastica, locali e generali, propri dell'organismo in cui il tumore ha sede. G.

Atti della R. Accademia dei Fisiocritici di Siena, n. 4, 1940, Siena.

CONTINI, *Tubercolosi renale sperimentale da bacillo del tipo bovino.*

L'A. dopo numerose ed accurate esperienze, è venuto alla conclusione che è possibile riprodurre sperimentalmente nella cavia lesioni renali tubercolari tanto col bacillo del tipo umano che con quello del tipo bovino e di gravità identica, tanto da giungere alla formazione di zone di caseosi. G.

Avvenire Sanitario (L'), n. 25, 1940, Milano.

Limitazione delle specialità medicinali agli iscritti nelle Casse Mutue - Per la tutela legale della madre e del figlio durante la gravidanza - Per l'abolizione delle specialità straniere nelle cliniche e negli ospedali - I problemi dell'industria farmaceutica.

Avvenire Ostetrico (L'), n. 7, 1940, Napoli. *L'età della tubercolosi e del cancro.*

Secondo l'A. il numero assoluto dei cancerosi tocca il massimo dai cinquanta ai 60 anni; il numero dei cancerosi in rapporto al numero dei viventi della stessa età aumenta sino ad età avanzata; il maschio più è avanzato negli anni e più è esposto a divenire canceroso. Dopo 80 anni la malattia declina rapidamente. Per la tubercolosi egli fa rilevare che il numero dei vecchi che soccombono alla tbc. è molto più elevato di quanto comunemente si creda. G.

Azione antitubercolare (L'), n. 4, 1940, Sorrento.

B. T., *La percussione topografica degli apici polmonari.*

L'A. riferendosi ad un lavoro di Buehler comparso in «Deutsche Tbk. Bl» riporta la tecnica personale adottata dallo stesso per la delimitazione dell'apice che si discosta dall'orto-percussione di Goldscheider e dal metodo della ricerca dei cosiddetti campi di Kronig e si basa sui reperti di percussione nelle zone libere delle masse muscolari senza tener conto dell'ampiezza assoluta del campo apicale, dato di scarsa importanza. G.

Biochimica e terapia sperimentale, Fasc. 8, 1940, Milano.

GRIFFI, *Comportamento di alcuni componenti urinari e dell'assorbimento intestinale in se-*

guito a somministrazione di alcune sostanze antipiretiche.

L'A. ha studiato il comportamento della eliminazione e dell'assorbimento intestinale dopo l'azione di alcune sostanze antipiretiche. Egli ha studiato l'azione della chinina, fenacetina, piramidone, antipirina e salicilato sodico mettendone in evidenza le peculiari caratteristiche G.

Bollettino statistico del Governatorato, n. 5, maggio 1940, Roma.

A fine maggio la popolazione presente a Roma è salita da 1.341.649 a 1.346.067 abitanti con un aumento di 4418 persone. Si sono celebrati 671 matrimoni (5,38 % per anno) e sono nati vivi 2587 individui (22,69 %) di fronte a 2397 (21,64 %) nel maggio 1939. I morti sono stati 1080 (9,47 %) di fronte a 1024 nel maggio 1939. G.

Bollettino mensile di statistica dell'Istituto Centrale di Statistica, n. 9, 1940, Roma.

Segnaliamo le seguenti note riassuntive: al 31 agosto 1940 gli abitanti residenti nelle 98 provincie del territorio metropolitano ammontavano a 44 milioni 881.094. L'aumento di 48.248 abitanti verificatosi dal 31 luglio al 31 agosto è dovuto per 36.382 all'eccedenza dei nati sui morti e per 11866 all'eccedenza dei rimpatri sugli espatri. G.

Bollettino della Società Medico Chirurgica Bresciana, n. 3, 1940, Milano.

PEDRONI, *Il trattamento moderno delle ustioni cutanee recenti estese con l'acido tannico.*

L'A. dopo aver accennato all'etiopatogenesi delle lesioni da ustioni parla del trattamento di queste con soluzioni di acido tannico rilevandone i soddisfacentissimi risultati. G.

Bollettino della Federazione Nazionale delle Imprese Assicuratrici, n. 15-16, 1940, Roma.

Applicazione delle leggi di guerra - Determinazione dei territori nemici e delle persone di nazionalità nemica - Quesiti relativi all'applicazione della legge di guerra.

Bollettino di segnalazioni, n. 7, 1940, Roma.

La mutualità nel settore industriale - Previdenza sociale - Circoli Federali - Mobilitazione - Circolari federali.

Bollettino del Centro Studi dell'I. N. A., n. 12, 1940, Roma.

CASALINI, *L'Assicurazione vita agli agricoltori ed un concetto pratico da seguire*; STRUCCHI, *La propaganda assicurativa nel R. Esercito*;

SIMILA, *La dichiarazione di morte presunta nel nuovo Codice civile*; U. e B., *I tre rischi (morte, vecchiaia e invalidità).*

Case di Cura (Le), n. 8, 1940, Milano.

L'alimentazione umana in tempo normale ed in tempo di guerra.

Viene constatata la grande variabilità dei valori di sostanze proteiche occorrenti da paese a paese: si calcolano per la popolazione rurale italiana da 89 a 135 gr.; per la Gran Bretagna da 60 a 145 gr.; per la Germania da 76 a 135 gr.; per l'America da 67 a 165 gr. Ma in genere si ha tendenza a considerare come razione giornaliera sufficiente da 80 a 100 gr. di proteine di alto valore fisiologico. Le proteine contenute nel latte e nella carne di bue corrispondono quasi al 100/100 nell'ordine dei valori biologici di Thomas; quelle di pesce a 90/100; più basso è il valore delle proteine vegetali (56 per i piselli e 44,50 per il grano, 25,38 per i fagioli). Si avvicinano al valore delle proteine animali quelle dell'avena (75 %) dell'orzo (60,80 %) e della patata (84 %). G.

Cultura medica moderna, n. 9, 1940, Palermo.

CULOTTA, *Rapporti tra gozzo ed affezioni tubercolari dell'apparato respiratorio.*

L'A. in sei casi osservati nel sanatorio V. Cervello di gozzo parenchimoso e di gozzo cistico, non ha riscontrato quei segni particolari di benignità nell'andamento del processo tubercolare, che alcuni AA. hanno affermato in rapporto con una iperfunzione tiroidea. L'A. contestando l'azione favorevole dell'ipertiroidismo vede nel gozzo un fattore meccanico, determinante una ipercapnia (acidosi grassa) nell'alveolo. G.

Cuore e circolazione, n. 7, 1940, Roma.

TRIMARCHI-DU CHALIOT, *Confronto tra metodi di stasi e di aspirazione per lo studio della resistenza capillare.*

Gli AA. confrontando il metodo di aspirazione col metodo di stasi, per la prova della fragilità capillare, danno la preferenza al metodo di aspirazione, sia per la maggiore sensibilità come per la maggiore facilità di esecuzione ed infine per la possibilità di ripetere la ricerca a breve distanza di tempo sullo stesso soggetto. G.

Idem, n. 8.

CHIODI-MESITI, *Contributo allo studio dei rapporti tra respiro e circolo.*

Gli AA. hanno studiato il comportamento del polso venoso e della pressione venosa in 10 in-

dividui ad apparato cardiaco e respiratorio integro, rilevando sensibili modificazioni nella forma e negli elementi del polso venoso, specie a carico delle onde negative e forti aumenti della pressione venosa nei due lati. G.

Difesa Sociale, n. 6, 1940, Roma.

MAXIA, *Su alcune manifestazioni nervose della malaria.*

L'A. dopo aver passato in rapida rassegna le manifestazioni nervose malariche si sofferma su alcune di esse descrivendo tre casi costituiti da emiplegia sinistra, sindrome dolorosa appendicite e ritenzione vescicale. G.

Idem, n. 7.

TRAMBUSTI, *Acclimatazione ed alimentazione del bambino italiano in Africa.*

L'A. in base alle prime esperienze di massa afferma che il soggiorno è benissimo sopportato dal bambino italiano quando esso venga protetto da misure igieniche generali, convenientemente alimentato e messo in condizioni di alternare soggiorni climatici ritempranti e non sia sottoposto ad eccessivo lavoro fisico ed intellettuale. G.

Fisiologia e medicina, n. 9, 1940, Roma.

FAELLI, *Endocrinologia delle glandole salivari nel quadro del diabete pluriglandolare.*

L'A. studiando l'importanza delle varie glandole endocrine e delle loro correlazioni nella patogenesi del diabete, esamina i rapporti che le glandole salivari hanno con la regolazione glicemica ed analizza alcuni casi clinici in cui un fatto flogistico delle glandole salivari è sempre concomitante all'accentuarsi di una alterazione della regolazione glicemica per cui le glandole salivari possono imputarsi della patogenesi. G.

Idem, n. 18, 1940, Napoli.

SCHIFONE, *Reazione di Zambrini e il suo valore prognostico in chirurgia.*

L'A. riassumendo i risultati che si sono avuti dall'esame di 100 casi chirurgici, studiati con la reazione Zambrini, è venuto alla conclusione che il pH salivale ha una sicura importanza nel determinismo dei valori cromometrici e che esiste il valore prognostico della reazione nei riguardi dell'esito ed in complesso di tutto il comportamento del decorso post-operatorio. Però non si accetta la capacità attribuita a questa reazione di prevenire di 24-36 ore qualsiasi complicazione. G.

Forze Sanitarie (Le), n. 17, 1940, Roma.

FASCETTI, *Insufficienza cardiaca, insufficienza circolatoria ed insufficienza delle coronarie.*

L'A. riferendosi ad una pubblicazione fatta da Budelmann in « Deutsche Medizinische Wochenschrift » n. 37-38-39, 1939, descrive la speciale sintomatologia delle forme suddette con il meccanismo circolatorio che l'accompagna e ricorda i fattori che intervengono per la regolazione meccanica del riflusso venoso e quelli ai quali si deve la regolazione chimica e nervosa del cuore. Mette in rilievo l'importanza del sistema dei vasi coronari, che da una deficiente sanguinificazione possono essere causa di notevoli disturbi circolatori del cuore stesso. G.

Gazzetta delle Assicurazioni, della Finanza e del Credito, n. 277-278, Firenze.

Il rischio di guerra per tutti i contratti di assicurazione vita - Bilanci 1939: « L'Alleanza », « La Compagnia Europa », « Compagnia di Assicurazione di Milano », « Fiume », « Compagnia Svizzera di riassicurazione ».

Giornale dell'Istituto Italiano degli Attuari, n. 2, 1940, Roma.

OTTAVIANI, *La teoria del rischio di Lundberg e il suo legame con la teoria classica del rischio; BONFERRONI*, *La condizione d'equilibrio per operazioni finanziarie finite od infinite; DEL CHIARO*, *Sulla teoria formale della popolazione; Rassegna assicurativa.*

Giornale di Medicina Militare, Fasc. VII, 1940, Roma.

PALAZZI, *Assistenza e provvidenze terapeutiche nelle lesioni maxillo-facciali sul campo di battaglia.*

L'A. espone in sintesi le provvidenze di urgenza che si possono mettere in opera per i soccorsi ai traumatizzati dei mascellari per proiettili di arma da fuoco nelle zone delle prime linee, espone le sue vedute sulla possibilità di realizzazione di cure adeguate, ed in primo luogo consiglia, avvenuto il trauma, di eseguire la riduzione e contenzione della frattura ed il ravvicinamento dei lembi inviando poi in reparti specializzati. G.

Infermiera Italiana (L'), n. 9, 1940, Roma.

CACCHIONE, *Assistenza psichiatrica; LODI, LONGONI e DONATI*, *L'assistenza agli anormali psichici e del carattere a Milano; BONEDIES*, *Santa Caterina da Siena infermiera.*

Italia Medica (L'), n. 185-86, 1940, Torino.

OLIARO, *Per il progresso della stampa medica; La polemica dei sulfamidici; Il sanatorio rurale S. Francesco.*

Italia Odontoiatrica, n. 3, 1940, Milano.

GASPARINI, *L'anestesia locale nella pratica odontoiatrica; Fiera campionaria; Recensione.*

Lavoro Commerciale (II), Quaderno n. 1, 1940, Roma.

PINI, *L'azione dei lavoratori del commercio per la lotta contro gli sprechi.*

L'A. dopo aver fissato il concetto che la lotta contro gli sprechi è diretta al completamento dell'autarchia e al raggiungimento di risultati concreti a beneficio della collettività e non di singole imprese e individui svolge i diversi aspetti della lotta e la possibilità dei recuperi dal settore dell'industria e dell'artigianato a quello dei tessili, dell'abbigliamento, dell'alimentazione e merci varie, con una serie di consigli utili a cui attenersi nelle diverse industrie di lavoro. G.

Lavoro umano (II), n. 3-4, 1940, Torino.

GRAMEGNA, *Pressione sanguigna e affaticamento.*

L'A. espone i risultati delle ricerche e degli studi eseguiti sulle modificazioni della pressione arteriosa nell'affaticamento, prendendo in considerazione il comportamento nei soggetti allenati. Si può ritenere che durante l'affaticamento la pressione tenda costantemente a salire per l'aumento delle resistenze periferiche e l'aumentata energia di contrazione del cuore. G.

Lotta contro la tubercolosi, n. 9, 1940, Roma.

TARANTOLA, *La diagnosi precoce della tubercolosi polmonare.*

Nessuno oramai più discute sulla necessità della diagnosi precoce, con cui si riesce a salvare più facilmente un ammalato e ad impedire una pericolosa disseminazione di germi infettivi nell'ambiente, a tutto vantaggio della collettività, ma è ancora aperto il problema circa i mezzi più idonei per attuare questo principio basilare della lotta antitubercolare. L'A. mette in evidenza la parte essenziale che spetta in questo campo ai medici nella loro azione di propaganda e ai dispensari chiamati a fare i necessari accertamenti clinici, batteriologici e radiologici. E', in una attiva e feconda collaborazione di questi due elementi,

che può sperarsi una azione veramente fruttuosa e preziosa ai fini della diagnosi precoce. G.

Il Maglio, n. 37, 1940, Torino.

Le indennità di malattia; MELLANA, *Giustizia;* FOSSATI, *La Balcania e gli interessi italiani;* OBSERVATOR: *Disintegrazione di un Impero.*

Medicina dello sport e dell'educazione fisica, n. 2 e 3, 1940, Torino.

RICCI, *La reazione del Donaggio studiata negli sportivi.*

L'A. ha eseguito numerosi saggi della reazione del Donaggio su atleti in gara e in allenamento ed è venuto alla conclusione che questa reazione è di buon ausilio nel seguire l'allenamento di un atleta, alla condizione però che per ogni soggetto venga determinato con più saggi il grado medio di reazione al riposo e questo venga confrontato col valore maggiore riscontrato dopo che l'atleta ha compiuto un determinato lavoro. L'A. propone anzi un metodo rapido che ha potuto constatare rispondente alle esigenze della pratica medica-sportiva. G.

Medicina internazionale (La), n. 7, 1940.

ROVERSI, *Nozioni biochimiche sulle manipolazioni di cottura dei viveri.*

L'A. esamina i diversi sistemi di cottura quali si impiegano nelle varie cucine come la cottura nell'acqua (lessatura) nei grassi (friggitura) esposizione al fuoco (arrostitura) a fuoco diretto e calore di vapore in recipiente chiuso (stufatura) e studia le trasformazioni biochimiche a cui i cibi vanno incontro per tali procedimenti. In rapporto ai fenomeni fisici l'A. passa in esame la composizione dei diversi condimenti (sughi, grassi fusi e salse) per la loro speciale importanza nella cucina dietetica ospedaliera e privata, mettendo in evidenza la loro particolare azione nella funzione digestiva. G.

Medicina del Lavoro (La), n. 7, 1940, Milano.

FUGAZZOLA E GASTALDI: *Considerazioni cliniche-statistiche sulla frequenza e sulla evoluzione della tubercolosi polmonare in operai addetti alle industrie tessili.*

Gli AA. negano alle polveri di lana e di cotone la possibilità di creare nel polmone un *locus minoris resistentiae* all'attecchimento della tbc. ma ammettono che danno luogo a forme catarrali diffuse dell'apparecchio respiratorio. G.

Meteorologia pratica (La), n. 3, 1940, Perugia.

ALFANI: *Su di un microbarografo*; EREDIA: *L'aerologia nel quadro delle discipline scientifiche e tecniche*; DEUTON: *La formazione di ghiaccio sugli aeroplani*; EREDIA: *La previsione del tempo e l'empirismo*.

Milizia Sanitaria (La), n. 16, 1940, Roma.

Rivoluzioni in massa; TILLI, *Il problema degli ambulatori e dell'assistenza sanitaria unificata*; BARBERA, *Equità di guerra*; SANGIORGIO, *Autarchia del farmaco*.

Minerva Medica, n. 31, Torino.

DOMINICI, *La patogenesi dell'angina pectoris e l'origine del dolore anginoso*.

L'A. dopo aver accennato alle condizioni anatomiche e funzionali che costituiscono il substrato della sindrome anginosa, illustra il concetto di ipo-ossiemia del miocardio e le possibilità genetiche sue. Chiarisce inoltre l'importanza dello spasmo vasale ed infine cerca di interpretare la origine prima della sensazione anginosa dolorifica. G.

Notiziario di diagnostica e terapia, n. 4-5-6, 1940, Milano.

CEPPELLINI, *I chiaroscuri della terapia sulfamidica*.

L'A. nel suo lavoro condotto sotto i punti di vista chimico, tossicologico, batteriologico e clinico, mette in rilievo le modificazioni biochimiche, quali la solfoemoglobinemia, la metaemoglobinemia, la anemia capillare, la agranulocitosi che si sono riscontrate in seguito all'uso dei sulfamidici. Conclude che la prescrizione dei sulfamidici va limitata ad alcune ben definite malattie e non estesa, come si fa ora, ad ogni infermità. G.

Ospedale Maggiore (L'), n. 8, 1940, Milano.
RAO, *La latticemia nello scompenso cardiaco dopo iniezione di vitamina C*.

L'A. in ricerche su cardiopatici scompensati ha studiato l'effetto della somministrazione endovenosa di acido ascorbico sul contenuto di acido lattico nel sangue ritrovando una notevole diminuzione dei valori di acido lattico dopo la somministrazione di Vitamina C. Conclude che l'acido ascorbico tende a riportare alla norma l'alterato ricambio dei carboidrati. G.

Policlinico (II), Sezione pratica, n. 37, 1940, Roma.

SPICCA, *A proposito delle microreazioni per la diagnosi sierologica della sifilide*.

L'A. dopo una disamina dei lavori pubblicati sull'argomento, che nella grande maggioranza

sono venuti alla conclusione che i risultati ottenuti con le microreazioni non diversificano da quelli delle reazioni comunemente in uso esprime delle riserve circa la rapidità e la facilità di esecuzione e di lettura di esse e ritiene che alle microreazioni può ricorrersi soltanto quando per rare evenienze si ha scarsità di materiale e da ciò soltanto nasce il pregio di esse. G.

Idem, Sezione Medica, n. 8, 1940, Roma.

COPPA, *Il metabolismo basale negli ipertesi*.

L'A. ritiene che non può, allo stato attuale delle nostre conoscenze, affermarsi tra metabolismo basale ed ipertensione un rapporto di interdipendenza causale per quanto individui presentanti ipertensione associata o meno ad altre manifestazioni morbose, il M. B. si sia dimostrato in aumento. Pare si tratti di un complesso di fattori, la cui esatta valutazione tuttora ci sfugge. G.

Idem, Sez. Pratica, n. 37.

FAELLI, *Il problema dell'insulina e la terapia correlazionistica del diabete*.

L'A. pone in evidenza, come in base alla moderna conoscenza correlazionistica del diabete, nella cui patogenesi può venire chiamata in causa qualsiasi ghiandola a secrezione interna o qualsiasi costellazione ormonica, il problema dell'insulina si ponga in maniera meno assillante che non ai tempi in cui il diabete era ritenuto malattia esclusivamente ipopancreatica. Oggi è possibile attingere a molteplici sussidi della terapia per la cura di questa malattia tipicamente pluriglandolare, realizzando un progresso scientifico e l'economia nel consumo dell'insulina. G.

Preparazione materna (La), n. 4, 1940, Salsomaggiore.

CARDIN-TORBOLI, *Sul meccanismo di azione delle acque minerali salsoiodiche in rapporto alla contrattilità dell'ovaio*.

Gli AA. nel tentativo di risalire al meccanismo di azione delle acque minerali salsoiodiche (Salsomaggiore) sulla motilità dell'ovaio isolato di mammiferi hanno messo in evidenza un fattore di potenziamento legato alle sostanze minerali presenti in quelle acque escluso il $Ca Cl_2$ e un fattore propriamente motore dovuto al calcio. G.

Problema alimentare (II), n. 2, 1940, Roma.
MITOLO, *Ormoni e vitamine*.

L'A. segnala la diversità di comportamento tra stati di iperormonismo e stati di ipervita-

minismo di cui i primi riescono generalmente dannosi, mentre i secondi o non sono nocivi o sono addirittura utili all'organismo animale. Ricorda le recenti applicazioni pratiche, specialmente terapeutiche di tali vedute sostenute dalla sperimentazione fisiologica per quanto riguarda l'odierna cura del rachitismo e della spasmodia con la somministrazione di una dose unica massiva di vitamina D₂ introdotta da Harnapp e da Schirmer. G.

Idem, Fasc. III, 1940, Milano.

TEGGIA, *L'azione del succo di limone sul metabolismo glicidico in malati di diabete mellito.*

In base ai risultati ottenuti l'A. è indotto ad attribuire al succo di limone proprietà favorevoli al metabolismo glicidico del diabete.

Rassegna di oncologia, n. 4, 1940, Roma.

CIMINO E VILLARÀ, *Produzione sperimentale di tumori nel colombo mediante 1:2 di benzopirene.*

Gli AA. trattando con 1:2 benzopirene un numeroso lotto di colombi, hanno ottenuto la comparsa di carcinomi e di sarcomi; carcinomi, quando il benzopirene veniva applicato sulla cute, sarcomi, quando invece era iniettata nel sottocutaneo.

Queste neoplasie sono state caratterizzate dalla comparsa tardiva (in media 16 mesi) e dallo sviluppo assai lento con metastasi al fegato e al polmone in 4 casi. G.

Rassegna di medicina industriale, n. 8-9, 1940, Torino.

BUSINCO, *L'azione rachitogena del carbonato di berillio.*

L'A. che ha eseguito ricerche sperimentali in giovani ratti dimostra che il carbonato di berillio può influenzare dannosamente i processi osteogenici, portando ad un complesso di manifestazioni patologiche in cui la riduzione del peso, l'incurvamento della colonna vertebrale, le alterazioni iperplastiche della cartilagine di coniugazione e le modificazioni della sottostante trabecolatura, l'ipocalcificazione, l'ingrossamento delle articolazioni condrocostali contribuiscono a formare un quadro assai netto di rachitismo. G.

Rassegna giuridica della circolazione stradale, Fasc. 6-7, 1940, Roma.

DUNI, *Le segnalazioni acustiche degli autoveicoli nella evoluzione delle norme legislative e i vari interessi da queste tutelati.*

Rassegna clinico scientifica, n. 9, 1940, Milano.

GIORDANO, *Nuovi contributi alla conoscenza della sifilide renale.*

L'A. riferendosi alla sua pubblicazione riprende alcuni argomenti ancora più diffusi come quelli che riguardano i caratteri clinici e morfologici delle nefrosclerosi vascolari luetiche, la frequenza delle lesioni vascolari renali e quella forma particolare che va sotto il nome di sifilide organoclasta del rene. Mette in rilievo i processi di endoarterite obliterante specifica delle arteriole intraparenchimali con la conseguente alterazione di nutrizione del tessuto e le modificazioni strutturali che ne seguono. G.

Rinascenza Medica, n. 18, 1940, Napoli.

TACCONE, *Vaccinoterapia intradermica nella pertosse.*

Per quanto non si possano negare i progressi notevoli raggiunti nella terapia della pertosse mediante la vaccinoterapia, tuttavia alcuni insuccessi hanno spinto a ricercare nuovi metodi più attivi. L'A. ha ricorso alle iniezioni nello spessore del derma, di vaccino tifico nella sospensione batterica di 500 milioni - 1 miliardo per cc. I risultati sono stati sempre efficaci e soddisfacenti senza dar luogo a speciali inconvenienti. G.

Idem, n. 14.

MANCINI, *Nuove applicazioni dell'acido nicotinic.*

Non è oramai più discutibile l'efficacia dell'acido nicotinic sulla pellagra dopo il vasto esperimento profilattico eseguito in Italia nel 1939 su 7000 bambini e dopo il lavoro di De Langen su un'epidemia di pellagra curata con l'acido nicotinic. Si ottenne la guarigione degli individui affetti con la scomparsa di tutti i sintomi morbosi in pochi giorni. La terapia nicotinic è stata applicata nel campo delle lesioni cutanee e mucose, come il prurito vulvare, il lichen planus e recentemente nel lupus eritematoso. In quest'ultima forma i sintomi infiammatori ed infiltrativi si dileguano in pochi giorni e scompaiono anche le dilatazioni vasali; ciò che fa ammettere che l'acido nicotinic possiede una speciale attività sul sistema capillare. G.

Rinnovamento medico, n. 48, 1940, Genova.

MANARA, *Le morti improvvise nelle malattie respiratorie e circolatorie.*

L'A. dopo aver esposto il concetto di ciò che deve intendersi per morte rapida e morte im-

provvisa passa in rassegna i possibili criteri di classificazione delle morti improvvise basata sulla etiologia facendo le seguenti distinzioni: morte improvvisa cardiaca, cerebrale, polmonare, neuroendocrinopatica, emozionale, anafilattica e metereopatica. Tuttavia l'A. non nasconde la difficoltà di classificare sistematicamente in base ad un criterio funzionale certe morti improvvise e attribuisce una parte preminente nella genesi dell'attacco mortale al meccanismo inibitorio vagale sul cuore e sui centri bulbari per uno stato di labilità neurovegetativa. G.

Riforma Medica, n. 31, 1940, Napoli,

SCOZ CASTALDI, *La velocità di sedimentazione nella ripresa lavorativa dei tubercolotici.*

Gli AA. hanno osservato che il lavoro provoca in alcuni un progressivo miglioramento nella V. S. (malati dimissibili con giudizio di abilità biologica al lavoro); in altri delle variazioni intorno al valore iniziale (malati dimissibili con riserva circa l'abilità biologica al lavoro) ed in altri infine un peggioramento più o meno notevole (malati biologicamente inabili). G.

Idem, n. 25.

FISICHELLA, *Il problema dell'immunità anti-malarica e i moderni tentativi di vaccino profilassi.*

L'A. riprende gli studi condotti da alcuni ricercatori sul problema dell'immunità dell'infezione malarica e gli esperimenti eseguiti allo scopo di stabilire la possibilità di ottenere una vaccinazione profilattica, rilevando le difficoltà e i dubbi che si frappongono per la soluzione del problema. L'A. auspica di proseguire nel cammino intrapreso nella speranza di rendere finalmente innocua questa grave malattia sociale. G.

Rivista dell'Assistenza, n. 9, 1940, Roma.

Diminuzione della mortalità negli Stati Uniti.

Al confronto del 1937 in cui si ebbe una mortalità dell'11,2% l'anno 1938 portò una diminuzione del tasso di mortalità con una percentuale del 10,6%. Il fenomeno va attribuito al diffondersi delle misure profilattiche e delle varie attività assistenziali. Le malattie cardiovascolari costituiscono la più importante causa di mortalità alle quali segue immediatamente il vaiolo. Il fatto si spiega pensando che in America la vaccinazione non è obbligatoria. G.

Rivista di biologia coloniale, n. 4, 1940, Roma.

RICCI, *Elmintologia umana nell'Africa Orientale.*

L'A. in uno studio accurato e paziente ha accertato la presenza in A. O. di 17 specie di vermi parassiti nell'uomo, di cui i più diffusi geograficamente risultano essere nell'ordine: T. saginata, T. lumbricoides, O. vermicularis, mentre i più importanti per interesse medico, anchilostomi e schistosomi, si trovano localizzati in zone ben circoscritte. G.

Rivista di terapia moderna e medicina pratica, n. 10, 1940, Milano.

Per le Università italiane - Concorsi a premi - Fondazioni - Rivendicazioni scientifiche italiane - Priorità italiane in oftalmologia - La « Dante Alighieri » e i medici studiosi di Dante.

Rivista di clinica, terapia e scienze affini (La), Fasc. IV e V, 1940, Roma.

SERONO, *Osservazioni sulla sterilità involontaria.*

L'A. riassumendo brevemente lo stato della natività nelle varie nazioni europee addita le principali cause del verificarsi delle sterilità involontarie e cioè la soverchia industrializzazione, il lavoro della donna sposata e soprattutto la lenta intossicazione prodotta dall'abuso di sostanze chimiche propinate con errati intenti terapeutici. G.

Rivista di Medicina aeronautica, n. 2, 1940, Roma.

BELA PURJESZ - CSINADY, *L'effetto della rotazione in avanti e di fianco sull'elettrocardiogramma.*

Negli esperimenti eseguiti gli AA. hanno rilevato alterazioni della frequenza cardiaca, della pressione sistolica e diastolica, della forma e della durata di qualche parte dell'elettrocardiogramma, mettendole in stretta relazione con modificazioni del tono vasale e delle pareti vasali, della posizione del cuore e dell'ampiezza dei ventricoli. Ritengono che il rilievo elettrocardiografico nell'esperimento di rotazione sia un buon mezzo di giudizio per giudicare se l'individuo sia o no idoneo al pilotaggio. G.

Risanamento Medico, n. 9, 1940, Roma.

L'inganno infelice - I falsi dottori - G. e C., La malattia della stagione; FLESCH: Regime fisico in guerra: igiene sociale.

Saggiatore (II), n. 6, 1940, Torino.

CARREL: *Compiti e storia del metodo di coltivazione degli organi in vitro.*

E' il riassunto degli studi interessanti eseguiti dall'A. con Lindberg sui metodi che sono stati adottati nel passato e in atto per la coltivazione degli organi fuori dell'organismo. L'A. accennato ai nuovi concetti anatomici dominanti che tendono a rappresentare la struttura dei tessuti come una unità inscindibile col sangue circolante e con le condizioni fisiologiche dell'ambiente interno fa una particolareggiata descrizione della pompa di perfusione Lindberg e Carrel, concludendo che organi interi coltivati in vitro non solo rimangono in vita ma modificano la loro struttura e la loro funzione a seconda della composizione chimica e fisico-chimica del liquido circolante e delle condizioni meccaniche. G.

Salsomaggiore, n. 11, 1940, Salsomaggiore.

SANGIORGI, *Importanza sociale dell'asma bronchiale dell'enfisema polmonare e risultati del termalismo idrominerale - Terme Verzieri.*

Settimana Medica (La), n. 19, 1940, Palermo.

FAELLI, *Evoluzione dei concetti patogenetici del diabete.*

L'A. illustra la moderna concezione pluri-glandolare correlazionistica che consente di spiegare le molteplici forme di questa proteiforme malattia ed attribuisce ad ogni ghiandola endocrina una potenziale importanza nella genesi del diabete. G.

Idem, n. 22.

SANGUIGNO, *Sulla genesi delle caverne tubercolari del polmone.*

L'A. dopo aver esposto ampiamente le varie teorie finora emesse, viene alla conclusione che nel complesso fenomeno della tisiogenesi intervengono e s'intrecciano vari momenti causali, in parte meccanici, in parte immunobiologici, la cui prevalenza varia da organo ad organo e da tipo a tipo di processo tubercolare. Per quanto particolarmente riflette il polmone pure potendosi ammettere in molti casi, che nelle tappe preparatorie della tisi giochino in modo predominante i coefficienti morfobiologici e nelle fasi successive agiscano soprattutto quelli meccanici (Omodei-Zorini) non è sempre facile né agevole stabilire quanto spetti a questo o a quel fattore specie nei periodi avanzati della malattia. G.

Idem, n. 36.

VASSALLO, *La terapeutica per via arteriosa.*

L'A. ha eseguito esperimenti sui cani ai quali ha praticato inoculazioni sottocutanee ovvero nel polpaccio della gamba o nell'articolazione del ginocchio o nel midollo osseo della tibia dei comuni piogeni, del gonococco, del vibrione settico di Pasteur, per saggiare l'azione delle iniezioni endo-arteria della soluzione acquosa di fucsina di siero antistafilococcico e siero anti-cancrenoso. I risultati hanno dimostrato che dette iniezioni per via arteriosa sono efficaci. G.

Terapia, n. 262, 1940, Milano.

KRAGERSKY, *La batteriofagoterapia della dissenteria bacillare.*

L'A. fa notare l'azione pronta e stabile della batteriofagoterapia nella cura della dissenteria bacillare che però bisogna ripetere fino a tre volte nei casi, in cui la prima somministrazione non ha dato l'effetto voluto. Consiglia di associare il siero antidissenterico nelle forme tossiche. G.

Idem, 255.

CARLINFANTI, *E' possibile la chemioterapia delle malattie da ultra virus?*

L'A. dopo aver ricordato i risultati efficaci della terapia chimica diretta contro i protozoi e i cocci e che allo stato attuale la lotta contro gli ultra virus possa trovare nell'uso di adatte sostanze chimiche un'arma efficace, segnala i successi indiscutibili ottenuti con i sulfamidici nella cura del linfogranuloma inguinale, malattia lunga, tenace e resistente ad ogni trattamento, contro il tracoma e l'infezione di Rickettsia ruminantium che colpisce capre, pecore e bovini. Poiché l'azione dei sulfamidi non è costante per tutte le specie di ultra virus forse in relazione alla loro particolare costituzione biologica per cui alcune specie hanno una elettiva affinità per le sostanze chemioterapiche ed altre no, l'A. auspica che anche per quest'ultime vengano a scoprirsi altre sostanze, anche di struttura chimica diversa da quella dei sulfamidici capaci di ostacolarne la vitalità. G.

Tubercolosi, n. 5, 1940, Roma.

SCOTTI, *Pseudo paralisi diaframmatica.*

L'A. dopo aver riferito l'osservazione fatta in un ammalato di tubercolosi polmonare, che ha presentato una paralisi transitoria del diaframma di brevissima durata e fatta una dis-

mina delle cause diverse che possono avere provocato tale paralisi, la ritiene dovuta ad un fatto riflesso provocato da una pleurite mediastinica insorta e decorsa senza particolare sintomatologia. G.

Zacchia, n. 2, 1940, Roma.

Congresso di Medicina Legale e delle Assicurazioni e di antropologia criminale.

In questo numero viene dato un ampio resoconto dell'importante Congresso tenutosi a Napoli nei giorni 30-31 maggio e 1° giugno 1940 nel salone dei Congressi del Palazzo dell'Arte della Mostra triennale delle Terre Italiane di Oltremare presieduto dal Prof. Moriani con la presenza del Sottosegretario di Stato alla Grazia e Giustizia Ecc. Putzolu e del Prof. Buhtz di Breslau, Presidente della Società tedesca di Medicina legale e sociale e criminalistica, di cui già facemmo un breve cenno nel n. 3 della nostra Rivista.

Il Prof. Castellino, Direttore dell'Istituto di Medicina del Lavoro della R. Università di Napoli, ha svolto la sua relazione sul « meticcio sotto l'aspetto biologico, politico e sociale » mettendo in rilievo con esaurienti argomentazioni come il meticcio rappresenti un pericoloso fattore di squilibrio sociale.

Il Prof. Gerin della R. Università di Roma ha trattato i problemi medico-legali nel Diritto Coloniale, illustrando i capisaldi della nostra Legislazione coloniale e i diversi aspetti medico-legali della capacità penale e quelli dell'omicidio, suicidio, infanticidio, avvelenamenti e malattie climatiche, con un accenno allo stato attuale delle assicurazioni sociali in Libia e nell'Impero. Una nuova funzione sociale e politica è affidata alla medicina legale italiana, che richiede una particolare preparazione coloniale basata sulla conoscenza dell'ambiente e dell'elemento umano: ha così concluso l'O.

Nella seconda giornata di Congresso, il Professore Di Tullio lesse la relazione del Dott. Lombardi di Addis Abeba, concernente « Lo studio biosociologico dei condannati indigeni dello Scioa » in cui il Relatore conclude ammettendo anche per la popolazione Amara i due tipi fondamentali della delinquenza, cioè il delinquente occasionale e il delinquente costituzionale.

Il Dott. Starna medico principale dell'I. N. A. nella seduta del 1° giugno, presieduta dal Prof. Romanelli, svolse la sua relazione sul « rischio di assicurazione vita nelle terre di Oltremare » trattando e discutendo in un qua-

dro panoramico i diversi problemi di patologia coloniale e i dati che sono a nostra disposizione circa la mortalità e la morbosità riscontrate presso i metropolitani in A. O. I. e nella Libia.

Secondo l'A. la patologia tra i coloni delle terre dell'Impero risulta, in questo primo stadio d'insieme, in limiti favorevoli ed orientata soltanto verso poche malattie infettive e di acclimatazione. G.

ESTERO

Medical Record, 21 agosto 1940, New York.

Dr. SCHWARTZ, *Studio clinico della pressione arteriosa in rapporto al peso del corpo.*

In base a circa 4500 misurazioni praticate risulta che l'aumento della pressione con l'età si determina negli uomini nel secondo e terzo decennio di vita mentre nei decenni successivi la pressione risulta più alta nelle donne. Il peso tende ad aumentare in un'epoca di età più giovane della pressione; per di più questo aumento non risulta proporzionato alla pressione che viene a determinarsi col progredire degli anni.

Medizinische Klinik, n. 44 Nov. 1940, Berlino.

Dr. RIEBELING, *Considerazioni sugli aspetti dell'accesso soffocante.* — Dr. WURM, *La dissenteria nella campagna polacca con considerazioni di esperienza personale.* — Dr. WIED, *Terapia epatica e quadro ematico nella pratica dell'anemia perniziosa.*

Medicina y Cirugia, Maggio 1940, Santiago Cile.

FORGE-ETCHEVERRY, *Tumori di tipo cartilagineo - condromi.* — CALVO, *Azione della diiodotirosina sopra il testicolo. Sua azione antagonistica rispetto agli estratti preipofisari.* — SEGADE, *Quadro clinico dello strozzamento erniario complicato dalla presenza di idrocele.* (Rivista di medicina, chirurgia e delle specialità).

Semana Medica Espanola, Madrid, n. 83, 12 ottobre 1940.

Dr. S. LARREGLA, *Fisiopatologia della tossiemia alimentare da causa batterica.*

Vengono illustrati meccanismi di intossicazione di origine intestinale che si determinano nell'organismo umano sia per l'azione della secrezione della esotossina batterica sia per la liberazione della tossina in seguito al disfaccimento dei germi enterici. In entrambi i casi l'organismo reagisce con processi di trasformazione biochimica analizzati dall'A. e che tendono a disintossicare la cellula.

Notiziario

I nuovi Medici dell'I.N.A.

Il Consiglio di Amministrazione ha approvato la Relazione della Commissione giudicatrice per il concorso indetto in data 1° marzo u. s. a sei posti di medico nel ruolo speciale Sanitario.

Sono risultati vincitori i dottori:

- 1) *Tosti Croce Dr. Fausto.*
- 2) *Giudilli Dr. Emilio.*
- 3) *Grifi Dr. Mario.*
- 4) *Sessa Dr. Tommaso.*
- 5) *Chiari Dr. Enrico.*
- 6) *Gustapane Dr. Oronzo.*

La Direzione dell'Assistenza Sanitaria è lieta di porgere il benvenuto ai nuovi medici dell'I.N.A.

Copertura del rischio di guerra.

A seguito di quanto previsto dal decreto Ministeriale 11 giugno 1940 e 5 settembre 1940 la Direzione Generale dell'I.N.A. ha deciso che nei nuovi contratti la copertura del rischio di guerra per gli appartenenti alla popolazione civile venga concessa gratuitamente mentre per gli appartenenti alle Forze Armate la concessione di tale copertura è subordinata alla corresponsione di un soprapremio annuo pari all'1 % del capitale assicurato per il caso di morte.

La corresponsione di tale soprapremio è obbligatoria fino a 200.000 lire di capitali assicurati dopo la dichiarazione di guerra, per tutti gli assicurati che siano militari all'atto del perfezionamento delle polizze o che successivamente vengano chiamati alle armi. Pertanto in caso di mancata corresponsione del soprapremio obbligatorio le polizze da essi stipulate dopo la dichiarazione di guerra saranno annullate e i premi pagati rimarranno acquisiti all'Istituto.

La copertura del rischio di guerra per le somme eccedenti le lire 200.000 è facoltativa e viene concessa a richiesta mediante la corresponsione di un soprapremio annuo del 3 % del capitale eccedente. Questo per quanto si riferisce alle polizze di nuova emissione.

Le polizze invece perfezionate da almeno sei mesi all'atto della dichiarazione di guerra coprono il rischio di guerra gratuitamente e saranno ammesse a liquidazione anche se la morte dell'assicurato sia determinata da servizio di guerra prestato nelle Forze Armate, sempre che al momento del decesso le polizze stesse risultino al corrente col pagamento dei premi, prescindendo quindi da eventuali interruzioni nel pagamento dei premi stessi.

Nuovi Agenti Generali dell'I. N. A.

Il Consiglio di Amministrazione ha recentemente nominato quale Agente Generale di Brescia il comm. avv. Mario Pozzi e Agente Generale di Cagliari il sig. Vittorio Boscaro. Auguri di una feconda attività ai nuovi Agenti.

Nastri bianchi.

Il 14 novembre u. s. la casa del nostro collega e collaboratore dott. Fiandaca, dirigente del Centro di Napoli, è stata allietata dalla nascita di Antonino.

Auguri al neonato e rallegramenti ai genitori.

“ Il Calendario dell'agricoltore „

La Federazione Nazionale Fascista Casse Mutue Inrotuni Agricoli, cui è affidata, tra l'altro, la prevenzione per gli infortuni in agricoltura, ha anche quest'anno, come negli anni scorsi, pubblicato il « Calendario dell'agricoltore », che viene distribuito gratuitamente in parecchie centinaia di migliaia di esemplari per la propaganda e la divulgazione delle norme di prevenzione antinfortunistica tra i rurali d'Italia.

Note ed appunti

POPOLAZIONE DELL'IMPERO.

Ai 44 milioni di individui del territorio metropolitano (28 milioni nel 1871, 38 nel 1921) secondo dati elaborati dall'Ufficio Centrale di Statistica dello Stato si debbono aggiungere: quasi 750.000 nelle provincie italiane della Libia e nel Sahara libico; più di 12 milioni nell'A.O.I.; oltre 140.000 nelle isole italiane dell'Egeo e poco meno di 8000 nella concessione

di Tien-Tsin, oltre 1 milione di abitanti li conta l'Albania.

L'Impero si sviluppa dal Brennero all'Oceano Indiano, copre una superficie complessiva di quasi 4 milioni di km quadrati e la sua popolazione si avvicina ai 60 milioni.

L'INFEZIONE TUBERCOLARE NELLE SARTE.

Uno studio accurato è stato condotto da Wohlhueter-de Lorient (*Annali d'igiene*, n. 9, 1940) per accertare le cause che possono facilitare lo sviluppo dell'infezione tubercolare tra le sarte. Si dà grande importanza alle polveri derivanti dagli appretti e ai frammenti di filo quali agenti di una pneumoconiosi su cui si sviluppa poi la tubercolosi. Gli AA. hanno osservato 90 casi di tbc. su 500 sarte (18 %) dei quali il 10 % aveva contratto l'infezione mediante contatti con casi bacilliferi, mentre il 90 % si era infettato con la materia lavorata (polveri degli appretti) e con le condizioni di lavoro. L'attecchimento dei germi nell'apparato respiratorio, viene favorito dalla posizione curva del torace durante il lavoro e dalla diminuita espansione del diaframma con una minore escursione della gabbia toracica, che dando luogo ad un rallentamento della circolazione endo-polmonare preparano la congestione localizzata delle basi. La tesi viene confermata dal fatto che, nelle sarte si sono riscontrati un gran numero di sclerosi ilari massive e interstiziali e che la tubercolosi predilige le zone inferiori dei polmoni.

GUERRA E NEVRASTENIA.

Gilbert Robin, prendendo in esame un caso specifico (*Journal des Praticiens*, 9 dicembre 1939) segnala come la guerra, con le sue emozioni e la paura dei bombardamenti, lo sconvolgimento delle abitudini e dei regimi, le responsabilità nuove e l'abbandono forzato delle antiche, realizzi le condizioni più favorevoli al dischiudersi in molti soggetti di quegli stati di depressione costituzionale che si collegano direttamente alla nevrastenia classica. Questi stati, episodi ansiosi e confusionali, fughe emotive, esaurimenti, squilibri psichici non realizzano psiconevrosi di guerra, ma psicosi banale, psiconevrosi di pace più o meno latenti. Talune sono risvegliate dalla guerra, fonte di emozione e di fatica, altre con manifestazioni abitualmente fruste sono da queste esacerbate in modo da produrre le complicazioni che dominano il quadro clinico. I medici devono tener presente che se la guerra non è l'elemento creatore di questi stati ne è l'elemento rivelatore.

UTILIZZAZIONE DEI RIFIUTI URBANI.

Su proposta del Duce Ministro dell'Interno il Consiglio dei Ministri ha approvato un disegno di legge sulla raccolta, sul trasporto e sullo smaltimento dei rifiuti solidi urbani. Viene accolto il principio unitario che stabilisce la disciplina di tutta la materia da parte di un organo centrale istituito presso il Ministero dell'Interno con i necessari poteri di propulsione, vigilanza e controllo per un sistematico e sostanziale miglioramento dei relativi servizi. E' prevista una apposita Commissione per lo esame e l'approvazione di tutti i progetti implicanti la creazione, la riforma o l'ampliamento dei servizi stessi nei comuni più importanti del Regno.

Leggi, decreti e ordinanze della "Gazzetta Ufficiale",

Legge 15 agosto 1940, n. 1371 (G. U. n. 240).

— Facoltà ai Prefetti di precettare, durante la guerra per i servizi sanitari civili, i laureati in medicina e chirurgia ed in veterinaria provvisti dell'abilitazione professionale.

* *Legge 25 agosto 1940, n. 1394 (G. U. n. 244).*

— Modificazione all'art. 11 della Legge 11 marzo 1926, n. 416 sulle procedure medico-legali.

R. Decreto 6 luglio 1940, n. 271 (G. U. n. 244)

— Modificazioni allo Statuto della Cassa Naz. Malattie per gli addetti al commercio.

Decreto Ministeriale 5 settembre 1940 (G. U. n. 214). — Norme concernenti la copertura del rischio di guerra per le assicurazioni sulla vita.

Periodici di propaganda assicurativa

Buona semente (La), n. 9, 1940, Milano.

MAZZOTTI, *La sfera d'oro*; PUCCINI, *Eroi del cielo*; ESPI, *Schermo bianco*; FABIETTI, *Giovanni di Pian del Carpine*; SOLMI, *La conquista della Somalia Britannica*; MARINO, *E per il neonato? - La cura dell'uva*.

Idem, n. 10.

BEVIONE, *Fini educativi*; SOLMI, *L'Inghilterra battuta dall'Italia*; BEVILACQUA, *La siepe*.

Prima Idea (La), n. 9, 1940, Bologna.

FINESCHI, *Pietruccio*, FALZONE, *La prima età*; LORETA, *Storia di una nuvoletta*; BADINI, *Batticuore in viaggio del Re*; GRANI, *Le lettere di Gianni*; BUZZI, *S. Francesco e la rondinella*.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

Atti dell'VIII Congresso della Associazione Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni.

E' uscito per i tipi Fratelli Bocca il volume che raccoglie il ricco materiale scientifico presentato nei giorni 17-19 marzo 1940 al Congresso tenutosi in Padova e organizzato dal Prof. Pellegrini, Ordinario della Cattedra in quella R. Università.

Speciale rilievo meritano le pregevoli relazioni che costituiscono la prima parte della raccolta; da quella del Cazzaniga su « I problemi cronologici della Medicina Legale » a quella sul « Concetto medico-legale di aggravamento » del Leoncini a quella dello Gerin su « Criteri qualitativi e quantitativi nel giudizio medico-legale; delle quali la brevità dello spazio non ci permette da questa sede di riferire come meritano.

Numerosissime sono state anche le Comunicazioni le quali stanno a testimoniare come la Medicina Legale trovi le sue applicazioni, accanto alle classiche vie delle indagini peritali volte allo studio dell'illecito penale perfezionate sempre più dai recenti mezzi diagnostici, anche nei molteplici nuovi campi delle assicurazioni. E ciò sia nei riguardi della medicina del lavoro che nel campo infortunistico come pure nelle assicurazioni sociali e nelle assicurazioni sulla vita la quale ultima era rappresentata al Congresso con le comunicazioni del Romanelli e dello Starna.

Annuario Argentino de Seguros y Capitalisation 1939. — Editore Lopez Buisan, Buenos Ayres.

CASTELLOTTI, *La teocina nella cura della ipertensione arteriosa.* — Estratto da « Cuore e circolazione », 1925.

ID., *L'intradermo reazione con siero normale di cavallo nella tubercolosi polmonare.* — Estratto da « Tubercolosi », 1924.

ID., *Meningo-radico-polineurite motoria ascendente.* — Estratto da « Clinica Medica Italiana », 1938.

ID., *Il liquido articolare (sinoviale) nelle malattie delle articolazioni.* — Estratto da « Atti e Memorie della Società Lombarda di Medicina », 1934.

ID., *Variazioni sfigmografiche del polso radiale e modificazioni papillaroscopiche per*

stimolazione elettrica del plesso nervoso.
— Estratto da « Cuore e circolazione », 1927.

ID., *Contributo allo studio clinico della pressione venosa.* — Estratto da « Le malattie del cuore », 1923.

ID., *Amebiasi con sindrome di anemia perniciosiforme.* — Estratto da « Biochimica e terapia sperimentale », 1929.

ID., *Studio clinico sul polso arteriolare.* — Estratto da « Cuore e circolazione », 1927.

ID., *Le modificazioni del calibro dei Capillari durante l'azione di alcuni farmaci: adrenalina, atropina, pilocarpina.* — Estratto da « Biochimica e terapi sperimentale », 1927.

ID., *Le modificazioni della pressione arteriosa, durante gli atti della respirazione nei cardio pazienti.* — Estratto da « Cuore e circolazione », 1925.

ID., *Studio clinico sulla capacità funzionale respiratoria nella tubercolosi polmonare.*

ID., *Contributo allo studio clinico della acrocianosi con particolare riguardo alla terapia acetilcolinica.* — Estratto da « Biochimica e terapia sperimentale », 1929.

DI NATALE, *Il cancro dello stomaco.* — Licinio Cappelli Editore, Bologna.

Il problema del cancro è sempre di attualità ed è uno di quelli che più affaticano e travagliano l'umanità. L'A. ha portato un serio contributo sulla base dei suoi studi e delle sue ricerche personali su 603 ammalati affetti dal terribile male, osservati e studiati nella Clinica chirurgica di Milano, su un totale di 35.000 ricoverati dal 1925 al '38. Sugli esiti a distanza di 119 resezioni praticate nel dodicennio 1925-1937 l'A. ha potuto seguire la sopravvivenza che si è dimostrata del 5% dopo un anno, del 2,50% dopo due del 4,2% dopo tre; dell'1,6% dopo 4 e per coloro che erano stati operati in un tempo anche maggiore sino a 12 anni la sopravvivenza dell'1%.

Vuoti nelle file dei nostri Medici fiduciari

Dott. BERTONE FRANCESCO — Macchiagodena (Campobasso).

Dott. CATAPANO SALVATORE — Ottanino (Castellammare).

Dott. FABRETTI ANTONIO — Vigarano Mainarda (Ferrara).

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

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

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

CATANZARO - Sub-Centro di Assistenza Sanitaria

In preparazione: LIVORNO - Consultorio di medicina preventiva e di igiene

N. B. — In questo periodo di tempo di eccezionali emergenze è opportuno che i nostri assicurati prima di recarsi presso i Centri Sanitari, Sub-Centri, Consultori, Medici specialisti, Stabilimenti termali, Case di cura ed Ospedali che concedono facilitazioni, si informino della loro efficienza.

PROVVIDENZE SANITARIE IN VIGORE

A) Visite mediche periodiche gratuite per il Coliando 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 citochole;

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. 30.000 si concede un buono di visita medica gratuita ogni due anni.

Tale buono (Mod. S. S. 80) distribuito dalla Agenzia presso la quale l'assicurato paga 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:

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

Coliando della vista in Torino - Via Maria Vittoria, 1 (Centro Sanitario I. N. A.).

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

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

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

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

I) Pubblicazioni di medicina preventiva e d'igiene

1° «Salute, tesoro della vita» del Prof. Dr. O. BELLUCCI.

2° «Sotto il platano di Coò» Consigli d'igiene e di medicina preventiva.

3° «Sotto il platano di Coò» (Seconda giornata)

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

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

Norme per l'invio del materiale di analisi ai laboratori dell' I. N. A.:

Gli assicurati impossibilitati ad allontanarsi dalla loro residenza possono beneficiare ugualmente delle ricerche di laboratorio, inviando il materiale da analizzare al Servizio Sanitario della Direzione Generale in ROMA od ai Centri di Assistenza Sanitaria in ANCONA, BOLOGNA, BOLZANO, CAGLIARI, FIRENZE, GENOVA, MESSINA, MILANO, NAPOLI, PADOVA, PALERMO, TORINO, TRIESTE, col mezzo più celere, insieme ai Buoni per Esame di Laboratorio (Modulo Servizio San. n. 79), i quali vengono distribuiti dalle Agenzie presso le quali gli Assicurati pagano il premio. I campioni dovranno essere confezionati nel modo seguente:

per l'esame delle urine: 100 cc. di urine con aggiunta di 1 gr. di acido borico;

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

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

per la colesterinemia: 10-15 cc. idem;

per la calcemia: 10-15 cc. idem;

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

per l'uricemia: 10-15 cc. di sangue, o meglio 5 cc. di siero, prelevato a digiuno e dopo essere stati per 3 giorni a dieta apurina (senza carne, cacao, caffè, cioccolato);

per la reazione di Meinicke o la R. di Ide: 4-5 cc. di sangue, prelevato a digiuno o meglio 1-2 cc. di siero centrifugato;

per la reazione citochole: 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, citochole, Meinicke, Wassermann e Ide devono essere inviati presso i Laboratori della Direzione Generale dell' I. N. A. in Roma, via Sallustiana, n. 15.

Il prelevamento del sangue va fatto detergendo la cute con etere senza adoperare alcool, oppure lasciando evaporare questo completamente prima di pungere la vena senza alcuna aggiunta di prodotti anticoagulanti, tranne per la glicemia (V. sopra).

CENTRI SANITARI, SUB-CENTRI E CONSULTORI GRATUITI

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

L O C A L I T À	L O C A L I T À	O R A R I O	O R A R I O
PIEMONTE			
Torino	Via S. Maria Vittoria 1.	Giorni feriali	
<i>Alessandria</i>	Via Roma 14.	2 ^a e 4 ^a lun. (sosp. temp.)	
<i>Asti</i> *	Via Aliberti, 2.	Giorni feriali	
<i>Biella</i>	Via Arnolfo, 20.	Lunedì mattina	
<i>Novara</i> *	Via S. Giacomo, 2.	Giovedì mattina	
<i>Vercelli</i>	C. Carlo Alberto	2 ^a e 4 ^a martedì	
LOMBARDIA			
Milano	P. Diaz, 6	Giorni feriali	
<i>Bergamo</i>	V. Camozzi, 33.	1 ^a e 3 ^a lunedì	
<i>Brescia</i>	P. Vittoria - Palazzo INA	1 ^a e 3 ^a martedì	
<i>Como</i>	V. D. Fontana, 2	2 ^a , 4 ^a giovedì	
<i>Cremona</i>	V. Campi, 1	1 ^a e 3 ^a mercoledì	
<i>Legnano</i>	C. Vittorio Emanuele, 5	2 ^a e 4 ^a martedì	
<i>Pavia</i>	C. Mazzini, 3	2 ^a e 4 ^a sabato	
LIGURIA			
Genova	V. Carducci, 3.	Giorni feriali	
VENEZIA TRIDENTINA			
Bolzano	V. Rosmini, 20	mercoledì	
<i>Bressanone</i>	V. Roma, 5		
<i>Rovereto</i>	Piazza Rosmini		
<i>Trento</i> *	V. Belenzani, 14	mart., giov., ven., sabat.	
VENEZIA VENETA			
Padova	P. Spalato, 1	Giorni feriali	
<i>Belluno</i>	V. Garibaldi, 1	2 ^a sabato	
<i>Isole della Scala</i>	P. Nazario Sauro		
<i>Treviso</i>	V. Vitt. Emanuele, 29	3 ^a martedì (4)	
<i>Udine</i>	V. Sauro, 1	2 ^a e 4 ^a martedì	
<i>Venezia</i> *	Calle larga XXII Marzo	Giorni feriali	
<i>Verona</i>	V. Vitt. Emanuele, 11	lunedì	
<i>Vicenza</i>	P. Roma, 11	3 ^a lunedì	
VENEZIA GIULIA			
Trieste	P. Dalmazia, 3.	Giorni feriali	
<i>Fiume</i>	V. XXX Ottobre	2 ^a e 4 ^a martedì	
<i>Gorizia</i>	V. Crispi, 9	1 ^a e 3 ^a giovedì	
<i>Monfalcone</i>	V. Duca d'Aosta, 26	1 ^a e 3 ^a mercoledì	
<i>Fola</i>	Via Garibaldi, 13	2 ^a e 4 ^a venerdì	
<i>Postumia</i>	Viale Oberdan, 7-b.	1 ^a e 3 ^a martedì	
EMILIA			
Bologna	V. Pignattari, 1	Giorni feriali	
<i>Modena</i>	P. Mazzini, 4	1 ^a e 3 ^a lunedì	
<i>Parma</i>	V. Garibaldi, 23	2 ^a e 4 ^a giovedì	
<i>Piacenza</i>	P. Cavalli, 2	2 ^a e 4 ^a mercoledì	
<i>Reggio Emilia</i>	V. Emilia S. Stefano, 3.	1 ^a e 3 ^a martedì	
L O C A L I T À			
TOSCANA			
Firenze	Piazza Stazione, 2	Giorni feriali	
MARCHE E DALMAZIA			
Ancona	C. Mazzini, 13.	Giorni feriali	
<i>Ascoli Piceno</i>	P. Popolo - V. Archivio.	1 ^a e 3 ^a mercoledì	
<i>Macerata</i>	V. Ricci, 2	Ultimo mercoledì	
<i>Pesaro</i>	V. Rossini, 2	2 ^a e 4 ^a martedì	
<i>Zara</i>	Calle Larga	2 ^a giovedì	
LAZIO E UMBRIA			
Littoria	P. XXIII marzo - Pal. I.N.A.	Domenica	
<i>Perugia</i>	P. Vittorio Emanuele, 1.	2 ^a e 4 ^a martedì	
Roma	V. Sallustiana, 51	Giorni feriali	
<i>Roma</i>	V. Tritone, 142.	Giorni feriali	
<i>Terni</i>	V. Tacito	Mercoledì	
<i>Tivoli</i>	V. S. Croce	1 ^a e 3 ^a giovedì 2 ^a e 4 ^a sab.	
<i>Viterbo</i>	C. Vitt. Emanuele	1 ^a e 3 ^a sabato	
CAMPANIA			
Avellino	P. Libertà, 52	2 ^a e 4 ^a martedì	
<i>Benevento</i>	V. Isabella Morra, 6	1 ^a e 3 ^a mercoledì	
<i>Caserta</i>	C. Umberto, 58	2 ^a e 4 ^a giovedì	
<i>Castellammare di Stabia</i>	V. S. Maria dell'Orto, 8	1 ^a e 3 ^a venerdì	
<i>Napoli</i>	P. Costanzo Ciano, 32	Giorni feriali	
<i>Portici</i>	V. Bellucci Sessa, 17	Ultimo sabato	
<i>Salerno</i>	C. Garibaldi (Pal. Natella)	Lunedì	
CALABRIA			
<i>Catanzaro</i> *	P. Roma, 20	Giorni feriali	
<i>Cosenza</i>	C. Mazzini	2 ^a martedì	
<i>Reggio Calabria</i>	C. Garibaldi, 2	1 ^a e 3 ^a mercoledì	
SICILIA ORIENTALE			
Catania	V. A. Musolini, 16.	Venerdì e sabato	
<i>Messina</i>	V. Colombo, 40	Giorni feriali	
<i>Ragusa</i>	V. M. Coffa, 13	2 ^a mercoledì	
<i>Siracusa</i>	V. dei Mille, 2.	1 ^a e 3 ^a mercoledì	
SICILIA OCCIDENTALE			
Agrigento	V. Roma, 291		
<i>Enna</i>	V. Vitt. Eman., 2		
Palermo	V. Maqueda, 182		
<i>Trapani</i>	V. Torrearsa		
SARDEGNA			
Cagliari	V. Roma, 73		
<i>Iglesias</i>	Agenzia Principale INA		
<i>Nuoro</i>	V. Garibaldi, 81		
<i>Oristano</i>	Agenzia locale INA		
<i>Sassari</i>	P. Isalia, 7		

(1) Mercoledì e venerdì consultorio per la G. I. L. - (2) 1^a e 3^a martedì consultorio per la G. I. L. - (3) Il venerdì riservato alla G. I. L. - (4) 2^a 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.
Canicattì: Dr. G. CASSARO, P. Palma.
Alessandria: Dr. A. PICCINI, V. della Vittoria, 3 - Dr. A. G. PICCIONE, V. Savonarola, 12.
Casale Monferrato: Dr. U. GAUDINA, V. Palestro, 7 - Dr. A. REDOGLIA, P. Duomo, 1 - Dr. G. PINOLINI, V. Benvenuto S. Giorgio, 8.
Novi Ligure: Dr. M. LE BELLONE.
Tortona: Dr. C. TORTI.
Ancona: Dr. L. PANAREO, C. Vittorio Emanuele III, 9.
Aosta: Dr. A. CHIAMPO - Dr. T. 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, 3 - Dr. L. MALAGOLI, V. Cavour.
Bari: *Andria:* Dr. F. SARDANO - Dr. F. SGARAMELLA, v. Gammatoia, 3.
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, 8 - 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, 28 - 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. SOACHERI, C. Palestro, 27.
Gardone Riviera: Dr. G. GOIO.
Salò: Dr. G. SIMONI, P. V. Em., 96.
Cagliari: Dr. L. FRONGIA, V. Manno, 89 - 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. Etnea, 270 - Dr. G. MILONE, V. Umberto, 41 - Dr. R. MUSUMECI GRASSI, V. Vittorio Emanuele, 215 - Dr. F. POLITI, Via Etnea, 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. CRIMENTI, V. Trento - Dr. F. LOFFREDO, V. Isorzo.
Cremona: Dr. L. BERTELOTTI, 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 Giovecca, 3 - Dr. D. MORI, V. Cortevicchia, 3 - Dr. A. TESI, V. Palestro, 21 - Dr. G. TESI, V. Palestro, 21.
Firenze: Dr. V. ARNONE, V. Pandolfini, 28 - Dr. A. CITELLI, Lung'Arno Acciaiuoli, 22 - Dr. G. PUTTI, V. dei Servi, 6 - Dr. C. RAMONINO, V. Vecchiotti, 9 - Dr. S. CALAMARI, V. Della Pergola, 14-bis.
Foggia: Dr. G. ARBORE, - Dr. E. DI MAIO - Dr. G. BUONO DI LUCIANO.
Manfredonia: Dr. P. MELUCCO.
S. Severo: Dr. P. RECCA.
Rimini: Dr. E. LAZZAROTTO - Dr. L. PEDRAZZI - Dr. R. PELOSI.
Genova: Dr. G. MORIANI, P. Corvetto, 1/4 - Dr. F. PUPPO, Salita S. Caterina, 1/2.
Cornigliano: Dr. G. TRAVAGLINI, V. Garibaldi, 13.
Gorizia: Dr. P. U. NETZBRANDT.
Grosseto: Dr. A. ANGELINI.
Imperia: Dr. R. AMORETTI, V. Alfieri, 18 - Dr. O. DE VECCHI, Via del Monte - Dr. A. LATRONICO, V. Berio, 5-bis - Dr. E. MAGLIONE Imperia-Oneglia - Dr. C. MURA, Corso Dante, 2 - Dr. A. NATTA, V. Gandolfo, 1.
Bordighera: Dr. E. BUFFA, V. Sant'Antonio - Dr. I. DEL BOCA, V. Vittorio Emanuele.
Sanremo: Dr. E. GISMONDI, V. Vittorio Emanuele, 11 - Dr. G. ELENA, V. Carli, 1.
Ventimiglia: Dr. G. BUONSIGNORE, V. Roma, 7 - Dr. F. UGOLINI, V. Cavour, 51.
Livorno: Dr. I. CAPITANI, Scali Ugo Botti, 2 - Dr. O. CASAGNI, V. Magenta, 8 - Dr. C. QUARANTORSI, V. Enrico Mayer, 18.
Portoferraio: Dr. A. LAGHI.
Lucca: *Altopascio:* Dr. G. L. PIEGATA.
Viareggio: Dr. G. GIUFFRIDA.
Mantova: Dr. G. CONSOLO, C. Umberto I, 89 - Dr. R. LASAGNA, V. Chiasci, 2 - Dr. E. PONGILUPPI, P. Imperia - Dr. M. PREDARI, V. Marangoni - Dr. L. VENERI, C. V. Emanuele, 64 - Dr. G. ZAGNI, V. B. Grazioli, 32.
Matera: Dr. D. MARINARO - Dr. S. LO RUSSO - Dr. F. P. PADULA, V. A. Persio, 42.
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: 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. Villarsale, 38 -

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, 84. Roma: Prof. Dr. D'AMICO, V. Farini, 6 - Prof. Dr. C. MAZZANTINI, Via Milano, 24 - Prof. Dr. I. NEUSCHÜLLER, V. Regina Elena - Prof. Dr. B. 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. Juvvara, 19 - Dr. M. GARZINO, V. Mazzini, 2 - Prof. Dr. F. GRINGNOLO, C. Oporto, 21 - Dr. E. MORINI, V. Carlo Alberto, 18 - Prof. Dr. G. MOSSO, V. Cibrario, 1 - Dr. L. ORSI, Via C. Alberto, 17 - Dr. T. PECCHIO, C. Vittorio Emanuele, 19 - Prof. Dr. S. PICCALUGA, Via XX Settembre, 60 - Prof. Dr. C. PISSARELLO, C. Siccardi, 9-bis - Dr. G. PRECERUTTI-TAPPARELLI, Via Principe Amedeo, 29 - Prof. G. TIRELLI, R. Clinica Oftalmica - Dr. G. TOSO, Via S. Secondo, 15 -	Prof. Dr. O. VALLI, C. Valentino, 11 - Dr. S. VAUDETTI, V. Cernaia, 18 - Prof. Dr. F. VERDERAME, C. Oporto, 31-bis. Trento: Dr. G. GENTILINI, P. Venezia, 2 - Dr. G. GRILLO, V. Santa Maria Maddalena, 21. Trieste: Dr. G. MANZUTTO Via, Roma, 22. Udine: Prof. Dr. A. ALIQUÒ MAZZEI, V. N. Sauro, 1. Varese: Dr. E. MORETTI, V. Piave, 14. Luino: Dr. R. MARGARITELLA, Viale Umberto I, 18. Venezia: Dr. E. NISTA, Calle P. Angelo, 5314. Vercelli: Dr. L. PAGANI, V. Garibaldi, 20. Vicenza: Dr. C. ANTUZZI, P. Duomo, 4.
---	--	---

OTORINOLARINGOIATRI

Alessandria: Dr. F. BADINO, Via Trotti, 12 - Dr. A. AJMONE, V. Faà di Bruno, 18 - Dr. L. BORTOLOTTI, V. S. Giacomo della Vittoria, 25. Casale Monferrato: Dr. G. CUASCHINO, V. Mellana, 2. Aosta - Ivrea: Dr. U. MAGGIOROTTI, P. Lamarmora. Aquila: Dr. S. CIPOLLONI, V. S. Marciano, 31. Ascoli Piceno - 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. Grado, 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, 23. Iglesias: Dr. A. TORNU, P. Sella. Caltanissetta: Dr. P. RESTIVO, Via Gaetani, 37. Catania: Prof. Dr. GIUFFRIDA, Piazza Cavour, 14. Como: Dr. F. BECCHERLE, V. Volta, 33. Dr. G. TORLASCHI, V. Natta, 7. Cremona: Dr. F. BOCCHI, V. Manna, 8. Cuneo: Prof. Dr. G. DONADEI, Via Gallo, 5. Saluzzo: Dr. U. RACCA, V. Gualtieri, 5. Ferrara: Dr. A. MANFREDI, V. Borgoleoni, 122 - Dr. E. MURATORI, V. Palestro, 62.	Foggia: - S. Severo: Dr. A. CERVASIO. Forlì: Dr. F. SEGANTI, V. Maldenti, 8. Gorizia: Dr. G. COMEL - Dr. S. RUZZATI. Imperia - Bordighera: Dr. E. VERDUN, V. Vitt. Emanuele, 8. Sanremo: Dr. M. DE MARCHI, V. Vitt. Emanuele, 18. Ventimiglia: Dr. E. VERDUN, V. Vitt. Emanuele, 18. Livorno - Suvereto di Livorno: Dr. L. CHERICI. Mantova: Dr. FUCCI, V. Carlo Poma, 15 - Dr. L. ZAPPAROLI, C. Vitt. Emanuele, 103. Messina: Dr. C. CAMINITI, V. Garibaldi, 27, isol. 272 - 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. Perugia: Dr. A. BAROLA, V. Fani, 2. Pistola: Dr. M. A. CASANUOVA, Via della Madonna, 9. Pola: Dr. E. MAZZARO. Reggio C.: Prof. Dr. G. SALVATORI. 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. CASSASSA, V. Principe Amedeo, 52 - Prof. Dr. I. DIONISIO, Corso Vinzaglio, 10 - Prof. Dr. G. DIONADEI, V. Marco Polo, 19-bis - Dr. A. FERRERO, Via Goito, 6 - Dr. G. LEALE, Corso Oporto, 5 - Dr. P. T. MANCINI, Via Plana, 11 - Dr. C. MEANO, V. Della Rocca, 6 - Dr. G. PRECERUTTI-TAPPARELLI G., V. Principe Amedeo, 29 - Dr. C. VASSIA V. Santa Chiara, 20. Trapani: Dr. M. SAMMARTANO, Via Mercè. Trento: Prof. Dr. G. GARBINI, Via Roma, 37 - Dr. D. MAESTRANI, Via Rosmini, 25 - Dr. Cav. G. MAFFEI, V. Oss. Mazzurana, 16. Trieste: Dr. A. ROCCO, V. Mercato Vecchio, 3 - Dr. Cav. G. MONTINI, Via Cesare Beccaria, 8. Udine: Dr. F. PELLIZZO, Via Rivis, 32. Varese: Dr. S. ROVERA - Dr. G. SIOLI, P. M. Grappa, 14 - Prof. Dr. G. PINAROLI, V. Fiume, 4. Somma Lombarda: Dr. P. A. BURATTI. Venezia: Dr. G. BREGANZATO. Vercelli: Dr. P. PETERINO, Via Odoni, 1. Vicenza: Dr. E. BASSO, V. Racchetta 5 - Dr. A. BOER, V. Carpagnon, 13.
---	---	---

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. STOCCO.
 Reggio Calabria: Dr. R. S. RETEZ, C. Vittorio Emanuele.
 Locri: Dr. G. PELLEGRINO.
 Roma: Dr. A. BENEGLIANO, V. Salaria, 44 - Prof. Dr. B. DE VECCHIS, Via Cornelio Celso, 1 - Dr. BONCRISTIANI, V. Arenula, 53 - Dr. A. PIERLUIGI, C. Trieste, 141 - Dr. A. ERCOLANI, Largo Magnagrecia, 3.
 Rovigo: Dr. B. BENATTI - Dr. A. BORELLINI.
 Adria: Dr. G. FERROCI - Dr. N. GIORDANI.
 Salerno: Dr. A. CONVERSO, V. Roma, 47.
 Sassari: Dr. A. FENU, Vico'o 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.
 Teramo: Dr. G. BIANCO - Dr. A. SACCONI.
 Torino: Dr. G. BUJATTI, C. Vinzaglio, 104 - Prof. Dr. L. CASOTTI, Via Roma, 15, Palazzo I. N. A. - Dr. E. FAVERO, V. 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. CALLARI.
 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. Di. 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. OPELLI, - 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: 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. RICCHI, V. San Stefano, 43 - Prof. Dr. X. NAPOLEONE, V. Guerrazzi, 29.
 Bolzano: Prof. Dr. G. MENESTRINA, Osp. Civile - Dr. F. ROSSLER, V. Regina Elena.
 Bressanone: Dr. E. NIEDEREGGER.
 Merano: Dr. C. BAR, Corso Principe Umberto, 34 - Dr. G. KEISER, Corso Principe Umberto, 32.
 Cagliari: Prof. Dr. GALLENGA R., R.

Clinica Oculistica - Prof. Dr. G. MOSSA, V. Pola, 7.
 Iglesias: Dr. B. GARAU, Via Umberto, 12.
 Serramanna: Dr. L. PITTAU.
 Caltanissetta: Prof. Dr. E. 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. G. FAVALORO, V. S. Maddalena, 59.
 Chieti: Prof. Dr. G. COZZOLI, Corso Marruccino, 104.
 Lanciano: Dr. V. SERAFINI.
 Como: Prof. Dr. G. GASPARINI, Via Volta, 30.
 Cuneo - Alba: Dr. G. VARALDI.
 Ferrara: Dr. S. CECCOLI, Vicolo del Teatro, 2 - Dr. M. VERZELLA, Corso Porta Mare, 11.
 Foggia: Dr. A. ALTAMURA.
 Carlintino: Dr. N. DE SIMONE.
 S. Severo: Dr. G. COLIO.
 Forlì: Dr. P. MARCHINI, C. A. Diaz

Imperia: Dr. M. ODISIO, V. G. Berio, 9.
 Oneglia: Dr. G. GRIVA.
 Sanremo: Dr. G. GRIVA, V. Vittorio Emanuele, 18 - Dr. M. ODISIO, Via Vitt. Emanuele, 8.
 Livorno: Dr. M. PARDUCCI, V. del Fante, 3.
 Mantova: Prof. Dr. D. FERRI, Via Battisti - Prof. Dr. PREVEDI, C. Vitt. Emanuele, 7.
 Messina: Dr. V. LA ROSA, V. Pavia - Prof. Dr. F. SCULLICA, V. Cavour, 131 isol. 336.
 Milano: Prof. Dr. A. BUSACCA, Foto 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.

Stabilimenti di cura che accordano facilitazioni ai nostri assicurati

Cliniche, ospedali, case di cura, poliambulanze ed istituti vari

Località	Nominativo	Facilitazioni	Località	Nominativo	Facilitazioni
ABBAZIA (Fiume)	Casa Dr. Howart	30 e 50%	MODENA	Casa Prof. Marchetti - Via Giardini 20	30%
BOLOGNA	Osp. « B. Mussolini » dell' I. N. F. A. I. L.	20% 1 ^a e 2 ^a cl. 10% 3 ^a cl.		Casa « Berti »	30%
	Casa « La Policlinica - Umberto I »	30%	NAPOLI	Sanatorio « C. Forlanini »	30% diaria L. 20
	« Villa Rosa » - Via Castiglione, 103	30%	PALERMO	Clinica Prof. Arnone - Via Ugdolena, 2	30% 30% retta 20% interventi e ricerche
BRESCIA	Poliambulanza - Piazzale Garibaldi	25 e 30%	PIACENZA	Casa « Piacenza »	20%
CAGLIARI	Casa Prof. G. Baggio - Piazza S. Benedetto	30%	REGGIO EMILIA	« Villa Ida » - Prof. Dr. G. Zironi	30%
CALTANISSETTA	Casa Dr. Ballati	30%	S. PELLEGR. TERME (Bergamo)	Casa Dr. M. Quarenghi	20 e 25%
CATANZARO	Ist. clin. diagnost. fisioter. Dr. G. Mazza - Via Duomo	30%	S. SEVERO (Foggia)	Clin. Troiano - V.le Stazione	30%
COMO	Ist. Cardiolog. Prof. G. Galli - Via Volta 46	30%	TORINO	Ist. Med. preventiva - V. delle Orfane, 8	40% ass. popolari L. 11 visita annuale 35%
COSENZA	Casa Catalani - Villa Amelia	30%		Clin. malattie professionali - R. Università	
GENOVA	Policlinico del Lavoro - Via Benedetto XV	ass. popolari L. 10 visita annuale		Istituto terapia oozonica - Corso Oporto 10	30 e 40%
	Ist. Inalazioni Dr. B. Oxilia - Via XX Settembre 1-2	30%		« Villa Maria » - Via Principessa Felicita, 15-bis, 17	15%
LOCRI (Reggio C.)	Casa di Cura Barillaro	30 %		Ospedale Maggio e S. Giov. Battista e della Città di Torino	
MESSINA	Ist. terapia fisica Dr. G. Spagnolio - Piazza Stazione	30%	TREVISO	« Villa Bianca » - Prof. A. Grollo	30%
MESTRE (Venezia)	Osp. Civ. « Umberto I »	10 e 20%	TRIESTE	Casa di cura 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	TREVISO	Casa Prof. P. Brisotto - Ponte Garibaldi (otorinolaringologia)	30%
	Ist. « Regina Elena » (tumori)	» 35 -	MIAZZINA (NOVARA)	Casa « Eremo » (malattie polmonari)	15 e 30%
	Clinica Odontoiatrica R. Università	20%			

Stabilimenti Termali che concedono facilitazioni ai nostri assicurati

Località	Qualità fisico-chimiche delle acque e fanghi	Malattie per le quali si consiglia la cura	Facilitazioni concesse
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; bicarbonato-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-salvo-bromo-iodica.	Artrite - Reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	Pol. ord. e collettive 25% su cure e sulla pensione - Pol. pop. 20% su cure e pensione.
CASTROCARO (Forlì)	Acqua salso-bromo-iodica .	Artrite - 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 1° e 2° classe (per forme popolari anche 3° classe)
CIVITAVECCHIA (Roma)	Acqua solfato - alcalino - ferrosa	Reumatismi - Malattie del ricambio, ginecologiche.	20% su tariffe giornaliere in vigore.
FIUGGI (Frosinone)	Acque oligo-minerali.	Diatesi arica - Calcolosi renovesiciale - Gotta - Cistopielite.	30% su tariffe.
GUARDIA PIEMONTESE (Cosenza)	Acque solfuree-salvo-bromo-iodiche - Fanghi.	Artrite - 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 Artrite - Reumatismo - Nevriti - Malattie della pelle.	30% su tariffe
MONSUMMANO (Pistoia)	Acqua bicarbonato-solfato-alcalina-ferrosa e salso-bromo-iodica. Bagni, fanghi.	Artrite 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.	Artrite - Reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	Terme preistoriche: 20% 1° classe - 15% 2° e 3° classe su cure, pensione, visita medica, ecc.
PORRETTA (Bologna)	Acqua solfurea-salvo-bromo-iodica.	Stitichezza - 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.

L'ASSISTENZA SANITARIA AGLI ASSICURATI DELL' I. N. A.

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 salsiodiche e solforose. Bagni. Fanghi. Inalazioni.	Malattie ginecologiche e del ricambio. Scrofolosi. 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-alcantino-ferrosa-termale. Fanghi vegeto-minerali caldi.	Stitichezze - Epatopatie cr. - Colecistiti.	30% su tariffe 1ª classe - 50% su tariffe 2ª classe.
S. CESAREA . . . (Lecce)	Acqua solfocarbonato calcica a 33° C. - Fanghi veg. min.	Artrite e reumatismi cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti.	Ass. ord. e coll. - 25%, sulle tariffe.
SARDARA (Cagliari)	Acqua bicarbonato-alcantina-termale.	Ipercloridria - Atonia gastrica Gastroenterite cr.	25% sulle tariffe.
SCIACCA (Agrigento)	Acqua cloruro sodica calcica magnesiacca.	Mal. artritiche - Ricambio - Traumatiche - Ginecologiche.	20% sulle tariffe.
SCRAJO EQUENSE . (Napoli)	Acqua sulfurea-salzo-bromo-iodica.	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	25% - 20% - 15% sulle tariffe.
TERMINI IMERESE (Palermo)	Acqua salzo-bromo-iodica.	Reumatismo - Artrite cr. - Nevralgie - Gotta.	15% su pensione di L. 30 - 25% su bagno e stufa.

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

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



LA POLIZZA "PRO FAMILIA,"

CHE IL DUCE CONSEGNERÀ ALLE COPPIE PROLIFICHE
CHE CONVERRANNO A ROMA PER LA "GIORNATA
DELLA MADRE E DEL FANCIULLO,"



In occasione del prossimo raduno delle coppie prolifiche per la « Giornata della Madre e del Fanciullo » il Duce, come nel decorso anno, distribuirà a ciascuna di esse una speciale polizza dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni per la somma di Lire mille, denominata POLIZZA « PRO-FAMILIA ».

Tali polizze sono offerte gratuitamente dall'Istituto e saranno intestate a favore dell'ultimo nato di ogni singola coppia.

Avuto presente che la POLIZZA « PRO-FAMILIA » ha per scopo di apprestare ai figliuoli una somma, anche se modesta, per il giorno in cui contrarranno matrimonio, ci sembra opportuno illustrarla con un ESEMPIO PRATICO:

« Un padre vuole assicurare nella forma su accennata, con controassicurazione, « e per la somma di L. 1.000, un suo bimbo di anni due. A tale scopo corrisponde una « volta tanto, un premio unico di L. 394,25. Se il figliuolo sposerà prima del suo trenta- « cinquesimo anno di età, l'Istituto gli pagherà la somma di L. 1.000 all'atto del suo « matrimonio: se egli invece raggiungerà il suo 35° anno di età senza contrarre matri- « monio, l'Istituto gli rimborserà il premio unico versato di L. 394,25; rimborso che sarà « egualmente effettuato ai di lui eredi nel caso che egli venisse a mancare prima del « 35° anno di età senza aver contratto matrimonio ».

Ma la POLIZZA « PRO-FAMILIA » è anche molto adatta per le forme collettive rivolte ad opere di bene e di simpatica solidarietà sociale.

Così un benestante di un paesello rurale può, con lieve sacrificio, costituire con detta polizza una piccola dote ad un gruppo di bimbe povere sue compaesane, come un industriale può compiere un gesto altamente significativo — ad esempio in occasione del Natale — facendo altrettanto per l'ultima nata o per l'ultimo nato di tutti i suoi dipendenti.

*Tutte le Agenzie dell'Istituto Nazionale delle Assicu-
razioni sono pronte a fornire gratuitamente ogni
necessario chiarimento a chiunque ne faccia richiesta.*





Corporate Heritage
& Historical Archive