

L'ASSISTENZA

SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO
NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI



Anno X
Numero 3
15 Giugno
1941 . XIX
Distribuzione in abbonamento postale - Roma

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

GENERALI

Corporate Heritage
& Historical Archive

L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

PER I SUOI ASSICURATI

Fin dall'inizio dell'attuale guerra l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, provvede a che i suoi assicurati mobilitati godessero di speciali facilitazioni per il mantenimento in vigore delle loro polizze, rendendosi conto delle difficoltà finanziarie cui può andare incontro colui che, distolto dalle sue normali attività civili, deve dedicare tutto se stesso alla difesa dei supremi interessi della Patria.

Per gli assicurati con polizze ordinarie

furono così adottate le seguenti norme:

- b) — *nel caso di sospensione del contratto per mancato pagamento dei dietro richiesta dell'assicurato, concesso ad un tasso di favore e sino alla concorrenza della riserva matematica al netto delle spese di acquisto da ammortizzare.*
- b) — *nel caso di sospensione del contratto per mancato pagamento dei premi durante il richiamo alle armi, la riattivazione del contratto stesso potrà avvenire fino a tre mesi dopo il congedamento del contraente e non oltre sei mesi dopo la conclusione della pace, dietro presentazione di una dichiarazione dalla quale risulti che l'assicurato si trova in buona salute e a condizione che vengano corrisposti i premi arretrati con un modico interesse.*

Per gli assicurati con polizze popolari

i quali, come è noto, godono già di facilitazioni eccezionali, queste nuove norme varranno tutte le volte che risulteranno più favorevoli di quelle già prevedute dalle condizioni generali di polizza; le quali, fra l'altro, contemplano, in caso di richiamo alle armi, il mantenimento in vigore del contratto, entro certi limiti, nonostante la sospensione del pagamento dei premi.

Queste condizioni di favore per gli assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni mobilitati appaiono forse di estrema semplicità, ma se bene valutate, rivelano tutta la loro grande importanza, perchè esse aderiscono perfettamente a situazioni reali derivanti dallo stato di guerra. Senza provvidenze del genere migliaia e migliaia di assicurati verrebbero a trovarsi nelle condizioni di non poter conservare i loro contratti, che con alto spirito di previdenza avevano stipulato a vantaggio proprio e particolarmente a tutela delle proprie famiglie.

....

PER CHIARIMENTI RIVOLGERSI ALLA DIREZIONE GENERALE IN ROMA O ALLE AGENZIE GENERALI DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI.

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. Indagini di statistica medica

Ricerche sulla pressione arteriosa:

Dr. S. FIANDACA, La pressione arteriosa nella valutazione dell'età biologica dei soggetti con sviluppo ponderale in eccesso o in difetto 106

2. Studi e ricerche di medicina delle Assicurazioni Vita

Dr. M. BIASIOTTI, La diagnosi differenziale e la prognosi delle ematurie nella pratica assicurativa 113

3. Semeiotica di Medicina delle Assicurazioni Vita

a) Dr. O. GUSTAPANE, L'indice di potenza cardiaca di Viola nella pratica assicurativa 119

b) Dr. G. CURIONE, Contributo allo studio della insufficienza epatica 129

4. Varie

Dr. P. CIATTI, L'andamento della mortalità per cardiopatie in Italia 132

6. Notiziario 140

7. Dai Periodici 143

8. Pubblicazioni ricevute 155

9. Vuoti nelle file dei nostri medici fiduciari 156

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

SOMMARIO DEL N. 3 - EDIZIONE SPECIALE

1. *Consigli agli assicurati:* a) Dott. G. CERCONE DE LUCIA, Il controllo della pressione arteriosa.

b) Dott. A. DI LILLO, Per i sofferenti di gotta.

c) Dalle riviste: Note di igiene.

2. *Provvidenze Sanitarie.*

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

Indagini di Statistica Medica

RICERCHE SULLA PRESSIONE ARTERIOSA

I Centri Sanitari dell'I.N.A. sono stati incaricati di eseguire ricerche circa la pressione arteriosa negli assicurandi e negli assicurati.

Iniziamo in questo fascicolo la pubblicazione delle relazioni pervenute.

La pressione arteriosa nella valutazione dell'età biologica dei soggetti con sviluppo ponderale in eccesso od in difetto

Dott. SALVATORE FIANDACA
Medico della Direzione Generale dell'I.N.A.

Sull'importanza della pressione arteriosa e sul suo speciale significato nella medicina assicurativa Vita si è già abbastanza insistito da parte dei medici di assicurazione. Numerosa è anche la messe degli studi diretti a mostrare il fondamentale contributo apportato dalla sistematica misurazione della pressione arteriosa per il giudizio pronostico assicurativo degli assicurandi.

Quale sia il valore da attribuire alla pressione arteriosa quale dato utilizzabile ai fini della valutazione dei rischi mediante il nuovo criterio della età biologica, propugnato da ROMANELLI, costituisce lo scopo della presente memoria.

Già fin dal 1938 ROMANELLI ha mostrato come al criterio attualmente in uso della valutazione dei rischi basato sul concetto di sovramortalità potrebbe sostituirsi il criterio, più medico e più aderente alla realtà, fondato sulla valutazione dell'età biologica degli assicurandi, di quella età cioè che può attribuirsi ad un soggetto sulla base dei risultati dell'esame anatomico-funzionale del suo organismo in rapporto all'individuo medio normale della stessa età.

Lasciando da parte le considerazioni

teoriche di ordine biologico e medico-assicurativo (esposte già in precedenti note) (1), sulle quali si fonderebbe il sistema di valutazione basato sull'età biologica apparve evidente come per giudicare dell'età biologica di un soggetto o di un gruppo di soggetti è necessaria la conoscenza di quegli attributi anatomici e funzionali, relativi a tali soggetti, atti a far rilevare la loro deviazione della norma nei confronti di soggetti di età uguale normali.

Data la complessità del problema, esso non può essere affrontato che per gradi. In questa nota riferiamo sul significato della pressione arteriosa ai fini della valutazione dell'età biologica dei soggetti con sviluppo ponderale in eccesso (sovrapesi) od in difetto (sottopesi), portatori cioè di una tara che dal punto di vista assicurativo può considerarsi tra le più semplici.

Le osservazioni sono state condotte, oltre che in tali soggetti tarati, anche in un gruppo di normali, e ciò allo scopo di poter stabilire il paragone con la maggiore esattezza.

(1) cfr. Atti Congresso Med. Leg. e Ass. - Napoli 1940; questa rivista n. 3 e 5, 1940.

* * *

E' noto come la pressione arteriosa subisca con il crescere degli anni delle modificazioni, che consistono, conformemente ai dati rilevati dalla quasi totalità degli autori, in un aumento di essa. Aumento della pressione e crescere degli anni non hanno però un andamento uguale e proporzionale, e diverso è anche il comportamento della pressione massima o sistolica e della minima o diastolica e conseguentemente anche della differenziale.

Nei confronti dell'età, dalla nascita fino agli 11-12 anni si ha un aumento della pressione sistolica lenta e regolare uguale nei due sessi (NIZZOLI, LEITÒ, FABER e JAMES ecc.); nel periodo pre-pubere vi è tendenza ad un aumento spiccato della pressione specie negli uomini (ALVAREZ); successivamente durante la pubertà la pressione resterebbe stazionaria, con la tendenza secondo qualche autore (BURLOGE) anche a diminuire. Dai 20 ai 40 anni si ha in media un modico progressivo aumento; dai 40 anni in poi tale aumento assume un andamento più evidente.

Durante la longevità non sono stati

riscontrati valori molto alti della pressione (KOTSOVSKY, TAWASTSTJERNA, SCHEEL, OLIVER, ecc.).

Per quanto riguarda il periodo d'età dai 20 in su che è quello che in Assicurazione Vita più interessa, le cifre medie della pressione massima vanno da 120 mm. di Hg. circa a 20 anni fino a 135-140 a 60 anni.

Riportiamo nella tabella seguente i valori medi trovati da TAWASTSTJERNA, FISCHER, WOLEY, THAYER, HAHN, CLOUGH e nel campo assicurativo quelli riscontrati su casistiche numerose da ROGER e HÜNTER (250.000 casi), SYMONDS (150.419 casi) FISHER (65.574 casi), MACKENZIE (31.934 casi) ed infine i valori recentemente riscontrati da KAEWEL su 22.407 assicurati tedeschi.

Come si vede dalle cifre riportate la pressione massima nelle varie età ha un comportamento costante consistente in un aumento progressivo con il crescere degli anni, aumento che assume un andamento più spiccato dai 40 anni in su.

E' da rilevare però che le oscillazioni pressorie tra individui, anche normali, della stessa età sono notevoli raggiungendo anche i 10-15 mm. di Hg. (BARACH

TAB. I

E T À	Valori della pressione sistolica secondo										
	TAWAST-STJERNA	FISCHER	WOLEY	THAYER	HAHN	CLOUGH	ROGER e HÜNTER	SYMONDS	FISHER	MAC-KENZIE	KAEWEL
Anni											
20-25	115	123	—	137	119	—	122	124	121	122	119
25-30	121	125	—			141	126	—	123	124	122
30-35	121		126	127	142			138	144	124	125
35-40		124				125	124			126	123
40-45	134	128	130	142	138	150	127	124	125	127	125
45-50	—	130					127	129	127	129	129
50-55	—	132	132	155	160	158	133	130	130	132	131
55-60	—	134	138				133	133	133	135	136
60 o più	164	—	—	—	155	—	—	155.2	136	137	—

e MORKS, KYLIN, OLIVER, ecc.), sicchè il valore medio osservato per una data età non può essere considerato praticamente come quello normale per tutti i soggetti di età uguale.

Nei confronti della pressione minima o diastolica si osserva in media un aumento di essa con il crescere degli anni, però tale aumento che è marcato e va di pari passo con quello relativo alla pressione massima nei primi anni della vita, successivamente diventa sempre più lieve (SELLER, SYMONDS, STRASBURGER, ecc.).

Secondo una statistica di SYMONDS (60.733 casi) i valori medi sono 80,5 mm. di Hg. a 20-25 anni, 81,5 a 25-30, 82,3 a 30-35, 83,3 a 35-40, 84,6 a 40-45, 84,7 a 45-50, 86,8 a 55-60.

Le variazioni tra soggetti della stessa età e nello stesso individuo sono generalmente meno marcate nella Mn in confronto alla Mx mantenendosi in quella di solito entro i limiti di 5-8 mm. di Hg.

E' stato osservato che in condizioni normali a determinati valori della Mx corrispondono determinati valori della Mn (MARTINET, PIERRIN, ERLANGER e HOOKER, STRASBURGER, ecc.). Il valore normale della Mn in rispetto ad una determinata Mx dovrebbe corrispondere, secondo LEAR, alla metà del valore della Mx più 10 negli individui normali o lievemente ipertesi. Secondo IOSUÈ l'equilibrio tra le due pressioni sarebbe conservato quando il rapporto Mx/Mn si aggira intorno a 1,6.

La pressione differenziale subisce anch'essa un aumento con l'età a cagione soprattutto dell'aumento più marcato della pressione sistolica in confronto alla diastolica.

I valori medi sarebbero di 46 mm. di Hg. a 20-40 ann; 45-50 a 40-60 a.; 50-75 a 60-80 a. (OLIVER). Secondo WIKNER la Pd sarebbe di 61 mm. di Hg. tra

i 50-60 anni, 72 tra i 60-70 anni, 76 tra i 70-80 anni.

Non sono del tutto concordi i risultati rilevati dai vari autori circa le modificazioni della pressione in rapporto alla statura ed al peso corporeo. Nei confronti della statura accanto ai dati di BURLAGE, secondo i quali la pressione — sistolica e diastolica — aumenterebbe con l'altezza degli individui secondo un rapporto di interdipendenza costante, i rilievi eseguiti da HENSEN e TAWASTSTJERNA negherebbero invece alcuna influenza della statura sulla pressione. Nei riguardi del peso corporeo i dati segnalati mostrano in linea generale come negli individui a peso somatico più alto la pressione arteriosa sia relativamente più elevata. Così HENSEN in donne della stessa età ha riscontrato una pressione più alta di 12 mm. di Hg. nei soggetti di peso superiore ai 60 Kg., rispetto a quelli di peso inferiore ai 50 Kg. Risultati analoghi ha ottenuti TAWASTSTJERNA negli uomini. FABER ha trovato in uno studio condotto su 1000 soggetti sani una Mx media di 119.9 negli individui di peso regolare, di 116.3 nei magri, di 121.1 negli adiposi.

In contrasto alla maggioranza dei referti segnalati SCHULZ non ha trovato alcun rapporto tra pressione e peso corporeo.

* * *

Le nostre osservazioni sono state condotte in soggetti di sesso maschile, scelti tra quelli presentatisi al Consultorio per il collaudo della salute presso il Centro Sanitario dell'I. N. A. di Napoli, e che erano stati sottoposti ad una visita medica generale circostanziata ed accurata, corroborata da tutte le ordinarie indagini di laboratorio. Sono stati presi in esame gli individui che risultarono esenti da qualsiasi affezione patologica o di postumi di essa, appartenenti a razza ariana, nati e residenti in Campania.

Nel gruppo dei normali furono compresi i soggetti il cui peso oscillava, con variazioni massime in più od in meno di 5 Kg., intorno al valore dell'altezza meno cento; nel gruppo dei sottopesi quelli il cui peso era inferiore al valore dell'altezza meno cento di almeno 10 Kg., ma non più di 20 Kg.; nel gruppo dei sovrapesi quelli il cui peso era superiore al valore dell'altezza meno cento di almeno 10 Kg. ma non oltre i 25 Kg. Relativamente alla statura furono scelti gli individui, la cui altezza oscillava tra 160-190. Sono stati esaminati i soggetti appartenenti ai 4 gruppi di età: 20-24 anni, 35-39 anni, 50-54 anni, 65-69 anni.

Le misurazioni della pressione arteriosa sono state eseguite al mattino nei soggetti posti a letto, a completo riposo ed a digiuno, applicando il bracciale sul braccio sinistro adagiato parallelamente al corpo. E' stato adoperato un apparecchio a mercurio del tipo Riva Rocci modificato — Erkameter — con bracciale della larghezza di cm. 13. I dati sono stati rilevati con il metodo ascolta-torio, usando la tecnica della decompressione sia per la determinazione della Mx che per la Mn, e considerando vera la terza di tre misurazioni consecutive.

Le osservazioni sono state condotte su un numero di casi uguale sia per quanto riguarda le tre categorie di soggetti — normali, sottopesi e sovrapesi — sia per quanto riguarda i 4 gruppi di età. Così per ciascuna categoria di individui sono stati esaminati 120 casi, per ciascun gruppo di età di ogni tipo, 30 casi, e complessivamente 90 casi; in totale le osservazioni sono state eseguite su 360 soggetti.

Per ciascun individuo, oltre alle misurazioni della pressione massima e minima, sono state calcolate la pressione differenziale ($pd = Mx - Mn$), la pressione media aritmetica.

$$(pm = Mn + \frac{Mx - Mn}{2}) \text{ il coefficiente} \\ \text{tensivo } (R \frac{Mx}{Mn}).$$

I risultati sono riassunti nella tabella seguente, nella quale sono riportati i valori medi aritmetici.

TAB. II

Gruppo d'età	Mx	Mn	pm	pd	R $\frac{Mx}{Mn}$
<i>Normali</i>					
20-24 an i	120.4	76.2	98.3	44.2	1.58
35-39 »	125.6	80.0	102.8	45.6	1.57
50-54 »	130.3	81.4	105.8	48.9	1.60
65-69 »	139.2	83.5	111.4	55.8	1.66
<i>Sottopesi</i>					
20-24 anni	119.5	75.5	97.5	44.0	1.58
35-39 »	126.5	79.5	102.5	47.0	1.59
50-54 »	134.5	83.0	108.5	51.5	1.62
65-69 »	142.5	84.4	113.4	58.1	1.68
<i>Sovrapesi</i>					
20-24 anni	121.8	76.4	99.1	45.4	1.59
35-39 »	128.4	80.2	104.3	48.2	1.60
50-54 »	136.5	83.2	109.8	53.3	1.64
65-69 »	146.2	86.5	116.3	59.7	1.69

Dall'esame dei dati riferiti si rileva:

1) la pressione sistolica tende in tutti i soggetti ad aumentare con l'età con scarti tra un gruppo d'età e l'altro man mano più marcati con il crescere degli anni. Tale aumento però nei soggetti con sviluppo ponderale rispetto all'altezza in difetto od in eccesso è più spiccato in confronto ai normali. Sicchè mentre nei soggetti appartenenti al 1° gruppo d'età (20-24 anni) i valori sono pressochè uguali, in quelli appartenenti ai successivi gruppi d'età più anziana si hanno negli individui in sottopeso e più marcatamente in quelli in so-

vrapeso valori sempre più alti, in confronto agli individui normali di età uguale;

2) la pressione diastolica si modifica con l'età in misura molto minore rispetto alla sistolica. Si osserva in linea generale un modico aumento di essa, che nei soggetti in sottopeso e sovrappeso è più marcato, rispetto ai normali di età uguale, soltanto nei due gruppi d'età più anziana (50-54 a. e 65-69 a.);

3) la pressione media aritmetica, quella pressione cioè a cui sono costantemente sottoposte le arterie, presenta un aumento quasi costante con scarti tra un gruppo d'età ed il successivo pressochè di uguale entità. I soggetti con sottopeso e sovrappeso presentano valori man mano più alti rispetto agli individui con sviluppo ponderale proporzionato all'altezza, nei due gruppi d'età più elevata;

4) la pressione differenziale aumenta anch'essa con il crescere degli anni con scarti sempre più elevati. I soggetti in sottopeso e sovrappeso presentano valori, relativamente ai normali di età uguale, sempre più elevati con il crescere degli anni;

5) il rapporto tra Mx e Mn, espressione dell'equilibrio tra le due pressioni, si aggira, pur tendendo modicamente ad aumentare, intorno al normale; soltanto nel gruppo d'età più anziana si presenta elevato, evidentemente per l'aumento meno marcato della pressione minima proporzionatamente a quello della massima. I soggetti con sviluppo ponderale in difetto od in eccesso presentano cifre del rapporto Mx/Mn costantemente più elevate rispetto ai soggetti normali della stessa età.

Nella grafica 1^a le modificazioni sopraricordate dei vari valori medi pressori sono rappresentati con maggiore chiarezza.

Nelle tabelle seguenti (3 e 4), allo sco-

po di mettere in rilievo le oscillazioni e la variabilità dei reperti tra i soggetti della stessa età, riportiamo, per le pressioni sistolica e diastolica, i valori minimi e massimi riscontrati e le cifre relative agli scostamenti quadratici medi dalla media aritmetica calcolati per ogni gruppo d'età e per ogni categoria di soggetti.

TAB. III

Pressione sistolica

Gruppo d'età	Valore massimo	Valore minimo	Differenza	Scarto quadratico medio
<i>Normali</i>				
20-24 anni	126	115	11	9.62
35-39 »	132	118	14	10.44
50-54 »	138	122	16	12.15
65-69 »	148	128	20	14.80
<i>Sottopesi</i>				
20-24 anni	125	110	15	10.44
35-39 »	135	118	17	11.20
50-54 »	145	125	20	13.14
65-69 »	155	130	25	15.90
<i>Sovrappesi</i>				
20-24 anni	130	112	18	11.10
35-39 »	140	120	20	12.28
50-54 »	148	125	23	15.18
65-69 »	160	130	30	17.80

TAB. IV

Pressione diastolica

<i>Normali</i>				
Gruppo d'età	Valore massimo	Valore minimo	Differenza	Scarto quadratico medio
20-24 anni	80	70	10	4.90
35-39 »	84	75	9	5.50
50-54 »	86	76	10	6.80
65-69 »	90	78	12	8.20
<i>Sottopesi</i>				
20-24 anni	82	70	12	5.10
35-39 »	84	74	10	6.20
50-54 »	88	76	12	7.30
65-69 »	92	78	15	9.10

Segue TAB. IV.

Gruppo d'età	Valore massimo	Valore minimo	Diffe- renza	Scarto quadratico medio
<i>Sovrapesi</i>				
20-24 anni	84	72	12	5.10
35-39 »	88	75	13	6.30
50-54 »	92	78	14	7.90
65-69 »	96	77	19	9.80

Risulta innanzi tutto dall'esame delle cifre riportate come in linea generale le oscillazioni della pressione tra individui della stessa età e dello stesso gruppo costituzionale siano ampie, sia per la Mx che per la Mn, per quanto questa appaia relativamente più costante.

Il fatto ha particolare importanza in quanto mostra come i valori medi pressori rilevati per ogni gruppo di soggetti non possono essere ritenuti praticamente caratteristici e costanti per ciascun individuo appartenente allo stesso gruppo. Le cifre nella media rilevano però come le oscillazioni, tra soggetto e soggetto della stessa età, della pressione — sistolica e diastolica — aumentino con il crescere degli anni. In altri termini con l'aumento dell'età i valori pressori diventano sempre meno costanti pur tendendo ad elevarsi.

Nel confronto tra i soggetti normali e quelli con sviluppo corporeo non proporzionato all'altezza si nota che questi ultimi, rispetto ai primi di età uguale, presentano una variabilità più accentuata dei reperti, che acquista sempre maggior rilievo con il crescere dell'età. I soggetti in sottopeso presentano comunque, relativamente a quelli in sovrappeso, un indice di variabilità dei valori pressori costantemente meno elevato.

* * *

Dal complesso delle osservazioni riferite risultano due circostanze essenziali:

1) I valori pressori medi in misura più o meno evidente secondo che si tratti della Mx, Mn, pm o pd, tendono ad aumentare con l'età e tale aumento acquista particolare costanza ed evidenza nelle età man mano più anziane. I soggetti con sviluppo ponderale non proporzionato all'altezza, portatori cioè dal punto di vista assicurativo di una tara, mostrano un comportamento simile, nel senso cioè che anche in essi si verifica un aumento dei valori pressori con l'età; però in questi l'aumento con il crescere degli anni è più spiccato. Così mentre nelle età giovani (20-24 a.) e per i sottopesi anche nelle medie (35-39 a.) i reperti della pressione sono pressoché uguali in tutti i soggetti, nelle successive (50-54 a. e 65-69 a.) i soggetti in sottopeso e sovrappeso, in misura maggiore per questi ultimi, presentano, in confronto ai normali di età uguale, valori pressori più elevati.

2) Le oscillazioni della pressione tra soggetti e soggetti della stessa età aumentano con il crescere degli anni. Nei soggetti in sottopeso e più marcatamente in quelli in sovrappeso la variabilità dei reperti è costantemente più elevata rispetto ai normali della stessa età.

Considerando la pressione arteriosa come un indice dell'equilibrio anatomico-funzionale non solo dell'apparato circolatorio ma di tutti gli organi e sistemi dell'organismo è facile intuire come l'aumento di essa con l'età, nei soggetti normali voglia significare una tendenza all'alterazione di tale equilibrio, abbia o no tale tendenza significato compensatorio alle modificazioni che vanno verificandosi con il crescere degli anni in tutti gli organi, specie a carico delle arterie, dei capillari, del sistema nervoso-vegetativo e dei meccanismi nervosi regolatori di origine centrale.

La variabilità dei reperti, sempre crescente con l'età, mostra anch'essa la ten-

denza, con il crescere degli anni, all'alterazione di quell'equilibrio anatomico-funzionale, di cui è espressione la tensione arteriosa. Tale variabilità infatti va interpretata come una diminuzione della capacità di adattamento funzionale per la quale, man mano che l'età aumenta, i soggetti, l'uno dall'altro secondo le condizioni del loro organismo, presenterebbero oscillazioni della pressione sempre più ampie dalla media.

Nei soggetti in sotto e sovrappeso la maggior elevatezza dei valori pressori, nei due gruppi di età più anziana, e la costante maggiore variabilità dei reperti in confronto ai normali di età uguale mostrano come in essi la pressione arteriosa offra un comportamento simile a quello di individui normali di età superiore, come cioè in essi esistano condizioni di ordine anatomico e soprattutto funzionale che tenderebbero a far loro assumere caratteristiche pressorie simili a quelle di soggetti normali ma di una età più anziana. In altri termini nei soggetti con sviluppo ponderale in eccesso od in difetto, per i quali il giudizio pronostico è meno favorevole rispetto ai normali e dal lato assicurativo il rischio è aggravato, la deviazione dalla norma presentata è, per quanto riguarda la pressione arteriosa, messa in rilievo da alcune modificazioni che tenderebbero a far attribuire ad essi un'età biologica superiore a quella anagrafica.

Come è stato notato, tali modificazioni sono rilevabili principalmente nelle età più anziane (50-54 a. - 65-69 a.) e si presentano più manifeste negli individui in sovrappeso; inoltre esse si riferiscono al comportamento medio di gruppi, per quanto omogenei, di soggetti.

Le considerazioni quindi sopra esposte valgono a rilevare l'andamento medio del fenomeno ed in tal senso i reperti

possono considerarsi sufficientemente atti a mostrare il significato delle variazioni della pressione arteriosa in rapporto all'età biologica attribuibile ai soggetti con deviazione dello sviluppo somatico.

Nel campo pratico è evidente che le ampie oscillazioni individuali della pressione arteriosa, già messe in rilievo, non consentano di poter considerare come proprio di ogni singolo caso il valore medio riscontrato per il gruppo di individui in cui il caso s'inquadra.

I valori della pressione arteriosa pertanto, nella valutazione individuale dell'età biologica dei soggetti con rischio aggravato per sotto o sovrappeso, non possono considerarsi un elemento di giudizio, bensì costituiscono un indice di orientamento, il quale, nell'insieme con gli altri elementi di valutazione, può anche nei singoli casi essere di preziosa utilità.

RIASSUNTO.

L'A., allo scopo di metterne in rilievo il valore nella valutazione dell'età biologica, ha studiato il comportamento della pressione arteriosa in rapporto all'età nei soggetti normali ed in quelli a sviluppo ponderale in eccesso od in difetto rispetto all'altezza. Ha rilevato come in questi ultimi soggetti, specie dopo i 50 anni, siano rilevabili caratteristiche medie della pressione arteriosa (relativamente ai valori della Mx , Mn , $pd.$, pm e $R Mx/Mn$ ed alla variabilità dei reperti calcolata col metodo degli scarti quadratici medi) tali da far presumere per essi una età biologica superiore alla anagrafica. Mette in evidenza come i risultati riflettano il comportamento medio dei casi e come essi non siano applicabili per la valutazione individuale dell'età biologica.

Studi e ricerche di Medicina delle Assicurazioni Vita

La diagnosi differenziale e la prognosi delle ematurie nella pratica assicurativa

Dott. MARCELLO BIASIOTTI

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

(Continuazione vedi numero precedente)

Altri caratteri fondamentali di queste ematurie da nefropatie bilaterali ematogene sono: contenuto in albumina maggiore di quello che corrisponderebbe alla quantità del sangue mescolato all'urina e soprattutto la presenza di cilindri ialini, granulati, epiteliali, ematici, ecc. in quantità più o meno notevole insieme a globuli rossi più o meno numerosi, a scarsi globuli bianchi ed eventualmente oliguria, edemi, cefalea, ipertensione arteriosa, ecc. E' chiaro perciò che solo la dimostrazione dei cilindri all'esame microscopico del sedimento, associata agli altri sintomi suddetti può togliere ogni dubbio sulla natura dell'ematuria perchè i cilindri si osservano costantemente sin dal primo periodo della nefrite acuta e mancano raramente nelle riacutizzazioni delle nefriti croniche.

Ematuria nella glomerulonefrite diffusa acuta. — In questa affezione renale l'ematuria è particolarmente frequente e relativamente abbondante presentandosi in genere con tal grado di intensità da essere già riconoscibile macroscopicamente per il colore dell'urina che ricorda l'acqua di lavatura di carne o è rosso sangue. L'ematuria però può anche essere semplicemente microscopica e limitata al reperto di scarsi globuli rossi e di rarissimi leucociti nel sedimento urinario. Insieme all'edema ed all'aumento della pressione arteriosa l'ematuria costituisce la triade dei sin-

tomi cardinali su cui si basa la diagnosi di glomerulonefrite acuta diffusa. L'albuminuria e la cilindruria non sono molto cospicue nelle forme puramente glomerulari.

Glomerulonefriti acute a focolaio. — Vengono da VOLHARD e FAHR divise nei tre gruppi seguenti:

- 1) Glomerulonefriti a focolaio di origine batterica.
- 2) Glomerulonefriti a focolaio di origine embolica.
- 3) Nefriti interstiziali.

Ora l'ematuria è costante nei primi due gruppi e pur essendo di solito soltanto microscopica costituisce spesso l'unica manifestazione del processo infiammatorio renale; non si verifica invece quasi mai nella nefrite interstiziale.

Secondo VOLHARD nella glomerulonefrite a focolaio mancando l'edema e l'aumento della pressione sanguigna in luogo della triade sintomatologica caratteristica della glomerulonefrite acuta diffusa si ha qui un solo sintoma cardinale: l'ematuria.

Ematuria nelle nefriti croniche. — E' una delle più interessanti per il medico delle A. V.

Si presenta per lo più sotto forma di ematuria renale scarsa in genere microscopica, ed anche se macroscopica sempre di lieve entità (al massimo color lavatura di carne), non si trovano mai coaguli, l'urina è abbondante, con peso specifico piuttosto basso, con scarsissi-

ma albumina e nel sedimento pochi globuli rossi insieme a qualche cilindro ialino e granuloso. L'albumina è presente in quantità più o meno notevole ma indipendentemente dalla quantità dei globuli rossi. Possono coesistere oliguria, poliuria, isostenuria, ipertensione arteriosa con cardioipertrofia, cefalea, vomito, edemi, alterazioni del fondo dell'occhio, ecc.

L'ematuria nelle nefriti croniche non sempre è continua, spesso coincide con periodi di riacutizzazione.

Il freddo e le malattie intercorrenti (tonsillite, tifo, polmonite, erisipela, ecc.) sembrano esercitare una certa influenza sulla produzione di queste riacutizzazioni e delle relative ematurie intermittenti.

Ematurie cosiddette essenziali (Ematurie *sine causa o sine materia* o da rene sano, da alcuni chiamate anche nefralgie ematuriche). — Questo gruppo delle ematurie cosiddette essenziali era un tempo molto numeroso e si è andato poi progressivamente riducendo grazie al progredire della scienza medica che con l'ausilio delle moderne ricerche di laboratorio, cistoscopiche, radiologiche ed istologiche, ha potuto chiarire l'eziologia di molte ematurie un tempo ritenute essenziali. E non è improbabile che fra non molti anni si possa riuscire a chiarire anche la causa delle poche forme di ematuria di eziologia tuttora oscura e che perciò dobbiamo chiamare ancora essenziali.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze dobbiamo ammettere l'esistenza di casi, sebbene non molto numerosi, di ematuria nei quali non fu possibile rinvenire alcuna lesione parenchimale macroscopica o microscopica. Di queste ematurie essenziali si sono occupati in Italia specialmente il TADDEI, il LASIO ed il PISANI trovando che in molti casi

queste ematurie cosiddette essenziali dipendevano in realtà da nefrite acute o croniche, specialmente da quelle a focolaio, da pielonefrite, da tubercolosi miliare del rene, piccoli tumori, renella, ecc.

A queste ematurie essenziali che si manifestano in individui apparentemente sani e con reni privi di lesioni di qualsiasi genere appartengono le cosiddette ematurie vasomotorie od emotive che secondo KLEMPERER e PENDE sarebbero di natura angioneurotica; in tali casi l'esame accurato del malato dimostrerebbe l'esistenza di altri fatti di angioneurosi in altri punti del suo organismo. Anche HAINSEN ha osservato con una grande frequenza in soggetti giovani, di età intorno ai 20 anni, una leggera ematuria senza alcuna alterazione da parte delle vie urinarie; questo A. ritiene trattarsi in tali casi di soggetti vasolabili con sistema nervoso irritabile nei quali stimoli nervosi anche lievi, come piccole emozioni, provocherebbero per diminuzione del tono vasale un accumulo di sangue nei reni e conseguente emorragia per diapedesi.

Tra queste ematurie vasomotorie rientrano probabilmente le ematurie dei terremotati di Messina descritte da BRUNI, le ematurie delle isteriche, le ematurie che si verificano durante gli accessi epilettici, le ematurie da freddo che si riscontrano talora in soggetti nevropatici, le ematurie dei condannati a morte, ed infine le ematurie per azione sui plessi nervosi dimostrate da FRUGONI e che sarebbero dovute ad un angiospasma secondario alla eccitazione dei nervi renali.

Altre forme rare di ematuria sono: le rarissime ematurie supplementari delle mestruazioni; le ematurie ortostatiche (che sono probabilmente dovute ad una nefrolitiasi asintomatica); le ematurie da fatica, ecc.

Molte volte perciò queste ematurie sono di origine congestiva e pertanto ravvicinabili alla ematuria congestiva della tubercolosi e della nefrolitiasi. Abbiamo già accennato del resto che molti Autori ritengono che la maggior parte delle ematurie cosiddette essenziali sono in realtà di natura tubercolare, calcolosa, ecc. oppure in dipendenza di una glomerulonefrite emorragica a focolai minutissimi, ecc.

Concludendo mi sembra che pur non potendo sinora negare in modo assoluto l'esistenza di forme essenziali angioneurotiche di ematuria renale, sia lecito almeno dubitare sempre l'esistenza di una causa che può facilmente sfuggire alle più minuziose indagini cliniche e ben più facilmente può sfuggire ai mezzi indubbiamente più limitati dei quali ci è solo concesso disporre nella pratica medica delle A. V.

Da quanto son venuto finora esponendo credo risulti in maniera evidente che la presenza di sangue nelle urine sia sempre da considerare come sintomo di grandissimo valore non soltanto in patologia urinaria ma anche e specialmente in medicina delle Assicurazioni Vita, potendo essa costituire un prezioso segno di allarme capace di richiamare l'attenzione del medico fiduciario su una lesione dell'apparato urinario decorrente silenziosamente in un soggetto apparentemente sano.

Ritengo che una ematuria bene accertata debba sempre essere considerata come patologica ed indice perciò di una lesione dell'apparato urinario; per quello che riguarda le cosiddette ematurie fisiologiche, anche non volendo negarne aprioristicamente l'esistenza, è bene ammetterle solo quando si possano escludere con certezza tutte le abituali cause patologiche della ematuria stessa.

Senza tema di esagerazione credo di poter affermare che solo nelle donne la

presenza di sangue nelle urine può essere dovuta anche a fenomeni fisiologici (mestruazioni) od a processi morbosi a carico degli organi genitali (menorragie e metrorragie) nei quali casi è necessario l'esame ginecologico dell'assicuranda per accertarne la natura. Perciò in presenza di una assicuranda ematurica che dichiara di trovarsi in periodo mestruale il medico fiduciario dovrà invitarla a tornare dopo il termine del periodo stesso per esser sottoposta ad un nuovo esame delle urine, essendo naturalmente impossibile nella pratica medica delle assicurazioni vita l'eseguire direttamente, in simili casi, la raccolta delle urine in vescica mediante il cateterismo. Debbo ricordare però che qualche Autore ritiene che anche nelle urine di donne che abbiano appena terminato il periodo mestruale all'esame microscopico del sedimento urinario si possa riscontrare qualche emazia e qualche zolla di pigmento ematico di varia grandezza e forma, di colorito brunoastro.

Secondo alcuni autori delle ematurie di breve durata potrebbero anche essere provocate da *violenti sforzi fisici*, come il salto, cavalcate, ecc. e considerano perciò tali ematurie come fisiologiche; in simili casi è logico il sospetto che lo sforzo fisico metta solo in evidenza lesioni anatomiche che a riposo rimanevano silenti.

Altri autori ammettono tra le ematurie fisiologiche l'esistenza di una ematuria da *congestione sessuale*, che però altri mettono in dubbio.

Taluni AA. hanno descritto persino nel lattante delle ematurie che si accompagnano alla emissione di sali urici (infarti di acido urico dell'apice delle piramidi).

Secondo FABRE in soggetti nervosi con fobia dell'obesità o della dilatazione gastrica o che sentono poco lo stimolo del-

la sete (oligopati abituali) a causa dell'oliguria conseguente alla insufficiente ingestione di liquidi e per l'azione irritante esercitata sulla mucosa delle vie urinarie dall'urina troppo concentrata con abbondante ossaluria si avrebbero talora albuminurie ed ematurie microscopiche che scompaiono facilmente con una cura di diuresi.

Anche l'ossaluria potrebbe, a giudizio di taluni, determinare da sola una microematuria e sarebbe dovuta alla semplice azione meccanica delle creste taglienti dei numerosissimi cristalli di ossalato di calce emessi con l'urina; ma altri autori invece negano l'esistenza di tale ematuria e ritengono che in tali casi si abbia a che fare per lo più con nefrolitiasi decorrenti silenziosamente. Ed infatti le statistiche dei chirurghi sulle reali cause della ematuria mai riconoscono per sua causa la sola semplice ossaluria, legittimando il sospetto che troppo spesso e con troppa leggerezza i cristalli di acido ossalico e di acido urico, e da taluni perfino la fosfaturia, vengano invocati per spiegare l'ematuria. Come ho detto è stata perfino descritta una ematuria *da fosfaturia* e basta a ritenerla poco ammissibile la considerazione che la fosfaturia è un fenomeno relativamente frequente mentre estremamente rara sarebbe l'ematuria da essa causata. Inoltre se si analizzano un poco i sintomi che accompagnano l'insorgenza di queste ematurie cosiddette fisiologiche e causate da sforzi, ossaluria, fosfaturia, ecc. vediamo che esse hanno spesso delle analogie molto suggestive con la calcolosi renale larvata presentando tra l'altro rapporti di tempo ed aumenti di intensità dopo strapazzi fisici o dolori renali. Infine è anche logico ritenere che un fosfaturico od un ossalurico che diventi ematurico anche senza avere una vera e propria calcolosi renale deve avere per lo

meno un parenchima renale estremamente delicato (decadimento dei tessuti in individui a ricambio rallentato). Riteniamo perciò che come si deve andar cauti nella diagnosi di ematuria essenziale così bisogna essere molto prudenti nell'ammettere, di fronte ad una microematuria, che possa trattarsi di una delle cosiddette ematurie fisiologiche.

Da quanto abbiamo esposto sinora sulle ematurie che presentano maggiore interesse per il medico delle A. V. ritengo di poter concludere quanto segue.

1) Per quello che riguarda la diagnosi di sede e di natura dell'ematuria alle già notevoli difficoltà che possono talora incontrarsi nella ordinaria pratica clinica si aggiungono nella nostra pratica assicurativa anche quelle derivanti dal mancato ausilio degli utilissimi mezzi di indagine urologica e radiologica dei quali invece può disporre la clinica. Dovremo perciò sforzarci di riparare a questa deficienza per quanto è possibile, come ho già accennato parlando dell'ematuria da tubercolosi renale, utilizzando al massimo i mezzi diagnostici a nostra disposizione e quando è possibile chiedendo più precisi dati sulla natura dell'ematuria al chirurgo od al medico curante od agli Istituti di cura presso i quali l'assicurando avesse dichiarato di essere stato ricoverato a causa dell'ematuria.

A proposito delle difficoltà che spesso presenta la diagnosi di natura dell'ematuria anche nella ordinaria pratica medica basta ricordare che una ematuria associata a coliche renali in atto o pregresse non sempre è indice di una calcolosi renale, specialmente se la colica è venuta solo dopo l'ematuria, perchè è chiaro che il semplice passaggio di coaguli sanguigni attraverso l'uretere può da solo provocare la colica; e perciò come da un lato possiamo avere

ematurie indolori nella nefrolitiasi così possiamo avere talora ematurie accompagnate da vere coliche renali nella tubercolosi del rene, nei tumori del rene, nel rene policistico, ecc. Così anche la dimostrazione per opera della cistoscopia di un polipo vescicale non basta talvolta a chiarire completamente l'origine di una ematuria potendo ad esso coesistere un tumore del rene.

2) Per quello che riguarda la prognosi delle ematurie mi sembra opportuno dovermi limitare, come già ho accennato all'inizio di questo lavoro, a delle considerazioni prognostiche di indole generale. Infatti essendo l'ematuria solo un sintomo delle più svariate affezioni dell'apparato urinario delle quali alcune per la loro stessa natura (neoplasmi) a prognosi assolutamente infausta con morte a breve scadenza, ed altre invece (ad esempio la calcolosi renale asettica) a prognosi relativamente fausta o per lo meno compatibili con una abbastanza lunga sopravvivenza, la prognosi dell'ematuria è essenzialmente legata alla causa che l'ha prodotta.

E' chiaro perciò che una prognosi anche soltanto relativamente esatta si potrà fare solo quando si sia riusciti a scoprire la precisa causa dell'ematuria; purtroppo, specie nella nostra pratica assicurativa, a causa della più volte menzionata deficienza di alcuni mezzi moderni di accertamento diagnostico, non possiamo molte volte fare una diagnosi precisa ignorando la esatta natura dell'ematuria. Perciò per tutte le ematurie di origine ignota o non ben definita dovremo necessariamente limitarci a considerare l'ematuria come sintomo allarmante di tale gravità da sconsigliare senz'altro la immediata accettazione del rischio. Molto opportunamente nella pratica delle A. V. è invalsa la norma di rinviare ad almeno sei mesi ogni decisione in merito all'accet-

tazione dei casi di ematuria in atto; è chiaro infatti che un nuovo esame dopo un tale periodo di tempo potrà, se non sempre, almeno nella maggior parte dei casi, fornirci qualche altro elemento utile per la diagnosi di natura dell'ematuria, specie se consideriamo che le ematurie più gravi dal punto di vista prognostico sono anche espressione di lesioni a decorso progressivo e relativamente rapido.

Per conseguenza una ematuria che persistesse o divenisse più intensa dopo un periodo di sei mesi, anche se non si riuscisse a svelarne con esattezza la causa per le sopradette peculiari difficoltà diagnostiche derivanti alla nostra pratica assicurativa dalla mancanza dell'ausilio urologico e radiologico, sarebbe da considerare sempre come indice di una grave lesione dell'apparato urinario.

Per ben comprendere il grave significato prognostico del sintomo ematuria basta ricordare che i tumori e la tubercolosi dell'apparato urinario possono svolgersi per lungo tempo senza altri sintomi all'infuori di una ematuria iniziale. Ho già precedentemente accennato all'importanza che bisogna dare perciò non soltanto alle ematurie continue ma anche a quelle sporadiche ed a quelle isolate nelle quali non esiste alcun altro sintomo che aiuti nella diagnosi, potendo anche questo essere spesso unico segno di gravissime affezioni dell'apparato urinario.

Una delle cause più frequenti di ematuria, come abbiamo detto sopra, sono i tumori: un ipernefroma può assai precocemente provocare una ematuria accompagnata o non da dolori e può rimanere per lungo tempo del tutto latente anche per più di un anno prima di manifestarsi con altri sintomi o con la comparsa del tumore palpabile.

Come si deve esser molto prudenti perciò nell'ammettere di fronte ad una microematuria che possa trattarsi di una delle cosiddette ematurie fisiologiche, ancor più cauti si deve andare con la diagnosi di ematuria cosiddetta essenziale cioè da rene anatomicamente normale perchè molto spesso dietro di essa si nasconde una grave malattia organica del rene o essa è espressione di una diatesi emorragica, emofilia, ecc.

Da alcune statistiche di chirurghi sulle cause dell'ematuria risulta sempre che la causa più frequente è costituita dai tumori che per alcuni arriverebbero al 64 %, poi vengono i calcoli e la tubercolosi renale; in nessun caso la ematuria riconosceva per causa una ossaluria, una fosfaturia o l'uricuria che qualche Autore ritiene invece causa di ematuria.

Tranne dunque la prognosi immediata che è naturalmente in funzione della quantità di sangue perduto, la prognosi dell'ematuria come ho già ripetutamente accennato dipende soprattutto dalla malattia causale. Infatti è ovvio che la gravità dell'ematuria nefritica è principalmente in rapporto col pericolo dell'insufficienza renale, che la gravità delle ematurie discrasiche è in funzione diretta della gravità della discrasia causale. Le ematurie più gravi sono quelle dovute ai cancri dei reni, vescica, prostata, ecc. e quelle di natura tubercolare, mentre alle ematurie a prognosi relativamente benigna oltre a quelle di origine sicuramente traumatica appartengono le ematurie unicamente dovute ad una calcolosi renale asettica con buona conservazione della funzionalità renale, che possono durare

a lungo per anni senza che il rene aumenti molto di volume e che le condizioni generali ne soffrano.

AUTORIASSUNTO.

L'A. passa in rassegna le varie forme di ematuria seguendo la classificazione basata sul luogo di provenienza del sangue e soffermandosi sulle ematurie più frequenti ed importanti in medicina delle A. V.

Richiama l'attenzione dei medici fiduciari sul grande valore del sintomo « ematuria » che costituisce spesso l'unico segno di gravi lesioni dell'apparato urinario (neoplasmi, tubercolosi, ecc.); ricorda che una ematuria bene accertata è quasi sempre patologica e raccomanda la massima cautela nell'ammettere, di fronte ad un assicurando ematurico, che si tratti di una delle cosiddette ematurie fisiologiche o delle ematurie essenziali da rene anatomicamente sano.

Ricorda che la diagnosi di sede e di natura delle ematurie presenta nella pratica delle A. V. difficoltà molto maggiori di quelle che si incontrano nella ordinaria pratica clinica per la impossibilità di usare i moderni mezzi di indagine urologica e radiologica dei quali invece può disporre la clinica. Raccomanda perciò ai fiduciari di utilizzare al massimo tutte le risorse diagnostiche delle quali si può disporre nella pratica dell'A. V. e specialmente una accuratissima anamnesi.

Per quello che riguarda la prognosi l'A. si limita a brevi considerazioni di indole generale essendo essa legata alle varie affezioni morbose che determinano la ematuria.

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

Semeiotica di medicina delle Assicurazioni Vita

L'INDICE DI POTENZA CARDIACA DI VIOLA NELLA PRATICA ASSICURATIVA

Dott. ORONZO GUSTAPANE
Medico della Direzione Generale dell'I.N.A.

« Mensura virium cordis magna est »
HALLER, *Physiologia*.

Valore delle prove funzionali dell'apparato cardiovascolare.

L'utilità dell'esame funzionale degli organi a scopo diagnostico, prognostico e terapeutico ha promosso in questi ultimi decenni una feconda attività di ricerche le quali, almeno per la gran parte degli apparati organici, hanno raggiunto lo scopo di dotare la medicina pratica di mezzi sufficientemente valevoli per la conoscenza esatta della malattia, nonché per la formulazione di un fondato prognostico e per la discriminazione del risultato della cura; importa, infatti, sapere più come funzioni un determinato viscere che non se esista una lesione organica di esso, lesione che, anche se in atto, può non dar sintomi di turbata funzionalità.

E' ovvio che il valore diagnostico delle prove funzionali degli organi in genere non riflette in modo particolare i soggetti nel periodo di stato della loro malattia, quando sono presenti sintomi obiettivi che non permettono alcun dubbio, ma riflette i casi nei quali l'insufficienza funzionale dei vari visceri, per quanto presente, non sia ancora palese all'esame fisico, in un'epoca, cioè, in cui manca qualsiasi fenomeno obiettivo che valga sicuramente a denunciarla. Il valore prognostico e terapeutico delle prove funzionali risulta così evidente che non ha bisogno di particolare illustrazione.

Nella pratica dell'assicurazione vita il valore delle prove funzionali degli organi in genere, e specificatamente di quelle dell'apparato cardiovascolare, sia dal punto di vista della valutazione del rischio, sia dal punto di vista previdenziale, è notevolissimo, inquantochè esse permettono di rilevare l'incipiente insufficienza funzionale degli organi anche quando sono assenti i sintomi obiettivi mediante i sussidi della semeiotica fisica. D'altra parte ogni reticenza da parte del soggetto circa disturbi subiettivi verrebbe ad essere più facilmente smascherata. Poniamo il caso, ad esempio, che in un individuo, il quale abbia riferito di non soffrire dispnea da sforzo, le prove funzionali del cuore diano una risposta nettamente patologica: ciò è di una utilità immensa perchè non sempre la reticenza di questo importante sintomo (dispnea da sforzo) ci viene rilevata dalla semeiotica fisica. Infatti, alla ispezione, palpazione, percussione ed ascoltazione, e magari anche all'esame radiologico, il cuore può apparire perfettamente indenne, mentre invece non è capace di resistere allo sforzo. Così le indagini funzionali possono costituire molto spesso l'unico segno di turbata funzionalità.

Appare chiara, pertanto, la opportunità di sottoporre gli assicurandi alle indagini di natura funzionale, almeno relativamente agli apparati organici più importanti per l'economia dell'organi-

simo e in primo luogo l'apparato cardiovascolare. Naturalmente tra i vari metodi sarà data la preferenza a quelli di uso più pratico che uniscono la semplicità e rapidità dell'esecuzione alla esattezza del risultato.

Rassegna e critica dei metodi fino ad ora usati.

Da quanto mi risulta solo Grossi si è occupato di darci una classificazione dei metodi sino ad ora adottati per l'esame funzionale del cuore. Seguirò perciò la classificazione proposta da Grossi, attenendomi, nella illustrazione dei vari metodi, alla menzione di alcuni maggiormente degni di essere presi in considerazione; dove mi sarà possibile farò la critica di quelli che mi sembrano meno esatti in base alle mie vedute personali del metodo che giudico ideale, e di cui in seguito farò parola.

a) Metodi riflesso-stimolatori; b) metodi cardio-volumetrici; c) metodi fondati sulle variazioni dell'intensità dei toni cardiaci; d) metodi farmacologici.

In un primo gruppo vanno riuniti i metodi fondati sulle variazioni del tono del sistema neurovegetativo, o metodi riflesso-stimolatori. In questi si prendono in considerazione vari riflessi cardiaci (oculo-cardiaco di Dagnini Aschner, aritmia respiratoria, riflesso di Cardarelli, riflesso di Concato, fenomeno di Valsalva, riflesso di Erbem, riflesso celiaco di Thomas e Roux).

Un secondo gruppo comprende altri metodi i quali si basano sulle variazioni del volume del cuore in rapporto a stimoli sensitivi o dopo un lavoro muscolare: metodi cardiovolumetrici, distinti in fisici e radiologici, a seconda della tecnica, fisica o radiologica, usata per la registrazione del volume del cuore.

Un terzo gruppo di metodi prende in considerazione le variazioni dell'intensi-

tà dei toni cardiaci, rilevate all'ascoltazione prima e dopo un determinato esercizio fisico; un quarto gruppo comprende prove farmacologiche (adrenalina, atropina, nitrito d'amile).

Non si può oppugnare l'attendibilità di queste ricerche, ma come risulta evidente, non se ne può trarre alcun vantaggio in favore di un metodo pratico che riveli l'efficienza funzionale del miocardio. Non sempre le prove sopra elencate portano a conclusioni decisive; si tratta di apprezzamenti molte volte soggettivi, più spesso ancora di difficile rilievo.

e) Metodi fondati su reperti vasali (frequenza cardiaca e pressione arteriosa).

Le prove fondate su reperti vasali (frequenza del polso e pressione arteriosa), che costituiscono un quinto gruppo, per essere più vicine allo scopo, meritano a una mia più estesa trattazione.

La frequenza del polso come indice dell'energia latente del cuore è stata studiata in rapporto al cambiamento di posizione o a un arbitrario esercizio fisico.

A proposito di cambiamento di posizione c'è da ricordare numerose ricerche basate sul concetto espresso per la prima volta da Donel (1836) che, cioè, nell'uomo normale il numero delle pulsazioni è maggiore di 4-8 pulsazioni al 1' nella posizione eretta rispetto a quella orizzontale. Con la prova ortostatica (riflesso addomino-cardiaco di Prével) nei soggetti ipertesi si ha stabilità del polso (Huchard), nell'insufficienza cardiaca è rilevabile una accelerazione più cospicua che nel normale (Mariani, Hogerotedt, Graupner, Aubertin).

La frequenza del polso in rapporto ad un determinato esercizio fisico è stata studiata da numerosi Autori. Le prove più note agli studiosi dell'argomento sono quelle di Gallavardin e di Lian. Tutti

gli Autori sono d'accordo nel ritenere che l'efficienza funzionale cardiaca è cattiva qualora la frequenza del polso si elevi, dopo lo sforzo, molto al di sopra dei valori normali nelle stesse condizioni di lavoro fisico e si mantenga elevata per un tempo maggiore. Nei soggetti normali un lavoro medio (per es. 10 flessioni sulle ginocchia) determina un aumento della frequenza cardiaca di 20-30 pulsazioni al 1'; il ritorno ai valori di partenza non oltrepassa i 2-3'.

Vari Autori (Gubner, Christ, Romberg, Grunbaum, Zadek, Patain, Tigerstedt) studiarono la pressione sanguigna durante lo sforzo in rapporto alla capacità funzionale del cuore. In condizioni normali dopo lo sforzo si ha un notevole aumento della Mx e un lieve aumento della Mn, per cui, in conclusione, si ottiene un aumento o almeno una stabilità della differenziale; in condizioni patologiche la Mx aumenta di poco o si mantiene stabile, mentre si ha una elevazione della Mn., per cui la differenziale diminuisce notevolmente.

Altri Autori hanno preso in considerazione tanto la pressione che la frequenza del polso, imponendo delle resistenze al circolo (metodi di ostacolo circolatorio). Tra i metodi di ostacolo circolatorio quello che ha avuto maggiore fortuna va impropriamente sotto il nome di Katzenstein: meglio Cardarelli-Katzenstein; la rivendicazione italiana è giusta: Cardarelli fondandosi su esperienze di Rummo e Ferrannini già nel 1888 imponeva resistenze al circolo facendo la compressione delle femorali per mezzo di tourniquet o colla fascia di Esmark, graduando già in certo qual modo la resistenza imposta, ciò che non faceva Katzenstein con la semplice compressione digitale quando nel 1904, cioè sedici anni dopo, comunicava sotto il suo nome i risultati delle ricerche. In condizioni normali la compressione delle femorali determina

un aumento della Mx, mentre la frequenza cardiaca rimane stazionaria; nei cardio-pazienti la Mx diminuisce e la frequenza cardiaca aumenta.

Non trovo utile indugiarmi sulla tecnica dei metodi ricordati, tanto più che la prova da me studiata non prende in considerazione la pressione arteriosa, ma dirò subito, per adempiere allo scopo critico del mio lavoro, che i metodi basati sulla valutazione della pressione arteriosa sono poco attendibili, perchè non è solamente la forza del cuore l'unico fattore che regola la pressione sanguigna, ma questa è invece sotto l'azione di vari elementi (forza del cuore, resistenze periferiche, massa sanguigna, viscosità, elasticità arteriale, influenza del sistema nervoso vasomotorio). Perciò, per la concomitanza dei più svariati fattori tali metodi sono ben lungi dall'indicare il vero stato della funzionalità cardiaca; d'altra parte essi sono di valutazione tutt'altro che facile. Dovendosi procedere a determinazioni troppo rapide della pressione arteriosa, a parte la difficoltà tecnica, è causa di errore il diverso apprezzamento soggettivo.

f) Metodi fondati su reperti respiratori.

Più esiguo è il numero degli Autori che hanno fondato le loro prove su reperti respiratori. Merklen (1908) trova un segno di insufficienza miocardica nella dispnea notevole che si ha nel rapido passaggio dalla posizione orizzontale a quella verticale. Aubertin (*Presse Méd.*, 1917, n. 55), oltre l'esame della frequenza del polso e della pressione del sangue, propone di tener conto anche del numero degli atti respiratori: una notevole e prolungata dispnea da sforzo provocata da un esercizio fisico, che l'Autore fa consistere nel passo ginnastico (*pas gymnastique sur place*, secondo il metodo di Lian), è indice di una insufficienza miocardica. Stange osserva la durata del-

l'apnea: mentre questa è di 30"-45" nei soggetti normali, gli individui con deficienza miocardica hanno un periodo di apnea più breve.

Le correlazioni funzionali come causa d'errore.

Da questa rapida rassegna possiamo ricavare alcuni utili insegnamenti; ed anzitutto che lo stesso numero esuberante di metodi proposti, le discordanti conclusioni a cui si è giunto da qualche A., stanno ad indicare che a tali prove non si può prestare un notevole affidamento quando, ben s'intende, esse costituiscono l'unico mezzo per addivenire ad un giudizio diagnostico e prognostico. Da ciò l'opportunità di integrare le prove funzionali con i sussidi della semeiotica fisica.

Alcuni AA. hanno perfino obiettato che detti metodi possono dare un responso normale in cardiopatico che sta per divenire insufficiente, o si trova già in istato di insufficienza, e danno talora un responso anormale in chi possiede un muscolo cardiaco perfetto. Ma mi pare opportuno osservare che non è una lesione organica che noi indaghiamo, bensì l'efficienza funzionale del miocardio al momento della ricerca. Con le prove funzionali del cuore, e degli organi in genere, si fa della fisiologia e non della anatomia patologica. Questa osservazione non scioglie però del tutto l'obiezione, perchè ci si potrebbe sempre domandare come e perchè nell'esame funzionale degli altri organi non si riscontrino nella stessa misura delle evidenti contraddizioni. Gli è perchè nei saggi dell'apparato cardio-vascolare concorrono numerosi fattori estranei che rendono necessariamente aleatori i nostri risultati; fattori estranei ben più numerosi che per l'esame degli altri organi a causa delle intime cor-

relazioni del sistema cardio-vascolare con gli altri sistemi, ove si consideri quello come il regolatore della nutrizione generale e secondo il quale, per essere il primo embriologicamente a svilupparsi, tutti gli altri organi sia dal lato morfologico che funzionale si confanno. In primo luogo intimi sono i legami tra cuore e vasi, apparato cardio-vascolare e respiratorio; che dire poi delle correlazioni tra cuore e metabolismo muscolare, tra cuore e ghiandole a secrezione interna, dell'influenza nociva che in tutte le prove ricordate si fa risentire da parte del diverso tono neuro-vegetativo, e peggio ancora da parte del sistema nervoso di relazione, vuoi per la diversa partecipazione individuale della volontà all'esercizio fisico, vuoi per la diversa soglia di eccitabilità psichica?

A parte, poi, l'errore legato alle correlazioni funzionali dell'organismo, c'è ancora quello in funzione della robustezza fisica, dell'abitudine, dell'allenamento, coefficienti individuali che faranno risentire la loro influenza maggiormente nelle prove funzionali dell'apparato cardio-vascolare che in quelle di altri sistemi organici, per il fatto di essere le prime fondate la più parte sul lavoro muscolare.

Molti di questi fattori estranei si possono eliminare e di ciò dirò a proposito della tecnica da me adottata per mettermi al riparo non fosse altro che dalle principali cause d'errore; molti altri rimangono purtroppo a frustrare i risultati delle nostre ricerche.

I requisiti di un metodo ideale.

Altro insegnamento che ho potuto ricavare dalla revisione delle varie prove è quello suggeritomi dai numerosi punti deboli che inficiano i risultati di un gran numero di esse; sono riuscito in tal modo a farmi una rappresentazione di quello

che è per me il metodo ideale. I requisiti principali di questo sono: esclusione fino al possibile delle più nocive cause d'errore, elaborazione del metodo in base ai punti essenziali rivelatori della energia latente del cuore, espressione numerica, praticità, obiettività.

A parte il primo requisito che sarà preso in considerazione in seguito, i punti essenziali rivelatori dell'energia latente del cuore sono, secondo la maggioranza degli AA., la frequenza cardiaca e quella respiratoria, e in modo particolare la prima.

Ho detto che un buon metodo dovrebbe ancora godere di una espressione numerica, che è quanto dire essere suscettibile di una determinazione quantitativa, in modo da potersi ricavare un indice di potenza cardiaca. L'utilità di questo indice si fa risentire non solo per ragioni ovvie di praticità, ma anche per la possibilità di esprimere attraverso la scala sigmatica il giudizio sintetico di gravità del distanziamento della norma, che è quanto dire se le rispettive eccedenze in più o in meno rispetto alla norma siano notevoli o trascurabili, gravi o leggere. E' evidente che molti dei metodi ricordati non possono avvantaggiarsi di questo utile requisito.

La praticità costituisce un'altra dote del metodo ideale, ed è certo un punto debole delle prove cardio-volumetriche fisiche e radiologiche, e in genere di quelle rese complicate da una tecnica strumentale.

Ovvia risulta l'importanza dell'obiettività delle ricerche: peccano di soggettivismo, per es., quegli autori che si basano sulle variazioni del volume del cuore desunte dalla percussione.

Il metodo da me adottato, ideato da Viola, risponde a tutti i requisiti e specie ai tre ultimi, espressione numerica, praticità, obiettività. Nessun Autore, a quanto io sappia, si è preoccupato di dar-

ci una espressione sintetica del metodo adottato; pertanto ogni singolo esame andrebbe giudicato analiticamente nei suoi elementi, perdendo di mira la sintesi della funzione. Questo bisogno è stato sentito da Viola, il quale ha cercato di trasportare nel campo funzionale quella mentalità vigorosamente logica che per via di analisi man mano risale alla sintesi, e che gli aveva permesso la definizione esatta dell'individuo nel campo morfologico. Non è difficile immaginare quale utilità deriverebbe dal possedere di ogni funzione un indice sintetico, sia nel campo costituzionalistico che clinico.

Tecnica delle ricerche.

Accingendomi alla illustrazione del mio lavoro dirò subito che esso consiste nella conta del polso:

- 1) nello stato di riposo a paziente seduto;
 - 2) subito dopo un esercizio fisico lieve;
 - 3) dopo 1' da esso (normalizzazione);
 - 4) subito dopo un esercizio fisico violento;
 - 5) dopo 1' da esso (normalizzazione);
- e nella conta del respiro:

- 1) nello stato di riposo a paziente seduto;
- 2) subito dopo l'esercizio fisico violento;
- 3) dopo 1' da esso.

Dopo 1' da entrambi gli esercizi ho eseguito altre valutazioni dei polsi e dei respiri fino a 10' per quanto esse non rientrino, come chiarirò in seguito, nell'elaborazione dell'indice; esse sono state da me eseguite allo scopo di realizzare dei quadri che mi ponessero sott'occhi l'andamento della prova in un modo più caratteristico e comprensivo.

Ho elaborato poi i risultati delle mie

indagini in base alla scala sigmatica, secondo il metodo statistico adottato da Viola, giungendo alla determinazione di un indice di potenza cardiaca (indice di Viola), che misura in gradi sigmatici la gravità dello scostamento individuale.

I casi da me esaminati sommano complessivamente a 48 e a 60 le valutazioni eseguite, avendone alcuni sottoposti a più valutazioni. Quasi tutti i soggetti studiati erano cardiopazienti (40) in istato di compenso, alcuni ricoverati in clinica, altri ambulanti. Ho esaminato ancora un gruppo di 100 individui normali, perfettamente omogeneo perchè costituito da soli soldati, per quanto provenienti da diverse regioni.

Nella tecnica delle mie ricerche ho cercato anzitutto di pormi nelle migliori condizioni di esame, tenendomi al riparo delle eventuali cause d'errore in funzione delle influenze estranee e particolarmente quelle psichiche, sicuramente evitabili. Perciò come atto preliminare ad ogni esame mi sono preoccupato di spiegare il perchè e il come la prova sarebbe fatta, tranquillizzando il paziente coll'assicurarne dell'innocenza di essa, ed esortandolo a tenersi distratto dalla misurazione. Ho posto attenzione a che l'ambiente in cui le ricerche venivano fatte fosse possibilmente tranquillo, in assenza di persone estranee. In secondo luogo non ho iniziato le prove se non dopo di aver fatto riposare il soggetto per almeno 10'. Ho cercato di evitare gli stimoli esterni, specie il freddo. Ho procurato acchè il paziente non avesse di recente mangiato, essendo ben note le modificazioni del polso consecutive alla digestione. La determinazione del numero dei polsi e dei respiri nello stato di riposo veniva ripetuta più volte sino ad ottenere valori sempre uguali. La conta del polso e del respiro veniva fatta sulla guida di un orologio contasecondi; i valori a riposo sono stati presi per un intero minuto o

mezzo minuto. Tra l'esercizio fisico lieve e quello violento ho atteso che il soggetto tornasse ai valori di partenza. Il primo esercizio consiste in 10 flessioni complete delle ginocchia in 10"; il secondo in una corsa sul posto della durata di 80" a velocità media. Subito dopo le flessioni o la corsa facevo sedere l'individuo, e misuravo la frequenza del polso per i primi 10" e quella del respiro per i primi 15", moltiplicando poi rispettivamente i valori ricavati per 6 o per 4. La ragione per cui non si attendeva per la conta un intero minuto è ovvia: dai limiti alti raggiunti subito dopo lo sforzo i polsi e i respiri vanno rapidamente rallentando. Le determinazioni dopo 1' si estendevano per mezzo minuto sia per la frequenza cardiaca che respiratoria.

Gli elementi presi in esame per la elaborazione dell'indice di potenza cardiaca sono 6, e cioè: il valore tachicardico subito dopo le flessioni (v. t. fl.) e dopo la corsa (v. t. c.), il valore residuo tachicardico dopo un 1' dalle flessioni (v. r. t. fl.) e dopo 1' dalla corsa (v. r. t. c.), il valore tachipnoico subito dopo la corsa (v. tpn. c.), il valore residuo tachipnoico dopo 1' dalla corsa (v. r. tpn. c.).

Tutti questi valori sono misurati in riferimento a quelli di partenza per semplice differenza; di essi si determina il grado sigmatico servendosi di opportune tabelle. La somma algebrica dei valori sigmatici divisa per 6 (numero degli elementi) costituisce, invertendo il segno, l'indice di potenza cardiaca, di cui si determina, sulle stesse tabelle, il corrispettivo grado sigmatico. Questo in condizioni normali è compreso tra + 2,99 e - 2,99 gradi sigmatici (circolo della variabilità normale: ,99 gradi sigmatici). I valori inferiori a - 2,99 si considerano come patologici; quelli superiori a + 2,99 si considerano come supernormali.

Es.: M. Carmine, a. 23, soldato, sano;
polso a riposo: 72;

- » sub. dopo 10 fless.: 84;
- » sub. dopo la corsa: 94;
- » dopo 1' dalle fless.: 52;
- » 1' dalla corsa: 59;

Respiro a riposo: 18;

- » sub. dopo la corsa: 20;
- » dopo 1' dalla corsa: 20;

da ciò risulta:

v. t. fl. = + 12: — 2 gradi sigmatici;
v. t. c. = + 22: — 2,50 gradi sigmatici;
v. t. p. c. = + 2: — 1 gradi sigmatici;
v. r. t. fl. = — 20: — 2 gradi sigmat.;
v. r. t. c. = — 13: — 1,75 gradi sig.;
v. r. t. p. c. = + 2: — 0,25 gradi sig.

La somma dei gradi sigmatici è:

— 10,50 (in questo caso tutti i gradi sigmatici hanno il segno —; se ve ne fossero stati alcuni col segno + essi si sarebbero assommati agli altri algebricamente); — 10,50 : 6 = — 1,75. Ind. di pot. card. (inver. il segno) = + 1,75 (servendosi della tabella si trova che + 1,75 corrisponde a + 3 gradi sigmatici). Per cui si scrive praticamente: ind. di pot. card.: + 3 gradi sigmatici.

I risultati degli esami praticati nel gruppo di 100 soggetti normali si possono riassumere nel modo seguente: sia dopo le flessioni che dopo la corsa il polso ritorna alla norma, o va sotto di essa, in un 1', per quanto la frequenza raggiunta con i due esercizi, lieve e violento, sia molto diversa. In 59 soggetti il polso dopo 1' da entrambi gli esercizi è sceso sotto il valore a riposo; in altri 21 ciò è avvenuto solo per le flessioni, e in 9 solo per la corsa. Come si vede, è più frequente che si vada sotto il valore di partenza che non al limite di esso. In 15 soggetti la frequenza cardiaca raggiunta subito dopo la corsa si è presentata inferiore a quella raggiunta subito dopo le flessioni; in altri 10 il numero dei polsi è stato uguale sia dopo l'uno che l'altro esercizio. Non ho riscontrato mai che il

polso subito dopo le flessioni o la corsa abbia conservato lo stesso numero di battute che a riposo, e tanto meno un rallentamento. Faccio però presente che quest'ultimo reperto subito dopo la corsa, già riscontrato in questa clinica in un gruppo di 300 soldati-studenti nella proporzione del 37,7 %, e che risulta anche dalle determinazioni di Rautmann, non va interpretato come fuori della normalità medica. Esso si spiega con la prevalenza di innervazione vagale del soggetto (Viola). Ciò che va sempre riferito a condizioni patologiche, e che pertanto non ho potuto mai riscontrare nell'esame dei miei 100 casi, è che il polso dopo 1' dalle flessioni, o dalla corsa, conservi lo stesso numero di oattute che subito dopo lo sforzo, o che magari lo superi. Il comportamento dei respiri è molto vario; non sempre il valore più alto è raggiunto subito dopo l'esercizio; il valore più basso, in genere, non corrisponde al 1' dopo lo sforzo, come succede per il polso, ma ai minuti successivi. Nella maggioranza dei casi dai valori alti raggiunti subito dopo lo sforzo si scende gradatamente fino a toccare al 10' il valore di partenza (39 per cento), oppure sopra (27 %) o sotto di esso (18 %). In 5 soggetti la frequenza respiratoria non ha subito alcun spostamento dal valore di partenza per tutta la durata della prova; e in 4, a cominciare dalla prima valutazione subito dopo lo sforzo, è andata sempre gradualmente diminuendo.

Venendo ora alla disamina dei casi nettamente patologici dirò che il valore dell'ind. di pot. card. è molto scarso. Infatti mi è successo molto di rado osservare dei casi in cui il grado sigmatico dell'indice eccedesse spiccatamente dalla norma in senso negativo. In altri termini non ho potuto constatare una netta concordanza tra le condizioni cardiache del soggetto e il grado sigm. dell'indice, per cui in un gran numero di casi, pur es-

sendo quelle sufficientemente gravi, questo o rientrava nel circolo dalla variabilità normale, o se ne scostava, in senso negativo, molto lievemente, così da non poter denunciare in modo evidente l'insuff. miocard. Qualche volta l'indice figurava con grado sigm. fortemente positivo (super normale!) in soggetti con insufficienza card. manifesta. Ciò si può spiegare facilmente quando si pensi che nei cardiopazienti al limite dello scompenso si parte per lo più da valori del polso e respiro a riposo molto alti, per cui, dopo l'esercizio fisico, l'aumento di frequenza non può essere così eccessivo da pesare sull'elaborazione finale dei dati in modo da portare il grado sigm. dell'indice verso valori fortemente negativi e cioè di significato patologico (al di sotto di — 2,99 gradi sigmat.). L'aumento di frequenza cardiaca, e lo stesso dicasi di quella respiratoria, non può eccedere certi limiti; non vi è, in altri termini, un netto parallelismo tra lo stato funzionale del miocardio e la frequenza del polso e dei respiri, quando, ben s'intende, si voglia trasferire queste indagini nel campo nettamente patologico. I vari tentativi da me fatti per indurre delle opportune correzioni nell'elaborazione dei dati non sono valsi ad accrescere il valore clinico dell'indice. L'importanza di questo si fa invece risentire nei casi lievemente patologici, ciò che ha un particolare interesse nella pratica assicurativa. Infatti in questo campo succede di rado di avere a che fare con soggetti al limite del compenso, ed anche in questo caso è difficile che non vi siano presenti altri sintomi rilevabili con i sussidi della semeiotica fisica. E' invece nei soggetti apparentemente normali che l'importanza dell'indice si fa risentire, sia perchè si parte da valori a riposo pressochè normali (i quali invece sono generalmente alti nei soggetti al limite dello scompenso) per cui la reazione allo sforzo può es-

sere più nettamente patologica, sia perchè è appunto in questi soggetti che le prove funzionali possono mettere in evidenza dei dati patologici non altrimenti rilevabili. D'altra parte non si deve presumere che per giudicare un cuore insufficiente allo sforzo il grado sigmatico dell'indice si porti sempre e decisamente al di sotto di — 2,99 gradi sigmat., perchè, ripeto, è già molto difficile in condizioni nettamente patologiche che ciò succeda; basta che il grado sigmatico si avvicini verso l'estremo negativo del circolo della variabilità normale. Ciò, naturalmente, non può significare che il soggetto in esame sia senza alcuna riserva un malato di cuore, ma è un campanello di allarme importantissimo per richiamare la nostra attenzione sullo stato del miocardio in modo da affinare gli altri metodi di indagine. In pratica il sospetto di cattiva funzionalità miocardica si può considerare incominci da un indice con grado sigmat. inferiore a — 2. Riporto un calcolo esemplificativo delle probabilità con cui in 100 soggetti sani, pressapoco della stessa età, si può verificare uno scarto di un qualsiasi carattere compreso in singole zone della scala sigmatica:

tra 0 e $\pm 0,99$	le probabilità sono del 34,14 %.
» ± 1 » $\pm 1,99$	» » 13,59 %.
» ± 2 » $\pm 2,99$	» » 2,15 %.
» ± 3 » infinito	» » 0,12 %.

Come appare chiaro, è molto raro che in un soggetto normale si trovi un qualsiasi carattere, e quindi anche l'ind. di pot. card. con grado sigmat. inf. a — 2.

La bontà di questa prova funzionale è nella sua estrema facilità e semplicità, per cui l'esecuzione e la elaborazione dei dati non richiede che pochi minuti. Essa può essere perciò facilmente adottata nella pratica delle assicurazioni vita, sia nelle visite mediche di assunzione, sia, e specialmente, nelle visite di controllo

per l'apparato cardiovascolare. Per ragioni di opportunità si può eliminare l'esercizio della corsa e la conta dei respiri, riducendo la prova al solo esercizio delle flessioni con la conta dei polsi subito dopo lo sforzo e dopo 1' da esso. In tal modo gli elementi per la elaborazione dell'indice saranno 2 invece di 6, e cioè: il val. tachic. sub. dopo le fless. (v. t. fl.) e il valore res. tachic. dopo 1' dalle flessioni (v. r. t. fl.). Naturalmente in questo caso la somma dei gradi sigmat. viene divisa per 2 invece che per 6. Con ciò non si viene ad alterare sostanzialmente la prova proposta dal Viola, la cui genialità non sta tanto nella prova in sè e per sè, ma nella elaborazione statistica dei dati. Con l'eliminazione dell'esercizio della corsa e della conta dei respiri si viene solo a semplificare la prova ma non ad alterare il calcolo sigmatico il quale può essere fatto su quanti elementi si vuole (io, per es., ho calcolato l'indice in base a 10, 12, 16 elementi). Importante è solo che la somma dei gradi sigmatici venga divisa per il numero degli elementi, e, ben s'intende, che per ogni elemento preso in considerazione sia stata già elaborata una scala sigmatica che possa servire di tabella. L'eliminazione della conta dei respiri, oltre che per semplificare il metodo è suggerita dalla sua scarsa utilità, come mi sono potuto convincere in base a varie considerazioni che qui non riporto per brevità di spazio. Con tali semplificazioni non si verrebbe ad aggravare il lavoro dei medici fiduciari, i quali continuerebbero ad eseguire, come per l'innanzi, la prova delle flessioni, che invece di 5 sono portate a 10.

Il procedimento nella pratica delle assicurazioni vita si può ridurre praticamente al seguente: durante il tempo necessario per raccogliere i dati anamnestici il soggetto è invitato a sedere; questo riposo è sufficiente per la stabilità del

polso. Si prende così il polso a riposo per almeno mezzo minuto (moltiplicare per due) ed eventualmente per 2-3 volte ricavando la media; poi si fanno compiere 10 flessioni in 10" nel modo anzidetto. Si ritorna immediatamente alla posizione seduta e si conta il polso per i primi 10" (moltiplicare per 6). Si ottiene in tal modo il val. tachic. sub. dopo le fless. (v. t. fl.) misurato in riferimento al valore di partenza per semplice differenza. Dopo 1' si riconta il polso per 30" (moltiplicare per 2) ricavando con lo stesso sistema il val. resid. tachic. dopo 1' dalle fless. (v. r. t. fl.). A questo punto finisce il lavoro clinico e comincia il lavoro statistico il quale si esegue in pochi minuti con l'aiuto di opportune tabelle. Mentre il lavoro clinico verrebbe affidato al medico che fa la visita, il lavoro statistico spetterebbe ai centri sanitari dove ha luogo la revisione dei certificati di assunzione. Sui comuni moduli del servizio sanitario potrebbe essere adottata la prova in oggetto con il seguente questionario:

Polso a riposo (1)

Polso dopo 10 flessioni sulle ginocchia eseguite in 10" (2).....

Polso dopo 1' dalle fless. (3).....

Nella revisione dei moduli il lavoro da farsi è molto semplice e si procede secondo lo specchietto esemplificativo innanzi esposto. A calcoli ultimati si ricava un numero che è il grado sigmat. dell'indice di pot. card. di Viola. Questo numero si riporta sul mod. S. S. 47 con la dicitura: ind. di pot. card.: (per es.: + 1,75 gradi sigmat. — adottando la lettera greca).

Qual'è in pratica assicurativa il signi-

(1) Contare i polsi per almeno 30" moltiplicando per 2; prendere 2-3 valori e fare la media. (2) Contare i polsi per i primi 10" moltiplicando per 6. (3) Contare i polsi per 30" moltiplicando per 2.

ficato che bisogna dare a questo numero? Se esso è positivo siamo nella normalità; se è negativo al di sotto di $-2,99$ siamo sicuramente in condizioni patologiche. Ma praticamente, come è stato detto precedentemente, un indice inferiore a -2 gradi sigmat. si può considerare molto sospetto in modo da suggerire un affinamento dei mezzi di indagine per l'accertamento diagnostico. Se la visita medica ha luogo presso i centri sanitari è opportuno che il medico che ha riscontrato un indice inferiore a -2 gradi sigmat. espleti tutti gli altri mezzi diagnostici atti ad acclarare le condizioni del cuore del soggetto in esame; similmente un indice inferiore a -2 gradi sigmatici risultanti dal Mod. S. S. 47 può suggerire una visita di controllo.

La sostituzione dell'ind. di pot. card. di Viola alla consueta prova delle cinque flessioni finora adottata, ha lo scopo di esprimere l'efficienza funzionale del cuore con un numero il quale indica se le rispettive eccedenze in più o in meno rispetto alla norma sono notevoli o trascurabili, gravi o leggere. Dire, per es., che il polso dopo l'esercizio fisico si è portato da 72 a 90 e dopo 1' è tornato a 72, non soddisfa appieno perchè appunto quello che si vuol sapere è se la reazione è nei limiti della variabilità normale ($\pm 2,99$ gradi sigmat.) e in quale zona di essa (se, cioè, è nella zona media o in quella estrema: in quest'ultimo caso il sospetto di cattiva funzionalità cardiaca incomincia da -2 gradi sigmat.), oppure fuori di essa nel campo nettamente patologico.

La adozione di questo metodo nella pratica delle assicurazioni vita è suggerita dalla sua utilità e praticità: è semplice e rapido nella esecuzione e nella elaborazione dei dati (la quale ultima può essere affidata al personale assistente),

esprime con un sol numero lo stato funzionale del miocardio, per così dire a colpo d'occhio; d'altra parte tale adozione ha un significato scientifico: infatti il metodo di Viola non si può, purtroppo, considerare come perfetto, specialmente se applicato nei casi nettamente patologici, e presenta, come mi son potuto accorgere in base a varie considerazioni che qui non riporto per brevità di spazio, dei punti deboli, sia nel metodo di esame, che nella elaborazione dei dati; per tale ragione l'adozione di questa prova nella pratica delle assicurazioni vita permetterebbe, attraverso una applicazione in larghissima scala, di metterne in rilievo le deficienze, adducendovi le opportune modificazioni. In tal modo si raggiungerebbe il doppio scopo di dotare la medicina assicurativa di una perfetta prova funzionale del cuore e di contribuire al progresso scientifico in questo campo specifico di indagini funzionali, in cui il terreno è, si può dire, quasi vergine, se non nei tentativi, almeno nei risultati.

La medicina assicurativa, avendo un vastissimo campo di osservazioni, può e deve integrarsi in quell'ideale supremo, al di fuori di ogni contingenza e circoscrizione, che è la scienza medica intesa nel suo più vasto significato.

AUTORIASSUNTO

L'autore, dopo essersi soffermato sull'importanza delle prove funzionali in genere e specie di quelle dell'apparato cardiovascolare in clinica e in modo particolare nella medicina assicurativa, fatta una rapida rassegna e critica delle prove funzionali del cuore finora adottate, descrive un nuovo metodo (indice di potenza cardiaca di Viola semplificato) di cui propone l'adozione nella pratica delle assicurazioni vita.

Contributo allo studio della insufficienza epatica

Dott. GIUSEPPE CURIONE

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

Ho intrapreso uno studio con reazioni di laboratorio semplici e praticabili nel nostro campo per apportare un utile contributo alla clinica e vagliare i casi di insufficienza epatica non solo gravi, con compromissione intensa della cellula epatica, ma anche lievi in cui un esame clinico anche se accurato riesce negativo.

Le ricerche sulla efficienza del fegato in medicina assicurativa sono della massima importanza poichè svelano non solo alterazioni conclamate della ghiandola epatica accompagnate da un palese corteo di sintomi ma anche le leggere insufficienze del fegato che si palesano con sintomi scarsi non bene inquadrabili nella sintomatologia delle epatopatie.

Se consideriamo le multiforme attività del fegato e la sua funzione, digestiva, glicoregolatrice, antitossica, emopoietica ci convinciamo della enorme difficoltà che hanno incontrato gli studiosi nel ricercare varie prove di laboratorio che ci avessero rivelato l'alterazione del parenchima epatico. Non è sempre facile date le intricate funzioni di quest'organo sceverare quanta parte a causare l'affezione epatica spetti al fegato e quanta all'azione o all'alterata funzione di altri organi che direttamente o indirettamente agiscono sulla cellula epatica influenzandone la funzionalità.

Sappiamo come le prime prove della funzionalità epatica si fanno risalire alla somministrazione di sostanze (glucosio, levulosio, santonina, benzoato di sodio, insulina) e con tali metodi si ottenevano delle curve e dei dati che a seconda della funzione epatica, e delle condizioni delle vie biliari potevano met-

tere in evidenza delle alterazioni più o meno intense del parenchima epatico.

Con la somministrazione di tali sostanze si studiava il potere glicogenetico del fegato (curve glicemiche, curva galattosemica).

La curva ammino-acidemica proposta dal BUFANO e praticata mediante iniezione endovenosa di glicocolle dovrebbe fornire dei dati sullo stato di efficienza epatica; ma queste prove che cito solo per completezza di argomento unitamente a quelle che seguono, oltre ad essere impraticabili nel nostro campo, poichè richiedono una preparazione del malato, forniscono dati imprecisi. Altra prova è la prova del VIDAL, o dell'emoclasia digestiva che consiste nella comparsa di una crisi emoclasica negli epatopazienti (leucopenia, ipotensione, aumento della coagulabilità del sangue, in seguito all'ingestione di 200 cc. di latte). Tale prova unitamente alle prove cromodiagnostiche fondate sul principio che il fegato assorbe dal sangue circolante sostanze ad esso estranee e le elimina con la bile (bile di metilene nelle vene e sua comparsa dopo un certo tempo nella bile secondo l'insufficienza del fegato) sono da escludersi poichè richiedono il sondaggio duodenale.

Anche le prove che studiano la funzione uropoietica e che stabiliscono il rapporto tra azoto ureico e azoto totale, tenendo presente che negli epatopazienti c'è una diminuita eliminazione di urea e un corrispondente aumento dell'eliminazione NH_3 sono prove lunghe, indaginose e prive di risultati attendibili. Queste prove che ho elencate

brevemente devono essere escluse dal nostro campo per ragioni di tecnica e perciò noi dobbiamo indirizzare le nostre ricerche a reazioni più semplici, facilmente praticabili, precise e che non importino eccessivo sacrificio da parte dell'assicurando se non un semplice prelievo di sangue.

Due importanti funzioni del fegato sono legate all'attività biligenetica, che consiste nella determinazione del ricambio emoglobinico mediante la prova di HIMANS VAN DEN BERG, e lo studio della composizione proteica del sangue in quanto che nelle alterazioni del parenchima epatico si verifica una inversione dei normali rapporti quantitativi dei componenti proteici e soprattutto un aumento delle globuline del siero in confronto delle albumine con abbassamento quindi del quoziente proteico albumine-globuline che nei normali è pari a 1,3 2,3.

Per studiare questo quoziente proteico abbiamo la reazione di TAKATA ARA che studiata per prima sul liquido cefalorachidiano fu introdotta da JETZER nello studio della funzionalità epatica; essa consiste nella flocculazione di un sale di mercurio aggiunto al siero in ambiente debolmente alcalino. L'esito positivo della reazione deve riportarsi all'aumento delle globuline più labili, euglobulina e pseudoglobulina in confronto delle altre globuline del siero.

Le due reazioni da me studiate per vagliare lo stato della funzione epatica sono rappresentate dalla reazione di UCKO che è una semplificazione della reazione di TAKATA ARA e la bilirubinemia o reazione di HIMANS VAN DEN BERG.

In un'altra seduta dello scorso anno io ed il Dott. CLAUSI presentammo una nota preventiva su tale reazione che basata sul principio della reazione di TAKATA ARA è stata introdotta da UCKO nella clinica, resa però più semplice, più

facilmente attuabile e che ci fornisce, anche secondo le mie ricerche, risultati attendibili non solo nelle epatopatie croniche ma anche nelle forme acute e nelle lievi insufficienze epatiche.

La tecnica è semplicissima: in 4 provette si versano 0,20 di siero in esame e si aggiungono soluzioni di bicarbonato di sodio a 0,36 % nella quantità di 0,10 nella prima, 0,15 nella seconda, 0,20 nella terza, 0,25 nella quarta; dopo avere agitato le provette si versa una soluzione di mercurio al 0,50 % nella dose di 0,10, 0,15, 0,20, 0,25 rispettivamente nella prima, seconda, terza e quarta provetta. La lettura si fa dopo un'ora e mezzo e i risultati possono essere vari:

1) il siero resta chiaro in tutte e quattro le provette o almeno in tre (reazione negativa);

2) precipitazione senza trasparenza nelle prime tre provette (reazione di primo grado che corrisponde ad una funzionalità epatica alterata lievemente);

3) precipitazione in tutte e quattro le provette ritardata (reazione di secondo grado corrispondente a funzionalità epatica gravemente alterata);

4) flocculazione massima e immediata in tutte le provette (reazione di terzo grado indice di lesioni epatiche gravissime (cirrosi epatica).

Tale reazione è considerata da vari autori semplice e tale effettivamente la si deve considerare presentando inoltre il pregio di dare risultati con sensibili differenze di intensità che corrisponderebbero alla graduale alterazione del parenchima epatico. Se la genesi di questa reazione è ancora oscura (pensando alcuni autori al rapporto albumina globulina, altri alle modificazioni di determinate globuline, altri ancora a modificazione del *Ph*) bisogna riconoscere che se anche l'accordo non è stato raggiunto tutti sono d'accordo nel ritenere che la

reazione UCKO è un indice attendibile dell'alterata funzionalità epatica.

Così il lavoro del COZZUTI di Milano ci dice come tale a. abbia trovato una positività di terzo grado in tutti i malati di cirrosi, di secondo negli affetti da epatite luetica e di primo negli altri casi.

A conclusioni simili sono giunti DI BENEDETTO, GUGLIELMINI e BRONZINI.

Ho iniziato le mie ricerche su un numero di individui sani che clinicamente non presentavano segni di sofferenza epatica, e nell'anamnesi non trapelava nessun sospetto di affezioni epatiche sofferte per il passato. Su 150 determinazioni praticate in questo senso ho constatato che si aveva nella lettura una chiarezza delle prime tre provettine restando torbida la quarta (reazione di negatività). Modificando però parzialmente il metodo e aggiungendo nelle provettine anzichè 0,10, 0,15, 0,20, 0,25 della soluzione di bicloruro di mercurio al 0,50 % una soluzione di bicloruro di mercurio al 0,25 % si nota una chiarezza nitida in tutte e quattro le provettine. In 75 casi di soggetti ritenuti normali a reazione di UCKO negativa la bilirubinemia è risultata negativa anch'essa tanto nella diretta quanto nella indiretta.

Dopo aver studiato questo gruppo di sani ho esteso le ricerche agli epatopazienti e devo alla cortesia dei colleghi Dottori Romeo e Bolognese se mi sono stati forniti i sieri degli epatopazienti con la diagnosi clinica e le notizie anamnestiche.

Risultati. — 1) In 6 casi di cirrosi epatica positività netta di terzo grado.

2) In due casi di epatiti luetiche clinicamente e sierologicamente accertate reazione di primo e secondo grado.

3) In 10 casi di fegato da stasi in cardiopatici alcuni compensati altri in fase di scompenso, reazioni di primo, secondo e terzo grado secondo l'entità della lesione epatica.

4) In 5 casi di ittero catarrale semplice reazioni di primo grado.

5) In 2 casi di angiocolite reazioni di primo grado.

In tutti i pazienti con lesioni gravi del fegato reazione di HIMANS VAN DER BERG positiva. Nei casi di ittero semplice e di angiocolite reazione della bilirubinemia positiva.

6) In pazienti affetti da altre malattie (colite, morbo di Basedow, artrite cronica, scompenso cardiaco lieve senza epatomegalia, le due reazioni hanno dato risultato negativo.

Riassumendo, in individui sani la reazione di flocculazione di UCKO dà risultati negativi con siero chiaro in tutte le provette; negli epatopazienti con lesioni lievi della cellula epatica (ittero catarrale, angiocolite) mentre la reazione della bilirubinemia è nettamente positiva la reazione di UCKO dà o una reazione di primo grado o è negativa.

Negli epatopazienti con alterazioni avanzate della cellula epatica (epatiti luetiche, cirrosi atrofiche e ipertrofiche, fegato da stasi) reazione intensamente positiva con flocculazione rapida e totale.

Nelle altre affezioni quei pochi casi che ho potuto studiare, colite, Basedow, artrite cronica, reazioni negative.

Concludo, che se da queste prime mie ricerche non si possono trarre delle conclusioni definitive, i risultati sono incoraggianti; estendendo quindi le ricerche ad un numero più grande di casi, mediante la collaborazione dei colleghi, questa reazione può essere praticata sia sui sani che su individui che presentano una epatomegalia o disturbi vaghi dell'apparato digestivo, spia alla diagnosi di lieve insufficienza epatica.

In tali casi praticando la bilirubinemia e la reazione di UCKO si può diagnosticare o escludere una lesione della cellula epatica e vagliare quindi più attentamente il rischio assicurativo.

Varie**L'andamento della mortalità per cardiopatie in Italia**

Dott. PIETRO CIATTI.

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

Dal materiale statistico esistente si può approssimativamente concludere che in Italia e in altri Stati di analogo livello sociale la mortalità, nel periodo che va dal 1650 al 1880, non abbia avuto sensibili variazioni se si escludono dall'esame gli anni di guerra e di violente epidemie. Da quanto si può inferire esaminando la tavola di Ulpiano possiamo anche ritenere che per migliaia d'anni la mortalità in Europa sia stata abbastanza costante.

La diminuzione vera e propria della mortalità s'inizia invece col 1800 e va, ancora oggi, continuando notevolmente.

Ho voluto, in questa breve rassegna, studiare, in questi ultimi 37 anni, il comportamento della mortalità per malattie del cuore in Italia.

L'importanza sociale delle cardiopatie è rilevabile attraverso i dati statistici che ci dimostrano come un numero rilevante d'individui vengano, in ogni anno ed in ogni Nazione, ad essere sottratti alle forze produttive della collettività arrecando così un manifesto danno economico-sociale sia che si consideri l'uomo, nei confronti della società, un capitale che di conseguenza viene ad essa a mancare, sia che si consideri l'uomo ammalato una passività per la società stessa in cui egli vive o un'attività economica in dissolvimento.

I dati però sulla mortalità per cardiopatie non sono uniformi nei vari Stati; le differenze che si riscontrano non sono probabilmente tutte da attribuirsi a condizioni diverse di morbilità ma sono forse in parte dovute a sistemi

diversi di rilievi e ad errori. A prescindere dall'Italia, i cui dati riporterò per esteso nel seguito del lavoro, su 100.000 abitanti si ebbero nel Belgio 177, 199 e 201 morti per cardiopatie rispettivamente negli anni 1930-31-32, in Francia 151, 157 nel 1930-31, in Germania 122 nel 1932, in Grecia 47 e 52 nel 1930-31, in Gran Bretagna 249 nel 1932, in Irlanda 206 nel 1932, in Giappone 64, 64 e 59 nel 1930-31-32.

Ritengo che la conoscenza del comportamento della mortalità generale ed in particolare della mortalità per le singole forme morbose debba interessare vivamente anche il medico assicuratore in quantochè l'importanza di una malattia in A. V. è in stretto rapporto, oltre che con la sua frequenza come causa di morte, anche con l'influenza che su tale frequenza può esercitare la selezione medica.

Nel mio studio mi sono servito dei dati forniti dall'I. C. di Statistica riportati sui volumi sulla « Statistica delle cause di morte del Regno » negli anni considerati e sugli Annuari Statistici italiani. Alcune tavole che riporterò in esso sono state rilevate direttamente dai suddetti volumi mentre altre sono state da me costruite. I dati sulla composizione per età e per sesso della popolazione, mediante i quali ho calcolato alcuni quozienti di mortalità specifici nei diversi anni, sono stati da me ricavati dalle apposite tavole pubblicate dall'I. C. di Statistica.

Da oltre trent'anni, e questo lo dimostrano le statistiche, si osserva quale

importanza abbiano assunto le cardiopatie fra le cause di morte. Tenendo conto delle sole morti per malattie del cuore in senso stretto il totale dei deceduti per cardiopatie ascende in Italia, nel 1931 a 65.314, nel 1932 a 62.945, nel 1933 a 58.708, nel 1934 a 57.975, nel 1935 a 61.378, nel 1936 a 65.277, nel 1937 a 66.533. Da queste cifre grezze balza evidente quanto sopra ho detto. Ma però è pure evidente come il numero assoluto dei morti in genere abbia limitata importanza per un confronto nel tempo e serva solo a tracciare la classica curva ideata dal Lexis al fine di determinare la durata normale della vita.

Per poter avere una misura più esatta dell'andamento del fenomeno non ci possiamo evidentemente arrestare all'esame delle sole cifre assolute ma varrà meglio costruire dei rapporti di derivazione vale a dire dei quozienti di mortalità per cardiopatie che rispondono alla domanda: su 100.000 abitanti, quanti sono stati, in un anno, i morti per cardiopatia?

Dai quozienti di mortalità riportati nella tabella sottostante e calcolati per alcuni trienni dal 1900 al 1937 e dai numeri indici costruiti per facilitare il

confronto fra il grado di variazione dei vari quozienti attraverso il tempo è facile vedere come si sia avuto un massimo di mortalità nel 1910-12 con il 181,90, seguito subito dopo dal triennio 1920-22 con il 178,0. Da tale tabella si vede anche come la mortalità per cardiopatie nel 1935-37 sia diminuita, nei confronti del periodo base 1900-02 del 12 %, mentre la mortalità per tubercolosi e per tumori maligni, che pure viene riportata in tale prospetto, si dimostrano l'una diminuita rispettivamente del 49 % l'altra aumentata del 58 %. Non è lecito però arrestarsi, per un ancora più preciso studio della « forza » con cui un dato fenomeno si manifesta, ai quozienti precedentemente costruiti ma è necessario ricorrere a quozienti sempre meno generici. Si può, a tal uopo, seguire un procedimento analogo a quello che i demografi adottano per studiare la natalità col quale, anziché arrestarsi al quoziente che esprime quanti siano per esempio i nati vivi in un anno su 100.000 abitanti, costruiscono quozienti meno generici rapportando il numero dei nati vivi al numero delle donne in età feconda (15-44 anni) o meglio ancora rapportando i nati da madri di una determinata età al totale delle madri che appartengono, nel periodo studiato, allo stesso gruppo di età. A tal fine ho costruito una tabella nella quale ho riportato la mortalità media in diversi trienni dal 1900-02 al 1935-37 calcolata separatamente per i maschi e per le femmine, la quale dimostra quanto abbiano guadagnato i due sessi distintamente considerati dal 1900-02 al 1935-37 rispetto alle cardiopatie (11,60 % per gli uomini e 12,4 % per le donne), quale sia il vantaggio conseguito dal sesso femminile nei confronti del maschile per la tubercolosi (del 7 %) e, sempre limitandoci al confronto fra i due sessi, come, pur essendo

TAB. 1.

Mortalità per 100.000 abitanti, per malattie del cuore, per t. b. c., per tumori maligni.
(medie annuali dal 1900-1902 al 1935-1937)

Periodi	Malattie di cuore		T. b. c.		Tumori maligni	
	Quozienti per 100.000 abitan.	Num. indici 1900-02 = 100	Quozienti per 100.000 abitan.	Numeri indici 1900-02 = 100	Quozienti per 100.000 abitan.	Numeri indici 1900-02 = 100
1900-02	169,8	100	171,8	100	53,0	100
1910-12	181,9	107	161,3	94	65,7	122
1920-22	178,0	105	146,1	85	68,5	129
1930-32	158,7	91	108,0	63	72,2	136
1935-37	149,8	88	87,4	51	83,9	158

TAB. 2.

Mortalità secondo il sesso (per ogni 100 000 abitanti) per cardiopatie, tubercolosi, tumori maligni
(medie annuali dal 1900-02 al 1935-38)

TRIENNI	Quozienti per 100 000 abitanti						Numeri indici (1900-02 = 100)					
	Cardiopatie		Tubercolosi		Tum. maligni.		Cardiopatie		Tubercolosi		Tum. maligni.	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1900-02. . .	144,6	194,7	160,5	183,0	49,7	60,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1910-12. . .	159,3	204,6	156,9	167,4	59,0	72,6	110,2	105,1	96,5	91,5	129,1	120,6
1920-22. . .	157,0	198,1	141,8	150,3	64,9	73,2	109,0	101,7	88,3	82,2	140,0	121,6
1930-32. . .	135,9	174,8	106,0	109,0	70,2	74,2	94,0	89,8	66,0	59,6	150,0	123,2
1935-37. . .	127,9	170,9	87,6	87,2	81,7	86,0	88,4	87,6	54,6	47,6	178,7	142,8

considerevolmente aumentata la mortalità per tumori maligni nel periodo considerato sia per i maschi che per le femmine, le femmine abbiano presen-

mortalità del 1900-02, per i due sessi insieme considerati, ci dimostrano come tale mortalità vari, nei confronti di quella del periodo base, nei 37 anni pre-

TAB. 3.

Quozienti specifici di mortalità secondo l'età per malattie di cuore e rispettivi numeri indici.

Trienni	Quozienti per 100.000 abitanti									Numeri indici triennio 1900-02 = 100								
	0-4	5-9	10-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-00	0-4	5-9	10-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	66-00
1900-02	19,9	14,2	16,0	24,8	40,8	72,6	144,9	419,2	1609,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1910-12	25,3	12,7	16,0	26,1	41,0	77,2	150,5	418,7	1701,4	127,5	89,4	100,0	105,2	100,5	106,3	103,9	99,9	105,7
1920-22	31,7	13,5	17,5	23,9	35,4	63,4	136,2	383,5	1645,8	159,3	95,1	109,4	96,4	85,8	87,3	94,0	91,5	102,2
1930-32	6,9	7,4	12,4	16,2	24,9	47,6	104,7	311,5	1468,3	34,7	52,1	77,5	65,3	61,0	65,6	72,2	74,3	88,1
1935-37	6,9	7,7	11,8	15,5	24,2	44,8	96,8	289,0	1394,4	34,7	54,2	73,7	62,5	59,3	61,7	66,8	68,9	85,6

tato nel 1935-37 un minore aumento (42,8 %) nei confronti dei maschi (78,7 %) rispetto al periodo base 1900-1902.

Ritengo valga la pena considerare alcuni dati circa la mortalità per cardiopatia alle varie età della vita dal 1900 al 1937 calcolando i quozienti medi per diversi trienni. A tal uopo riporto la tabella 3 in cui i morti per malattie del cuore classificati per gruppi di età sono stati rapportati alla popolazione generale dello stesso gruppo di età. I numeri indici costruiti facendo uguale a 100 la

si in studio. Tale tabella rende anche evidente come, pur riscontrandosi una diminuzione della mortalità in ogni gruppo di età, la massima diminuzione di essa si sia verificata tra gli 0 e di 4 anni (65,3 %) mentre la minima si è avuta nelle età più avanzate (14,4 %) vale a dire oltre i 65 anni; un posto intermedio occupa il gruppo di età 25-34 anni con una diminuzione del 40,7 %.

Un esame ancor più particolare della tabella 3 fa rilevare come la mortalità per cardiopatie presenti un minimo fra gli appartenenti al gruppo di età 5-9

Quozienti specifici di mortalità per sesso e per età per malattie di cuore.
(Cifre proporzionali a 100.000 abitanti)

GRUPPI DI ETÀ	1900-02		1910-12		1920-22		1931-32		1935-37	
	Medie annuali									
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0-4 . . .	21,3	18,4	26,8	23,7	34,3	29,0	6,8	7,1	7,0	6,7
5-9 . . .	13,0	15,5	12,3	13,1	12,8	14,2	7,0	7,7	7,0	8,3
10-14 . . .	14,1	19,2	14,1	18,0	15,5	19,5	10,8	14,0	10,4	13,2
15-24 . . .	22,5	27,1	24,8	27,4	24,4	23,5	15,0	17,4	14,1	16,9
25-34 . . .	30,9	50,2	33,4	47,7	32,0	38,4	20,7	28,8	19,0	29,5
35-44 . . .	56,7	88,1	65,5	87,9	53,9	72,1	40,6	53,4	37,2	51,5
45-54 . . .	125,8	163,5	134,4	166,0	122,4	149,8	89,4	118,5	86,1	106,1
55-64 . . .	355,6	481,0	363,1	472,6	335,4	430,7	273,6	347,1	258,7	317,1
65-∞ . . .	1384,7	1830,7	1469,7	1927,7	1441,2	1843,9	1320,3	1603,9	1235,3	1536,8

anni nei trienni 1900-02, 1910-12, 1920-22 per poi andare ad aumentare in maniera graduale nei gruppi di età successivi. Nei trienni 1931-32 e 1935-37 invece la mortalità per malattie di cuore va aumentando fin dal gruppo di età 0-4 anni.

E' importante notare (tabella n. 4) come la mortalità dei maschi per malattia di cuore sia inferiore a quella delle femmine per la stessa causa (ciò che è possibile rilevare anche dalle statistiche dal 1887 al 1937) fatto in parte do-

vuto forse alla maggiore predisposizione delle donne a contrarre affezioni reumatiche. Infatti in 51 anni di osservazione solo in 11, e cioè nel 1907, dal 1909 al 1917 e nel 1919 il numero dei maschi morti per reumatismo articolare acuto è stato maggiore di quello delle femmine. Questo fatto della maggiore mortalità femminile per cardiopatie si verifica anche nei singoli gruppi di età eccettuato per gli appartenenti al gruppo di età 0-4 anni nei trienni 1900-02, 1910-12, 1920-22, 1935-37 e per gli ap-

Mortalità per le singole malattie del cuore dal 1931 al 1937.

A N N I	Quozienti per 1.000.000 di abitanti				Numeri indici 1931 = 100			
	Endocardite acuta	Endocardite cronica	Malattie del miocardio	Altre malattie del cuore	Endocardite acuta	Endocardite cronica	Malattie del miocardio	Altre malattie del cuore
1931	11	594	537	445	100,0	100,0	100,0	100,0
1932	10	558	514	379	90,9	93,9	105,0	85,2
1933	9	522	531	335	81,8	87,9	98,9	75,3
1934	10	491	536	329	90,9	84,0	99,8	73,9
1935	12	507	561	354	109,1	85,3	104,5	79,5
1936	13	543	585	378	118,2	91,4	108,9	84,9
1937	12	517	629	374	109,1	87,0	117,1	84,0

partenenti al gruppo di età 15-24 nel triennio 1920-22. I numeri indici costruiti dai quozienti di mortalità specifici per le singole cardiopatie e per gli anni 1931-37 dimostrano dal canto loro come si sia avuto nel 1937, nei confronti del periodo base 1931, un aumento del 9,1 % della mortalità per endocardite acuta e del 17,11 % per le malattie del miocardio e una diminuzione del 13 % della mortalità per endocardite cronica e del 16 % per le altre malattie del cuore.

La variazione che si osserva d'altra parte per la pericardite, come è illustrato dalla tabella 6, è del 20 % in più nel 1937 rispetto al 1931.

TAB. 6.

Mortalità per pericardite
(per 100.000 abitanti)

ANNI	Su di 100.000 di abitanti	Numeri indici 1931 = 100
1931	0,5	100,0
1932	0,4	80,0
1933	0,5	100,0
1934	0,4	30,0
1935	0,5	100,0
1936	0,5	100,0
1937	0,6	120,0

Ho voluto pure conoscere il comportamento della mortalità per singole cardiopatie e per gruppi di età. Mi sono spinto, in questa ricerca, fino al 1931 inquantochè, per la diversa classificazione nosologica adottata dall'I. C. S. non mi sarebbe stato possibile avere gruppi uniformi per causa di morte. Lo esame della tabella 7 sottostante dimostra come nel 1936, fatti uguali a 100 i quozienti del 1931, si sia avuta, per l'endocardite acuta, nei singoli gruppi di età, eccettuato il gruppo 70 Q, un aumento che si è dimostrato più alto nei gruppi di età più giovani, mentre

TAB. 7.

Quozienti specifici di mortalità per singole malattie di cuore e per gruppi di età e numeri indici

CLASSI DI ETÀ	Quozienti per 100.000 abitanti						Numeri indici 1931 = 100										
	Endocardite acuta		Endocardite cronica		Malattie del miocardio		Altre malattie del cuore		Endocardite acuta		Endocardite cronica		Malattie del miocardio		Altre malattie del cuore		
	1931	1936	1931	1936	1931	1936	1931	1936	1931	1936	1931	1936	1931	1936	1931	1936	
0-9	7,51	10,55	37,98	32,81	5,74	9,06	15,14	20,08	100,00	140,5	100,00	86,4	100,00	100,00	100,00	157,8	75,6
10-19	9,55	12,66	91,92	89,05	9,55	7,60	20,13	24,68	100,00	132,6	100,00	96,9	100,00	100,00	100,00	79,6	81,56
20-29	9,94	11,57	123,60	124,12	21,17	23,83	41,20	41,20	100,00	116,4	100,00	100,4	100,00	100,00	100,00	112,6	100,00
30-39	11,71	14,42	199,65	197,27	48,89	54,77	78,63	72,97	100,00	123,1	100,00	98,8	100,00	100,00	100,00	112,0	92,8
40-49	12,09	12,52	342,99	339,60	157,17	166,50	178,44	150,91	100,00	108,5	100,00	99,0	100,00	100,00	100,00	105,9	84,6
50-59	9,58	10,84	731,22	680,60	523,55	557,33	503,26	398,10	100,00	113,1	100,00	98,1	100,00	100,00	100,00	106,4	79,1
60-69	14,62	17,87	2223,21	1962,46	2005,02	2112,72	1581,74	1315,84	100,00	122,2	100,00	88,3	100,00	100,00	100,00	105,4	88,2
70-Q	25,92	24,93	6440,39	5505,46	7695,79	8076,55	4880,76	5882,00	100,00	96,2	100,00	85,5	100,00	100,00	100,00	104,9	82,1

si è avuta nel 1936 nei confronti del 1931 una quasi costante diminuzione della mortalità per i gruppi nosologici endocardite cronica ed altre malattie del cuore. Il gruppo malattie del miocardio, parimenti che l'endocardite acuta, dimostra un quasi costante aumento nel 1936 fatto uguale a 100 il 1931.

Riportandoci ora in modo particolare alla Tab. 5 viene spontaneo chiedere: quale la causa dell'aumento della mortalità complessiva per malattie del miocardio? Tale aumento ritengo non possa, in linea generale, essere attribuito alle malattie da infezione inquantochè la mortalità per esse, sifilide compresa, si dimostra in costante diminuzione. Ritengo che l'aumento delle miocardiopatie sia da imputarsi invece, con probabilità, all'invecchiamento della popolazione dimostrato dalla seguente tabella 8 calcolata per gli anni 1931-36 e tolta da un lavoro del Savorgnan sulla « Struttura per età della popolazione italiana e le sue variazioni dal 1931 al 1936 ».

TAB. 8

	1936	1931
1/4 della popolazione ha una età inferiore ad anni . . .	12,3	11,9
1/2 della popolazione ha una età inferiore ad anni . . .	26,8	25,8
3/4 della popolazione ha una età inferiore ad anni . . .	44,9	44,6

Questa ipotesi potrebbe forse venir confermata dal fatto noto che le malattie del miocardio colpiscono con maggiore intensità le classi di età più vecchie e dal fatto che il miocardio col decorrere degli anni si modifica per condizioni fisiopatologiche proprie e per quelle creategli, nel corso della vita, da lesioni di altri organi e di altri sistemi.

Ritengo a tal proposito possa esistere una relazione diretta tra aumento di mortalità per miocardiopatie ed aumento della mortalità per arteriosclerosi (ved. tabella 11) inquantochè è all'arteriosclerosi ed in particolare alla sclerosi delle coronarie che si deve una parte importante nella genesi delle miocarditi, sia in modo diretto sia in modo indiretto attraverso turbe dell'idraulica sanguigna (arteriosclerosi renale ecc.).

La mortalità per cardiopatia studiata nel Regno, nei vecchi confini per i singoli compartimenti, appare nelle linee generali diminuita a confronto di quella del periodo base 1900-02, eccezione fatta del Piemonte, Liguria, Sicilia, e Sardegna che hanno segnato nel 1935-1937 un aumento oscillante dall'1 al 17 per cento. Se si volesse poi vedere in quale compartimento la mortalità per cardiopatie sia diminuita in misura maggiore in questi ultimi anni (ed in tale esame non vengono da me considerati i compartimenti della Venezia Giulia e della Venezia Tridentina) vi sarebbe da dire che le Marche e la Toscana hanno visto ridursi il numero dei morti per cardiopatie in misura maggiore di altri compartimenti.

Facendo uguale a 100 la mortalità media del Regno nel 1900-02 si osserva che in questo triennio presentarono, in ordine progressivamente decrescente, una mortalità superiore alla media il Piemonte, la Campania, le Marche, la Liguria e la Lucania mentre nel triennio 1935-37, sempre in ordine progressivamente decrescente e facendo uguale a 100 la mortalità media del Regno nello stesso triennio, presentarono una mortalità superiore alla media il Piemonte, la Venezia Tridentina, la Liguria, la Lombardia, la Campania, gli Abruzzi e Molise e la Lucania.

Le cifre sopra riportate dimostrano

Numeri indici della mortalità per cardiopatie calcolati per singole Regioni del Regno.

COMPARTIMENTI E REGNO	NUMERI INDICI									
	Triennio 1900-02 = 100				Mortalità del Regno = 100					
	1910-1912	1920-1922	1930-1932	1935-1937	1900-1902	1910-1912	1920-1922	1930-1932	1935-1937	
Piemonte	113	112	102	101	124	131	132	140	142	
Liguria	108	111	105	104	107	108	113	124	126	
Lombardia	105	101	87	87	116	114	112	111	115	
Venezia Tridentina .	—	—	—	—	—	—	—	128	139	
Veneto	107	100	90	86	92	92	89	92	91	
Venezia Giul. e Zara	—	—	—	—	—	—	—	77	85	
Emilia	102	98	87	80	97	92	91	94	88	
Toscana	87	91	77	72	107	87	93	92	88	
Marche	103	102	74	67	112	107	109	91	85	
Umbria	105	104	84	79	105	104	104	98	95	
Lazio	104	100	86	80	87	85	83	83	79	
Abruzzi e Molise .	111	112	100	92	102	105	109	113	106	
Campania	101	93	80	78	123	115	109	109	109	
Puglie	115	111	101	98	81	87	86	90	90	
Lucania	107	114	90	86	106	106	115	106	104	
Calabrie	111	123	95	98	85	89	100	90	94	
Sicilia	132	135	114	117	63	78	82	80	84	
Sardegna	138	129	105	114	56	72	69	65	72	
Regno	vecchi confini	107	105	91	88	100	100	100		
	attuali confini								100	100

a sufficienza l'entità numerica dei decessi per malattie di cuore in Italia e quale minore guadagno si sia avuto, non ostante i miglioramenti sanitari di questo ultimo trentennio, nella mortalità per cardiopatie nei confronti a quanto si è ottenuto per la T. B. C. rispetto all'anno 1900-02 preso come base.

Dalle statistiche delle cause di morte è possibile altresì rilevare come la mortalità per malattia del cuore e dei vasi insieme considerate sia invece aumentata dal 270 su 100.000 abitanti quale si aveva nel 1890 al 324 su 100.000 abitanti quale si aveva nel 1935. Non po-

tendo, mancandomi l'uniformità dei dati per la diversa nomenclatura nosologica adottata all'I. C. S. prima del 1931, spingere le mie ricerche anteriormente a questo anno, ho studiato, nel settennio 1931-37 la mortalità per malattie dello apparato circolatorio, emorragie, trombosi, embolie cerebrali comprese.

La tabella 10 dimostra come essa sia andata aumentando dal 1931 al 1937 con massimo nel 1936.

Una analisi più dettagliata circa il comportamento della mortalità per i singoli gruppi nosologici dimostra invece come nel 1937 sia diminuita del

TAB. 10.

Mortalità per malattie dei vasi.

ANNI	Su 1.000.000 di abitanti	Numeri indici 1931 = 100
1931	166,86	100,00
1932	179,06	108,23
1933	171,31	102,97
1934	171,51	103,09
1935	180,43	108,45
1936	182,98	109,99
1937	176,69	106,39

2,40 % la mortalità per le emorragie trombose ed embolie cerebrali, del 25 % la mortalità per aneurismi, mentre dimostra come sia aumentata del 35,4 % la mortalità per affezioni delle arterie coronarie, dell' 84,1 % la mortalità per arteriosclerosi e del 18,4 % la mortalità per le altre affezioni dell'apparato vascolare.

Ritengo che pure l'aumento spiccato della mortalità per arteriosclerosi come per le malattie del miocardio, si possa probabilmente ascrivere all'invecchiamento della popolazione.

E' infatti noto che la più comune delle malattie delle arterie nella vecchiaia

è l'arteriosclerosi che domina tanta parte della patologia senile.

Si può così pensare che l'aumento verificatosi nella mortalità per malattie dell'apparato cardio vascolare sia da imputarsi all'aumento della mortalità per affezioni dei vasi.

I pochi dati da me riportati e da me elaborati dimostrano sì, all'evidenza, come il numero dei soggetti morti per cardiopatie sia grande, ma dimostrano anche, e questo mi sembra opportuno ripeterlo, contrariamente a quanto è stato affermato da taluni Autori in Italia ed all'estero, come la mortalità per cardiopatie sia andata nel complesso diminuendo; tale diminuzione è stata riscontrata pure dal Winternitz fra gli assicurati della « Metropolitan Life » e dal Dott. Starna fra i morti per cardiopatia nel Regno. La tabella 12 dimostra infatti la diminuzione riscontrata dal Winternitz dal 1911 al 1935.

Altrettanto invece non si può dire per le affezioni del cuore e dei vasi insieme considerate che, come dimostra la tabella riportata, presenta in Italia valori crescenti fino al 1937.

Ricerche condotte in seno alle varie Compagnie di Assicurazioni mettono in

TAB. 11.

Mortalità per affezioni vascolari dal 1901 al 1937 (media annuale)

ANNI	Quozienti per 1.000.00 di abitanti					Numeri indici 1931 = 100				
	Emorragie cerebrali e trombose	Affezioni delle arterie coronarie e angina di petto	Aneurisma	Arteriosclerosi	Altre affezioni	Emorragie cerebrali e trombose	Affezioni delle arterie coronarie e angina di petto	Aneurisma	Arteriosclerosi	Altre affezioni
1931 . . .	137,1	6,5	2,0	17,0	3,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1932 . . .	137,2	7,9	2,0	28,3	3,8	100,1	121,7	100,0	166,5	100,0
1933 . . .	131,7	7,5	1,0	28,6	3,6	96,1	115,4	50,0	168,2	94,7
1934 . . .	128,1	7,5	1,8	28,7	3,2	93,4	115,4	90,0	168,2	84,2
1935 . . .	134,4	8,3	1,8	31,8	4,2	98,8	127,7	90,0	187,0	110,5
1936 . . .	134,7	8,8	1,7	33,9	4,1	98,2	135,4	85,0	199,4	107,9
1937 . . .	133,0	8,8	1,5	31,3	4,5	97,6	135,4	75,0	184,1	118,4

TAB. 12

Mortalità per malattie di cuore su 100.000
esposti al rischio della Metropolitan Life

Anno	Mortalità	Anno	Mortalità
1911	154,7	1924	134,4
1912	157,1	1925	138,7
1913	155,1	1926	146,0
1914	152,5	1927	141,0
1915	148,2	1928	149,6
1916	154,1	1929	151,2
1917	158,4	1930	143,7
1918	156,5	1931	142,7
1919	124,9	1932	144,0
1920	125,3	1933	145,8
1921	121,0	1934	145,5
1922	131,1	1935	138,6
1923	138,7		

evidenza come le malattie del cuore occupino uno dei primi posti tra le cause di morte degli assicurati. La « Metropolitan Life », sui cui assicurati Winternitz eseguì le sue ricerche, ebbe 75.345

sinistri per sole malattie organiche del cuore su di un totale di 634.499 decessi, vale a dire le cardiopatie rappresentavano l'11,9 % del totale dei morti. Per la liquidazione di tali sinistri la Compagnia versò 1/7 della somma complessivamente versata vale a dire circa 9.000.000 di dollari.

Presso l'I.N.A., e le cifre per il decennio 1927-36 lo dimostrano, su 14.803 sinistri per tutte le cause, le morti per cardiopatia ammontanti a 961 rappresentano il 6,49 %.

Questi dati dimostrano la necessità che il medico di assicurazione rivolga la sua attenzione alle statistiche sulle mortalità per malattie del cuore perchè è da esse che egli potrà trarre elementi per un giudizio prognostico e potrà quindi stabilire dei criteri di valutazione di sopramortalità nei confronti dei soggetti normali.

E' solo infatti la statistica che può aiutare a formulare il prognostico approssimativamente esatto delle anomalie funzionali ed organiche a cui l'uomo può andar soggetto nel corso della vita.

Notiziario

Onorari nei casi di trasformazione di polizze.

Con la circolare n. 545 in data 3 giugno 1941 la Direzione Generale dell'I. N. A. ha ricordato a tutte le Agenzie Generali, che in casi di visite riflettenti trasformazioni di polizze, gli onorari medici, a carico degli assicurati, debbono da questi essere corrisposti prima della visita medica e consegnati dall'Agenzia stessa al medico fiduciario al momento della visita.

A questo proposito è superfluo ricordare ai medici che non debbono mai rilasciare quietanza senza aver riscosso l'onorario.

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

Durante il periodo ottobre 1939-giugno 1940-XVIII, sono state tenute presso la Di-

rezione generale dell'Istituto le abituali riunioni settimanali durante le quali sono stati presentati e discussi argomenti di notevole interesse nel campo della Medicina delle Assicurazioni Vita.

Riportiamo i titoli dei singoli temi trattati dai diversi relatori nelle singole riunioni.

18 ottobre 1939 - Dr. CLAUSI-SCHETTINI, *Alcune considerazioni sull'ulcera gastro-duodenale in A. V.*

26 ottobre - Dr. CIATTI, *L'emorragia cerebrale - Rilievi clinico-statistici.*

31 ottobre 1939 - Dr. BIASIOTTI, *Valore prognostico dell'uricemia e della prova di carico con acido urico per il saggio della funzionalità renale.*

10 novembre 1939 - Dr. CONFORTO, *Il problema patogenetico e prognostico dell'ipertrofia prostatica in A. V.*

17 ottobre 1939 - Dr. RICCIOTTI, *L'esplorazione radiologica dello scheletro toracico.*

24 ottobre 1939 - Dr. SULTANO, *L'esame del sedimento urinario.*

1° dicembre 1939 - Dr. STARNA, *Il trauma remoto in A. V.*

9 maggio 1939 - Prof. VELE, *L'ipertensione nell'oftalmoscopia e la retinite albuminurica.*

15 dicembre 1939 - Dr. CIATTI, *Qual'è la costituzione normale dell'assicurato?*

22 dicembre 1939 - Dr. BIASIOTTI, *I micro-metodi nella diagnosi della sifilide in A. V.*

29 dicembre 1939 - Dr. CURIONE, *Studio comparativo dei vari metodi oggi usati per il dosaggio della glicemia.*

5 gennaio 1940 - Dr. RICCIOTTI, *Pericolo dell'uso degli apparecchi radiologici.*

12 gennaio 1940 - Dr. CLAUSI, *L'ulcera gastro-duodenale.*

19 gennaio 1940 - Dr. STARNA, *L'allegato d'invalidità nelle polizze di A. V.*

25 gennaio 1940 - Dr. CIATTI, *Professione e costituzione.*

2 febbraio 1940 - Dr. CLAUSI, *L'ulcera gastro-duodenale in A. V.*

9 febbraio 1940 - Dr. BIASIOTTI, *Valore prognostico della ipercolesterinemia.*

16 febbraio 1940 - Prof. VELE, *L'iride e i suoi reliquati in medicina A. V.*

23 febbraio 1940 - Dr. CONFORTO, *Prognosi dei restringimenti post-bleonorragici in A. V.*

8 marzo 1940 - Dr. CURIONE, *Gli esami di laboratorio nello studio della funzionalità epatica.*

15 marzo 1940 - Dr. RICCIOTTI, *La micro-miografia.*

29 marzo 1940 - Dr. STARNA, *La valutazione dei rischi tarati col metodo quantitativo.*

5 aprile 1940 - Dr. SULTANO, *Le nefropatie mediche nella pratica assicurativa.*

12 aprile 1940 - Prof. VELE, *Lo strabismo in medicina A. V.*

19 aprile 1940 - Dr. BIASIOTTI, *Possibilità di applicazioni dell'interferometria in medicina A. V.*

26 aprile 1940 - Dr. CIATTI, *Le leggi di Mendel in rapporto all'A. V.*

3 maggio 1940 - Dr. CLAUSI-SCHETTINI, *Fistola anale e tubercolosi.*

10 maggio 1940 - Dr. CONFORTO, *Il rene mobile in A. V.*

17 maggio 1940 - Dr. CURIONE, *L'espettorato.*

24 maggio 1940 - Dr. RICCIOTTI, *Valore diagnostico e prognostico dell'ombra dell'ilo.*

31 maggio 1940 - Dr. SULTANO, *L'urobilinuria nella insufficienza epatica.*

7 giugno 1940 - Dr. STARNA, *L'ozena e il rischio in A. V.*

13 giugno 1940 - Prof. VELE, *La prognosi delle alterazioni oculari nelle malattie cerebrali.*

21 giugno 1940 - Dr. BIASIOTTI, *Rapporti tra uricemia e ipertensione arteriosa.*

28 giugno 1940 - Dr. CIATTI, *L'ereditarietà in alcune forme morbose e nella longevità.*

G.

Nomina.

Con recente decreto il comm. prof. Bruno De Mori, Vice Presidente del Consorzio Italiano Rischi Tarati è stato nominato Consigliere effettivo della Corporazione della Previdenza e del Credito ed è stato anche chiamato a far parte della Camera dei Fasci e delle Corporazioni in qualità di Consigliere Nazionale. A lui le nostre felicitazioni più vive per questo degno riconoscimento della sua alta competenza.

Nuptialia.

Il giorno 24 maggio, a Lecce il nostro Medico di Direzione Dr. ORONZO GUSTAPANE si è unito in matrimonio con la signorina Ada De Salvatore. Il giorno 14 giugno, in Roma il Dr. LUIGI GANGITANO, medico della Direzione, si è unito in matrimonio con la gentile signorina Maria Teresa Baldasserini. Nello stesso giorno il Dr. LUIGI RUBBICO ha condotto all'altare la signorina Maria Luisa Petraccone.

Alle coppie felici i nostri migliori auguri.

Ricompensa al valor militare.

Al nostro dott. CESARE FAVA, ferito sul fronte italo-greco, è stata concessa la medaglia di bronzo al valor militare con una lusinghiera motivazione. Congratulazioni vivissime.

Capitali delle polizze sinistrate esaminate dal servizio sanitario I. N. A. durante l'anno 1940-XVIII.

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	Portafoglio diretto e precost.		Collettive		Contratti in Cessione legali e Riassicurazioni attive		Popolari	TOTALI
	senza vis. med.		senza vis. med.		Capitali complessivi			
	con vis. med.	senza vis. med.	con vis. med.	senza vis. med.				
Ogni forma di t. b. c.	2.865.711	147.634	78.762	529.943	2.378.429	1.007.000	6.507.479	
Altre malattie infettive e parassitarie.	3.583.190	103.761	27.000	502.097	3.585.954	762.466	8.514.468	
Tumori.	6.700.312	194.533	640.691	877.644	7.256.892	965.976	16.636.048	
Aploppesie, trombosi	4.035.233	189.202	323.443	322.202	5.381.874	660.214	10.911.668	
Malattie del sistema nervoso.	1.228.795	41.488	73.697	152.750	1.389.319	293.927	3.179.976	
Malattie dell'apparato circolatorio	13.726.992	430.267	894.903	663.950	8.063.141	1.140.659	24.919.912	
Malattie dell'apparato respiratorio	8.896.547	186.598	287.694	747.463	11.315.575	1.358.070	22.741.947	
Malattie dell'apparato digerente.	6.117.902	315.354	174.447	672.462	4.836.723	670.814	12.787.792	
Malattie dell'apparato genito-urinario	4.100.006	68.871	198.414	327.451	2.835.736	489.245	7.919.723	
Suicidi	820.374	3.986	28.159	165.447	2.026.926	122.475	3.167.276	
Malattie violente e accidentali	3.222.441	119.873	462.085	1.769.069	5.463.127	620.799	13.657.394	
Altre cause di morte	4.556.950	196.694	560.069	945.403	5.892.968	669.543	12.721.627	
TOTALI	59.254.354	1.998.261	3.699.364	9.675.881	60.376.254	8.761.188	143.765.301	

Note ed appunti**METEOROPATIA.**

Secondo Baldani (« La Meteorologia pratica ») le meteoropatie non sono altro che disturbi causati dal tempo e dalle variazioni di clima, onde tutto si riduce a cercare i relativi rapporti e specialmente quelli tra la radiazione e la vita umana. Fra le varie ipotesi possiamo segnalare quella del Lakhovsky il quale dice che la cellula è formata da un filamento nucleare posto dentro il protoplasma, paragonabile ad un circuito oscillante a piccolissima lunghezza d'onda, capace di emettere e ricevere onde elettromagnetiche. Gli esseri viventi pertanto risulterebbero simili a circuiti oscillanti ad alta frequenza e l'organismo fungerebbe da risonatore cosmico per cui alcuni individui sincronizzano i più alti toni della musica della sfera mentre in altri si amplificano. Dai fenomeni atmosferici elettrici si generano meteoropatie per le variazioni di potenziale, che si hanno dopo le scariche elettriche tra nuvola e nuvola e tra nuvola e terra: la pressione atmosferica produce maggiore frequenza del battito cardiaco ed un aumento del ritmo respiratorio: la temperatura, con il caldo e il freddo genera eccitazione del sistema nervoso: l'umidità influisce sulla presenza del vapore acqueo attraverso i polmoni: lo scirocco dà luogo a disturbi digestivi fisici e psichici resi noti dagli studi del Carletti.

Dai Periodici

Annali d'Igiene, n. 4, 1941, Roma.

MULÈ, *Su di un nuovo metodo rapido per la diagnosi batteriologica della difterite.*

L'A. ha controllato il metodo culturale rapido proposto dal Manzullo di Buenos Aires su terreno di brodo peptonato al 2% con il quale lo sviluppo delle colonie caratteristiche avverrebbe dopo 3-4 ore di termostato a 37°.

Annali di medicina navale e coloniale, III-IV, Roma, 1941.

LIVREA, *Osservazioni sulla fisiopatologia neurovegetativa dei sommergibilisti.*

L'A. ha osservato che per il fatto dell'immersione, nel 56 per cento dei casi si ha uno spostamento transitorio della forma neurovegetativa, nel 10 per cento uno spostamento in senso ipersimpatico-tonico, negli altri casi, i risultati sono discordi con tendenza alla iperpara-simpaticotonia.

G.

MOVIMENTO UNIVERSITARIO.*Nomina professori ordinari.*

Prof. MESSIERI Albino di Patologia speciale e clinica medica presso la R. Università di Bologna; Prof. USUELLI Filippo di Fisiologia e chimica biologica presso la Università di Milano. Prof. CHIOVENDA Mario di Anatomia e istologia presso la R. Università di Milano.

Nomine a professori straordinari e incaricati.

Prof. SEREN Ennio di Patologia speciale medica e clinica medica presso la R. Università di Perugia; Prof. BORGATTI Giuseppe incaricato della Direzione dell'Istituto di Fisiologia e chimica biologica di Bologna.

Leggi, decreti e ordinanze della "Gazzetta Ufficiale",

Legge 23 gennaio 1941, n. 165 (G. U. n. 80, 1941). — Modificazione al R. D. L. 2 gennaio 1927, n. 1046 convertito con modificazioni nella legge 14 giugno 1928, n. 1470 concernente autorizzazione all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ad assumere la garanzia dei crediti dell'esportazione soggetti a rischi speciali, nonchè al R. D. L. 17 gennaio 1935, n. 198 convertito nella legge 27 maggio 1935, n. 964 riguardante estensione della garanzia statale per i crediti all'esportazione.

Archivio di psicologia, neurologia, psichiatria e psicoterapia, fasc. 2, Milano, 1941.

GEMELLI E PONZO, *Nuovi orientamenti nell'impostazione del problema dell'adattamento motorio nella vita psichica.*

L'articolo è la premessa opportuna ad altri successivi sullo stesso argomento ed è inteso a far rilevare che lo studio dell'adattamento psico-motorio nell'attività personale deve venire rivolto soprattutto al fine di comprendere il significato della multiforme varietà degli adattamenti nell'unità e nella continuità dell'azione.

G.

Archivio italiano di scienze mediche coloniali e di parassitologia, n. 1, Roma, 1941.

BABUDIERI, *Ricerca di medicamenti attivi contro le leptospire.*

L'A. dopo avere sperimentato su 140 cavie infettate l'azione di 40 prodotti terapeutici di vario tipo, ha ottenuto risultati nettamente fa-

vorevoli soltanto con l'impiego del siero specifico.

G.

Assicurazione Italiana (L'), n. 2, Milano, 1941.

ETRUSCO, *Ma si può sapere che cosa è?* - CAPRETTI, *Le assicurazioni popolari* - SCOTTI, *Gli Agenti di assicurazione nell'ora presente*.

Assicurazioni, fasc. I, Roma, 1941.

BRUNETTI, *Sul titolo « delle assicurazioni » nel progetto ministeriale del Codice della navigazione del 1940-XIX*.

L'A. che ha proceduto ad un esame critico e profondo di tutta la materia contenuta nel soggetto, ha messo in rilievo la sua grande importanza novatrice e conclude che tutto il progetto si basa su una solida impalcatura tecnica che non viene menomata dalle lievi mende che l'A. ha riscontrato.

G.

Assistenza sociale, (L'), n. 1, Roma, 1941.

GABARDI, *I sintomi oculari della sindrome commozionale tardiva nei traumi chiusi del cranio*.

L'A. dopo aver descritto i sintomi oculari propri della sindrome commozionale tardiva ed averne prospettato il significato patogenetico e diagnostico fa risaltare la necessità di procedere sempre ad un attento e completo esame oculare per la soluzione dei problemi medico-legali nel campo infortunistico.

G.

Assistenza sociale agricola (L'), n. 1 e 2, Roma, 1941.

LORIGA, *L'ordinamento della casa rurale nella borgata omonima*.

L'A. nello studiare, con grande sagacia e competenza le provvidenze igienico-sanitarie relative alla abitazione e al lavoro, che la società ha il dovere di creare ai lavoratori della terra, sostiene la tesi che esse in tanto potranno raggiungere il loro fine in quanto che siano migliorate le loro condizioni economiche; base essenziale per l'elevamento morale delle classi rurali e per l'applicazione concreta delle misure igieniche.

G.

Assistenza Fascista, n. 6, Roma, 1940.

Il fascicolo contiene le disposizioni legislative e contrattuali relative agli assegni familiari per i lavoratori del commercio dipendenti da aziende commerciali o da professionisti e artisti: un capitolo per i premi di natalità e un elenco delle circolari relative alla gestione degli assegni familiari.

Athena, n. 3, Roma, 1941.

LASAGNA, *Lesioni polmonari all'esame endoscopico*.

L'A. richiama l'attenzione su due forme bronco-polmonari (tumori polmonari e micosi bronco-polmonari) facendo rilevare come l'indagine broncoscopica permette di dare un reperto precoce e sicuro ai fini diagnostici, capace di dirimere grandi difficoltà nell'interpretazione della complessa entità clinico-patologica.

G.

Atti della R. Accademia dei Fisiocritici di Siena, n. 2, 1941.

BASSI, *Contributo clinico alla conoscenza della polmonite da stafilococco piogeno aureo*. PIO: *La èstrinsecazione dell'utero dalla cavità pelvica nella cura del prolasso genitale* SPIRITO: *A proposito di una presunta respirazione aerobica della placenta*. LAURINSICH: *Contributo allo studio del « virus » morbilloso coltivato su membrana corion - allantoidea di pollo*.

Atti dell'Accademia Medica Lombarda, n. 4, Milano, 1941.

FOSCHI, *Osservazioni preliminari su casi di azotemia detta extra renale*.

L'A; espone le caratteristiche emato-cliniche e i dati sul bilancio azotato nei casi di iperazotemia detta extra renale le cui manifestazioni cliniche hanno uno speciale decorso. L'A. ha riscontrato alterazioni della composizione minerale del siero: ipo - cloro - natioemica e iperpotassiemia.

Avvenire ostetrico (L'), n. 3, Napoli, 1941.

Regolamento e istruzioni per l'esercizio professionale delle ostetriche - La fecondazione animale artificiale.

Avvenire Sanitario (L'), n. 9, Milano, 1941.

Ancora delle Casse mutue - Miglioramento morale e materiale del personale addetto all'assistenza immediata degli infermi - I malati di cuore - L'esame radioscopico e la prova tubercolinica precoce - I nostri medici militari - Riunioni e Congressi.

Azione antitubercolare (L'), n. 1, Pineta di Sorrento, 1941.

GIACOMAZZI, *Sugli esiti lontani del pneumotorace terapeutico*.

L'A. ritiene che il giudizio diagnostico, per quanto riguarda il risultato clinico e la valutazione della capacità lavorativa, deve essere

fondato sul complesso dei rilievi clinici radiologici e delle prove funzionali e dopo ripetuti esami a distanza di tempo dato che bisogna dar tempo sufficiente ad una definitiva sistemazione anatomo-funzionale delle lesioni originarie.

G.

Bibliografia medico-biologica, n. 10, Roma, 1940.

BUFANO, *I moderni principi fondamentali della patologia e della clinica del sistema nervoso vegetativo e loro sviluppo storico.*

L'A. dopo aver riassunto gli studi del Di Giovanni, Castelluccio e Pende espone principi su cui si fonda il moderno corpo di dottrina della patologia e della clinica delle neurosi vegetative.

G.

Biochimica e terapia sperimentale, fasc. I, Perugia, 1941.

PICHINI, *Modificazioni endocrine in cavie allenate a luci monocromatiche.*

Bollettino del Sindacato Nazionale Fascista degli Attuari, n. 1, Roma.

Conversazione radiofonica del Commissario del Sindacato Naz. - Convenzioni stipulate tra la segreteria dei gruppi Universitari Fascisti e le Confederazioni fasciste degli Industriali e dei Commercianti per l'avviamento sindacale dei Fascisti Universitari - Comunicazioni del Sindacato Naz. Modificazioni ed integrazioni al R. Decr. Legge 29 Aprile 1923 sull'esercizio delle assicurazioni private - Legislazione.

Bollettino del Centro Studi dell'I. N. A., n. 6, Roma, 1941.

Basi statistiche, definizione ed istruzioni pratiche per l'assicurazione malattie.

L'articolo espone i vantaggi della nuova e audace forma di assicurazione contro tutte le malattie senza esclusione predisposta dalla Società « Praevidentia », vantaggi che si riassumono nella modicità dei premi, nella possibilità di abbinamento della polizza malattia con una polizza vita, nell'assunzione a carico dell'Ente del contributo sindacale, nella riduzione ed eventualmente anche la soppressione del periodo di carenza iniziale previsto dall'articolo 3 delle condizioni generali di polizza. E' in corso di studio la proposta di coprire di assicurazione anche il costo degli interventi chirurgici, ciò che apporterebbe l'eliminazione di uno dei più gravi turbamenti del bilancio familiare.

G.

Bollettino della Federazione Naz. Fasc. delle Imprese Assicuratrici, n. 1-2, Roma, 1941.

Frazionamento delle provvigioni del 1° gennaio 1941.

Vengono riportati i criteri da adottarsi per l'attuazione dei provvedimenti stabiliti dalle leggi 3 giugno 1940, n. 761 e 2 dicembre 1940, n. 1691.

G.

Bollettino della Società Medico-chirurgica di Catania, n. 2, Catania, 1941.

CITELLI, *Su un metodo proprio di tonsillectomia per dissezione.*

Bollettino di segnalazioni, n. 1, Roma, 1941.

Studi e orientamenti.

L'articolo si occupa di uno studio di Pavolini pubblicato in « Mutualità Rurale » sul concetto di malattia in rapporto all'assistenza mutualistica in cui vengono posti in evidenza i principi informativi che debbono essere tenuti presenti per una esatta definizione di malattia che deve essere intesa come uno stato psicosomatico che renda necessaria una assistenza sanitaria, affinché l'attività lavorativa e quella propria della vita di relazione possano continuare integralmente e venire prontamente riprese, allontanando il più possibile nel tempo, l'epoca di una invalidità totale e della morte.

G.

Bollettina Mensile di Statistica dell'Istituto Centrale di Statistica del Regno, fasc. 3, Supplemento Gaz. Uff. n. 68, Marzo 1941.

I dati si riferiscono al 28 febbraio 1941 e per quanto riguarda il movimento demografico nelle 98 provincie del territorio metropolitano, risulta che nel mese di febbraio furono celebrati n. 24.091 matrimoni (febbraio 1940: numero 27.636): i nati vivi furono 84.453 (febbraio 1940: 89.628): i morti 63.330 (febbraio 1940: 56.038). L'eccedenza nel febbraio 1941 dei nati vivi sui morti è stata di 21.123 individui (febbraio 1940: 33.500).

G.

Bollettino statistico del Governatorato di Roma, n. 1, 1941.

Al 31 gennaio la popolazione presente è calcolata in 1.371.928 abitanti con un aumento di 3486 persone: vennero nel mese celebrati 652 matrimoni, si ebbero 2848 nati vivi, e 1663 morti, con un leggero aumento sul corrispondente periodo del 1940.

G.

Bulgaria, n. 4, Roma, 1940.

BOZO GOSPODINOV: *Dobrugia* - DAMIANI: *Echi di Roma nei poeti bulgari* - VELICKOV: *Ro-*

ma, Firenze (liriche) - TEODOROVA: *Il teatro bulgaro* - FALCONE: *Visita a Tŕnovo, la capitale del capogiro* - CORSI: *La conca e la città di Sofia*.

Buona semente (La), n. 3, Milano, 1941.

ALFIERI: *Nizza italiana* - SOLMI: *Due discorsi: un solo programma* - GRIMALDI: *Francesco Caracciolo* - DEL ZIO: *Il simbolo (novella)* - V. F.: *Volontari del sangue* - ZUNINO: *La maschera e il volto dell'influenza* - GHIANI SPANO: *Tradizioni di primavera* - ESPI: *I ragazzi sullo schermo*.

Case di cura (Le), n. 3, Milano, 1941.

Studio comparativo della mortalità per tubercolosi nei due sessi.

E' una pubblicazione di Besancon ed Evrot che ha avuto una grande eco in Francia, nella quale i due AA. sono venuti alle seguenti conclusioni:

1) In linea generale la mortalità era di 177 per 100.000 abitanti nel 1927, di 120 soltanto nel 1936;

2) La mortalità globale è molto più rilevante negli uomini che nelle donne (152 nel primo caso e 89,7 nel secondo);

3) Sino all'età di 15 anni l'indice per i due sessi è il seguente: 27,3 per gli uomini e 31,9 per le donne. A 20 anni le curve si sovrappongono. Oltre i 20 anni gli indici così differiscono: 198 nel sesso maschile, 107 in quello femminile. G.

Chirurgia plastica, n. 4, Roma, 1940.

PENDE, *Le condizioni umorali del processo di cicatrizzazione*.

Commercio chimico (II), n. 10, 1940.

Della vitamina C sintetica (Redoxon).

Cultura medica moderna (La), n. 2, Palermo, 1941.

RAO, *L'azione della beta (para-ossifenil) isoproimetilamina (veritol) sulla diuresi*.

L'A. ha osservato nell'80 per cento dei casi un'azione antidiuretica e nel 20 per cento una azione nulla. G.

Cuore e circolazione, n. 2, Roma, 1941.

SIBILIA, *Un nuovo segno elettrocardiografico di malattia coronarica*.

Su un materiale complessivo di 3800 vengono esaminati 138 ecgrammi di individui sani e cardiopatici, che presentano in terza derivazione una onda rapida diretta in basso e in 1° un'onda S. profonda non meno di 1 mm.

E' provata o sospettabile una coronaropatia. Tale anomalia ecgrafica appare di notevole interesse e l'A. ne dà l'interpretazione. G.

Difesa sociale, n. 8, Roma, 1940.

LANDOGNA e CASSONE, *A proposito di ortogenesi*.

L'A. dopo aver ricordato quali sono le varie fasi che lo sviluppo fisico, morale e intellettuale umano attraversa, insiste sull'importanza spettante alla scienza dell'ortogenesi creata dal Pende, per la formazione regolare, sana ed armonica degli uomini. G.

Idem, n. 2, Roma, 1941.

CALACOSI, *Pleurite, tubercolosi polmonare*.

L'A. indagando su 2000 soggetti ricoverati per tbc. polmonare, circa eventuali precedenti pleuritici, ha riscontrato tale precedente in 151 casi (7,65%); la localizzazione era in rapporto alla pregressa pleurite omolaterale in 90 soggetti, bilaterale in 54 e controlaterale in 7 casi.

Fiaccola (La), n. 3, Roma, 1941.

La rivista che è l'organo ufficiale della Associazione Nazionale delle Famiglie dei Caduti in guerra, continua la sua patriottica opera di esaltazione del valore italiano e di propaganda spirituale nelle masse. G.

Fisiologia e medicina, n. 3, Roma, 1941.

MITOLO, *Sulla questione degli antiormoni nei riguardi dell'incroto testicolare*.

L'A. dimostra che la somministrazione di ormone testicolare sintetico sui ratti non induce la comparsa di un antiormone.

Folia Medica, n. 21, Napoli, 1940.

AMBROSIO, *Intossicazione da benzina*.

L'A. dopo avere descritto l'azione tossica locale e generale della benzina e dopo aver passato in rassegna la letteratura esistente sull'argomento espone alcune ricerche sperimentali in corso e fa risaltare l'importanza della patologia da benzina nel quadro della patologia del lavoro. G.

Forze Sanitarie (Le), n. 5, Roma, 1941.

PETRAGNANI, *La ricetta profilattica*.

L'A. in un lucido articolo illustra la necessità che nel nuovo clima realizzato dalla politica e dalle leggi sanitarie del Regime i medici curanti diano tutta la loro maggiore cooperazione alle misure di profilassi, che, per tassa-

tiva disposizione di legge, debbono essere attuate in ogni caso di malattia infettiva anche sospetta. A tal uopo il medico è chiamato a rilasciare una ricetta profilattica nella quale debbono essere prescritte tutte le particolari misure da adottare ed anche le proposte relative al ricovero ospedaliero o all'assistenza di un personale specializzato, secondo le norme che saranno dettate dal regolamento che è in corso di pubblicazione. Con il passare degli anni e con il progredire della nuova struttura sociale e corporativa dello Stato questa cooperazione dei medici pratici alla profilassi rappresenta la più efficace propaganda igienica intesa alla tutela della pubblica salute. G.

Gazzetta delle Assicurazioni, della Finanza e del Credito, n. 283, Firenze 1941.

GASBARRI: *La potenza e l'avvenire dell'industria assicurativa italiana - La XVIII Assemblea Annuale degli Agenti Generali dell'I.N.A. a Roma - L'assicurazione sulla vita dell'I.N.A. ai lavoratori della prossima campagna di monda e trapianto del riso - L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e la tutela della gioventù mediante la « Polizza della GIL ».*

Gazzetta Sanitaria, n. 3, Milano, 1941.

IZAR, *Sulla profilassi del morbillo.*

L'A. dopo aver accennato alle grandi difficoltà che un tempo si offrivano per una efficace profilassi parla dell'azione benefica che si è constatata mediante l'iniezione di sangue placentario puro o citratato. G.

Giardino d'Esculapio (II), n. 2, Milano, 1941.

I grandi degenerati della storia: Barbableu - I viaggiatori della medicina: Filippo Sasseti e Nicolò Manucci - Ancora sulla figlia di Vincenzo Monti, Costanza Perticari.

Giornale dell'Istituto Italiano degli Attuari, n. 3-4, Roma, 1940.

CANTELLI, *Osservazioni sulla formula di Hattendorff.*

C. T., *Rassegna assicurativa*

In un articolo di ottima sintesi vengono elencate le disposizioni legislative che in Italia e all'Estero sono state promulgate in materia assicurativa e specialmente per quanto riguarda la copertura del rischio di guerra, l'istituzione di un Centro temporaneo di compensazione riassicurativa e la costituzione della Compa-

gnia « Roma » con un capitale di 200.000.000 di lire per la riassicurazione e la partecipazione assicurativa. G.

Giornale di medicina militare, n. 2, Roma, 1941.

BRAGHIN, *Sul quadro clinico del cosiddetto pseudo-reumatismo malarico.*

Giustizia del Lavoro (La), n. 2, Roma, 1941.

Contiene la relazione dell'Ecc. Grandi sul disegno di legge « La carta del lavoro » divenuto legge dello Stato al 30 gennaio 1941 n. 14 sotto il titolo « Valore giuridico della Carta del Lavoro ». G.

Illustrazione del medico (L'), n. 76, Milano, 1941.

MASCHERPA: *Ricette di antichi medici sotto il controllo della tecnica farmacologica moderna* - BALDINI: *Persuasor di vivere* - MANACORDA: *Goethe e l'Italia* - VILLAROL: *S. Recorda: Goethe e l'Italia* - VILLAROL: *La menzogna di guerra* - GRECO: *Vita fuori tempo di Emilio Salgari.*

Infermiera italiana (L'), n. 3, Roma, 1941.

GIACOBBE, *L'opera dell'infermiera nella organizzazione sanitaria militare.*

In questa lezione viene sintetizzata tutta la dinamica e multiforme attività spiegata dalle infermiere nella organizzazione sanitaria e morale in tempo di guerra. G.

Industria dolciaria (L'), n. 1, Roma, 1941.

MAGRI, *Produzione mondiale del cacao.*

Secondo i calcoli dell'A. la produzione mondiale del cacao ha assunto in questi ultimi anni sviluppi assai rilevanti e l'A. ne esamina la distribuzione geografica e l'incremento. G.

Italia Medica (L'), n. 212-213, Torino.

SALOTTI: *L'assistenza sanitaria ai lavoratori - Onoranze a Murri* - NOEL: *Letteratura medica italiana.*

Italia odontoiatrica (L'), n. 1, Milano, 1941.

Casistica degli apparecchi protesici - Domande e risposte su questioni di tecnica professionale - Cronaca del mondo odontoiatrico.

Lavoro Commerciale (II), n. 3, Roma, 1941.

GRILLO, *L'attività contrattuale nel settore del commercio.*

L'A. constata il notevole sviluppo raggiunto da questa attività nel 1940 che è espressa da 43 regolamentazioni pubblicate col Bollettino del Ministero delle Corporazioni. G.

Lavoro Umano, n. 1-2, Torino, 1941.

GRANATA PERETTI, *Capacità lavorativa dei minatori.*

Sopra 16 operai di miniera di carbone è stato applicato un nuovo criterio di valutazione della capacità lavorativa basato sulla misura del massimo possibile consumo di ossigeno e ciò con buoni risultati. G.

Idem.

CASTALDI, *Attitudini al lavoro agricolo.*

L'A. esamina le caratteristiche del lavoro agricolo in rapporto alla costituzione dei lavoratori, ai fini della ricerca delle loro attitudini e del migliore orientamento professionale. G.

Libro Italiano (II), n. 2, Roma, 1941.

LANCELOTTI: *Il centenario di Giuseppe Pitre* - ALAIMO: *Rivendicazioni leopardiane* - BUSTIO: *Un poeta medico dell'800: Panzacchi* - MANFREDI: *Verso una nuova istituzione fascista; la pubblica lettura.*

Lotta contro la tubercolosi, n. 11, Roma, 1940.

BOCCHETTI, *La schermografia nella lotta contro la tubercolosi.*

L'A. dopo avere rivendicato a due italiani, Bettelli e Galbasso di Pisa, la priorità della invenzione avvenuta dopo la meravigliosa scoperta dai raggi X fatta nel 1895 da Röntgen, con la presentazione di un apparecchio fluorescente, mette in rilievo i vantaggi immensi che il metodo è chiamato a realizzare nel campo della diagnosi precoce della tubercolosi, dando la possibilità di ricercare la tubercolosi ignorata nelle grandi masse collettive (casar-me, scuole, opifici, ecc.) che altrimenti sfuggirebbe con gravissimo danno sociale di diffusione dell'infezione tbc. G.

Maglio (II), n. 13, 1941.

Superamento del salario e spirito rivoluzionario del fascismo - I littoriali del lavoro - L'autarchia economica e il commercio internazionale.

Malati, Medici e Medicine, n. 3, Torino, 1941.

Vita dolorosa di G. B. VICO - Terapie strane dei tempi passati - Bibliografia.

Malattie infettive del Regno (Le), n. 3, Roma, 1941.

Il fascicolo riguarda i casi delle principali malattie infettive e sociali dell'uomo denunziati nella settimana dal 13 al 19 gennaio 1941 e mentre è diminuito l'indice di morbilità generale, per tutte le malattie, si nota invece una

recrudescenza del morbillo e della pertosse, rispetto al corrispondente periodo dell'anno decorso. G.

Medicina del Lavoro (La), n. 3, Milano, 1941.

PANCHERI, *Sulla necessità di includere la silicosi tra le malattie professionali indennizzabili.*

L'A., basandosi sull'esame di 107 casi di operai addetti alle lavorazioni silicee, di cui oltre la metà risultarono affetti da silicosi o silico-tubercolosi, espone l'importanza della diffusione della malattia, invocando opportune provvidenze legislative per la tutela dei lavoratori. G.

Medicina dello Sport e dell'educazione fisica, n. 1, Torino, 1941.

VILLATA, *Tumori maligni da traumi negli sportivi.*

L'A. nega che l'insorgenza del tumore sia in rapporto con un trauma unico violento tranne in casi eccezionali e fa notare che non si hanno finora osservazioni cliniche probative concernenti tumori maligni insorti in seguito a competizioni sportive. G.

Medicina Internazionale, n. 3, Milano, 1941.

CORNEL, *Leishmaniosi cutanea autoctona*

L'A. ricorda l'esistenza nell'Italia centrale ed insulare di centri importanti di diffusione endemica di questa importante dermatosi, altrimenti definita, bottone d'Oriente, e fa rilevare che oggi la cura più efficace per combatterla è quella italiana iniziata dal Flarer a base di derivanti acridinici iniettati in sito, che si è dimostrata superiore ai vecchi procedimenti fisioterapici (raggi X) e alla somministrazione di antimonio. G.

Meteorologia pratica (La), n. 1, Perugia, 1941.

PESCE, *Morbilità difterica a Genova in rapporto ai fattori climatici.*

L'A., dall'esame del decennio 1929-38 ha rilevato che l'endemia difterica segue i fenomeni stagionali con un massimo di casi nella stagione fredda ed un minimo in quella calda. Ha pure una grande influenza l'aumento della umidità relativa che si accompagna ad una accentuazione di casi, eccetto una lieve discordanza nei mesi primaverili. G.

Milizia Sanitaria, n. 2, Torino, 1941.

Commenti alla guerra - Rivoluzioni in marcia - Mutue e medici condotti - Una lezione del

prof. Ferrannini sul morbo di Banti - Relazione sui rapporti medici - Casse Mutue.

Minerva Medica, n. 15, Torino, 1941.

NEGRI, *Tono splenico, splenomegalie contrattili e patologia gastroduodenale.*

L'A. con due casi clinici tratta dei rapporti tra splenomegalie contrattili per alterato tono splenico e patologia gastro-duodenale, facendo rilevare che la splenocontrazione rappresenta, oltre che un segno diagnostico, un prezioso mezzo terapeutico. G.

Notiziario di Diagnostica e Terapia, n. 1-2-3,

CEPPELLINI: *W l'Italia* - RINOLDI: *Sommario Semeiotico Clinico* - POLIZZI: *Il Problema dell'Odontoiatria in Italia* - LUCCARELLI: *Risultati della arterioterapia col violetto di genziana* - MANNINO: *Appunti di terapia dermatologica* - GIANNATTASIO: *Risultati terapeutici nella colonia elioterapica di Trinitapoli.*

Ospedale Maggiore (L'), n. 2. Milano, 1941.

CASTELLI, *Gli ospedali italiani nell'epopea del Risorgimento.*

L'A. in una serie di articoli ha rievocato l'opera svolta dagli ospedali italiani nel glorioso periodo del Risorgimento per salvare la vita a tanti che avevano sfidato la morte per combattere per la Patria; ne ricorda le glorie e le benemeritenze specialmente per quanto riguarda l'Ospedale Maggiore di Milano, quello di Brescia, l'Ospedale S. Anna di Como, l'Ospedale S. Saverio di Palermo e l'Ospedale di Napoli. G.

Pensiero Medico, n. 37, Roma, 1941.

Il testamento spirituale di un Caduto - FLESCHE: *Sobrietà, salute ed energia* - D.: *La celebrazione dei grandi medici siciliani.*

Policlinico (II), Sez. Medica, n. 3, Roma, 1941.

ALBINI, *Vitamina C e poteri immunitari nel coniglio.*

L'A., studiando su animali vaccinati contro il tifo ed in altri non vaccinati, ha notato che la Vitamina C è capace di esaltare da sola l'emopoiesi e di determinare un aumento dei polinucleati neutrofilii. G.

Policlinico (II), Sez. Pratica, n. 5, Roma, 1941.

DOLFINI, *La prova della sedimentazione delle emazie senza strumenti speciali.*

L'A. suggerisce un semplice dispositivo costituito da una siringa di 2 cc., una soluzione al 3,80 % di citrato trisodico, una pipetta del calibro di circa 2 mm, un blocchetto di pla-

stulina per eseguire la prova della velocità di sedimentazione delle emazie. G.

Policlinico (II), Sez. chirurgica, n. 5, 1941, Roma.

IACOBELLI, *Localizzazione tuberculare in una borsa di scorrimento in sede atipica.*

L'A. riferisce su di un caso di borsite tuberculare in una borsa di scorrimento, in sede atipica e, dopo una chiara discussione della diagnosi differenziale illustra l'etiopatogenesi della affezione.

Praevidentia, n. 12, Roma, 1941.

Assicurazione malattie - Istruzioni e notizie - Convenzione tra la Confederazione Nazionale Fascista delle Professioni e delle Arti e la Praevidentia per l'assicurazione contro le malattie dei Professionisti ed Artisti.

Preparazione materna (La), n. 1-2, Salsomaggiore, 1941.

NOLLI, *Cure salsoiodiche e istamino-terapia.*

L'A. partendo dal fatto oramai acquisito che le cure salso-iodiche spiegano un'azione risolvante sui processi flogistici ad andamento cronico ed in qualunque sede, l'attribuisce ad una produzione istaminica nei tessuti ammalati.

Prima Idea (La), n. 3, Bologna, 1941.

BUZZI: *Il cardellino* - LORETA: *L'improvvisata di Tigrino* - SROI: *Il piccolo volontario* - FALZONE: *La ninna nanna del sogno* - FINESCHI: *Andre ragazzo buono - Le lettere di Gianni.*

Progresso sociale del Mezzogiorno (II), n. 3, Napoli, 1941.

Statistiche demografiche, sanitarie della previdenza e dell'assistenza sanitaria - Dati principali del movimento della popolazione italiana durante il 1940 - Cassa assistenza del Sindacato Fascista dei Medici.

Rassegna clinico scientifica, n. 3, Milano, 1941.

GANMA, *Sopra la tisi polmonare di origine ematogena.*

L'A. esamina la questione e sulla base di studi anatomo-patologici eseguiti dal Gallone valoroso allievo di Peperone ne accetta la possibilità da tener sempre presente nelle comuni manifestazioni di tisi polmonare. G.

Rassegna della sicurezza e dell'igiene del lavoro, n. 3, Roma, 1941.

MANNELLI, *Indagini analitiche pubblicate dall'I. N. F. A. I. L. sugli infortuni avvenuti nel 1938.*

Rassegna di clinica, terapia e scienze affini (La), fasc. 1, Roma, 1941.

MALVESTIO, *Acido ascorbico e infezione sperimentale*.

L'A. dopo aver ricordato le proprietà principali della Vitamina C passa in rassegna l'azione di detta vitamina sulle principali malattie infettive (difterite, tubercolosi, tetano) discutendone la possibile azione terapeutica.

G.

Rassegna di medicina industriale, n. 2, Roma, 1941.

VIGLIANI, *Malattie polmonari da polveri industriali*.

L'A. dopo aver chiarito il concetto di pneumoconiosi che sarebbe ben diverso da quello attribuitogli fino a pochi anni addietro, fa seguire uno studio sulla silicosi e sulla asbestosi, mettendo in rilievo la loro specifica importanza patologica e la necessità di urgenti provvidenze legislative a favore dei lavoratori colpiti da queste due gravi malattie.

G.

Rassegna giuridica della circolazione stradale, n. 1, Roma, 1941.

VANNINI, *Istigazione al rifiuto di soccorso*.

L'A. esamina il problema della responsabilità nel concorso con atti positivi in un fatto che costituisce per l'autore principale reato omissivo.

G.

Rassegna Medica, n. 4, Milano, 1940.

BISCEGLIE, *Vitamine e fattori che influenzano il loro fabbisogno*.

L'A. studia i diversi processi di elaborazione di vitamine nell'organismo umano e mette in campo la questione del sinergismo ed antagonismo vitaminico e quella, ancora più dibattuta, delle correlazioni esistenti tra ormone e vitamina.

G.

Rassegna sociale dell'Africa Italiana, n. 1, Roma, 1941.

STARNA, *Il rischio di assicurazione vita nelle terre di Oltremare*.

Viene pubblicata ora la relazione presentata dall'A. al Congresso di Medicina legale e delle Assicurazioni e di Antropologia criminale tenuto a Napoli il 1° giugno 1940-XVIII, nella quale viene fatto uno studio della patologia coloniale delle terre dell'Impero conquistate dal valore dei soldati italiani ed ora popolate dai suoi meravigliosi lavoratori. L'A. con chiari e dimostrativi grafici espone le cause di morte tra gli operai italiani e per malattie ve-

rificatesi tra le FF. AA. durante il biennio 1935-36; la distribuzione mensile complessiva dei casi di malattie denunziati dalla popolazione civile, e dopo opportuni rilievi circa il clima e l'alimentazione illustra l'importanza e le caratteristiche della patologia coloniale in A. O. I. nelle sue diverse forme nosologiche. L'A. viene alla conclusione che in questo primo stadio di insieme la patologia dei coloni dell'Impero appare in limiti favorevoli ed orientata soltanto verso poche malattie infettive e di acclimatazione.

G.

Rassegna di oncologia, n. 5, Roma, 1940.

SIRTORI, *Rilievi statistici sui tumori maligni osservati durante il 1939*.

Sopra un complesso di 1518 autopsie eseguite nell'Istituto di Anatomia Patologica della Regia Università di Milano sono stati osservati 159 casi di tumori, dei quali 57 tumori dello stomaco. Di questi, 20 sono stati riscontrati in individuo tra i 60 e i 70 anni, 15 tra i 41 e i 50 anni, 12 tra i 51 e i 60; 10 sopra 70 e sotto i 40 anni.

G.

Riforma medica, n. 44, Napoli, 1940.

LIUZZO, *Sulla nuova reazione di Mester per la diagnosi dell'infezione reumatica*.

Secondo l'A. la reazione è sufficientemente specifica per l'infezione reumatica sia essa in atto o pregressa e il suo meccanismo va ricercato in una reazione emoclasica.

G.

Rinascenza Medica, n. 2, 1941, Napoli.

FABRIZIO, *La malattia ipertensiva*.

L'A. facendo la storia delle diverse teorie sulla natura della malattia, prende in speciale considerazione gli studi compiuti da A. Dumas di Lione (la malattia ipertensiva) che ritiene trattarsi di una malattia autonoma, ben differenziata dalle varie forme di ipertensione sintomatica secondaria: sifilitiche, utero-ovariche, ipertiroidee, ipofisarie, renali, ecc. La malattia, che avrebbe tre fasi caratteristiche, è costituita essenzialmente, secondo l'A., da una alterazione angiosclerotica diffusa specie dei vasi del rene (nefroangiosclerosi), a cui non mancano i segni sclerotici di tutti gli altri organi (occhi, cervello, ecc.).

G.

Rinnovamento medico, n. 5, Genova, 1940.

TROPEANO: *Contenuto scientifico, programma, metodo e finalità della medicina sociale* - PESCE: *Il problema autarchico del papavero di oppio* - TRIDENTE: *La scuola medica Crotoniate*.

Risanamento medico, n. 3, Roma, 1941.

CREMONESE, *I quattro stadi della malaria.*

L'A. riassume tutte le teorie recentemente emesse circa l'interpretazione da dare alle forme acute e a quelle croniche e ritiene di poter stabilire quattro stadi ben definiti che sarebbero i seguenti: invasione malarica acuta, sintomatica, malaria cronica costituzionale e cachessia. L'A. espone la speciale sintomatologia di ogni stadio con considerazioni di ordine terapeutico. G.

Rivista dell'assistenza, n. 3, Roma, 1941.

LUSIGNOLI, *L'assistenza sanitaria mutualistica.*

L'A., dopo avere acutamente riassunto i concetti principali, che sono stati espressi in tale materia su giornali e riviste in questi ultimi tempi e di aver riscontrato legittime e ben fondate alcune osservazioni a proposito dei criteri adottati da talune Mutue, ritiene però che non sia questo il momento propizio per addivenire ad una decisione di riforma dell'assistenza mutualistica sanitaria che sicuramente sarà affrontata e risolta, appena una pace vittoriosa darà alla Nazione la necessaria tranquillità. G.

Rivista delle Stazioni di cura, soggiorno e turismo, n. 1-2, Roma, 1941.

CARDINI: S. G. *Frontino e il suo commentario sulle acque di Roma* - IMPERATORI: *Fino a quando i medici ignoreranno l'idrologia?* - *Monografie intorno alle stazioni di cura - Rubrica delle stazioni italiane di cura termale balneare e climatiche - Rubrica delle case di cura e di salute.*

Rivista di biochimica e terapia, n. 3, Roma, 1941.

Le aritmie cardiache - La cosiddetta otite latente - Esiste un reumatismo ovarico?

Rivista di biologia coloniale, n. 6, Roma, 1940.

ARCHETTI, *Distribuzione e diffusione delle leishmaniosi nell'A. O. I.*

Vengono riferiti succintamente dati ricavati dalla letteratura sulla presenza delle leishmaniosi e dei flebotomi in A. O. I. e nei territori con essa confinanti accompagnati da note epidemiologiche.

Rivista di medicina aeronautica, n. 1, Roma, 1941.

GEMELLI, *L'orientazione prossima nel volo.*

La memoria rappresenta l'introduzione ad

una serie di ricerche che l'A. ha intrapreso per determinare quale sono i fattori della orientazione prossima nello spazio del pilota, con lo scopo di determinare le norme alle quali si deve informare la istruzione del pilota nel volo strumentale. G.

Rivista di patologia femminile e di crenologia, fasc. II, Castrocaro, 1941.

MARTA, *La terapia con ormone sessuale maschile nella donna.*

L'A. conclude, nel suo studio, che l'ormone sessuale maschile ha un sicuro benefico influsso sulle meno e metrorragie funzionali o derivanti da ovarite sclerocistica o da forme congestizie dell'utero o da ipercrasia ghiandola dell'endometrio. G.

Rivista di terapia moderna, di medicina pratica, n. 3, Milano, 1941.

PICININI, *Rinnovamento spirituale.*

L'A. col suo consueto fervore patriottico italiano passa in rassegna i problemi sanitari, assistenziali e culturali che l'Italia deve affrontare nella grandiosità dell'ora storica attuale. G.

Rivista italiana della tubercolosi (La fiaccola), n. 2, Modena, 1941.

SCOTTI, *La curva ponderale nei tubercolosi in cura pneumotoracica.*

L'A. ha fatto delle ricerche allo scopo di avere una idea sul presunto lavoro che avrebbe il polmone sul ricambio organico. Lo studio è in corso e mancano le conclusioni. G.

Rivista italiana d'igiene, n. 2, Pisa, 1941.

ROCCO, *Igiene dei ricoveri di protezione anti-aerea.*

L'A. ricordando i notevoli e vari pericoli a cui sono esposte molte persone di età, di condizioni sociali e di salute diverse nei ricoveri antiaerei, ne studia la sistemazione più adatta ai fini dell'igiene. G.

Saggiatore (II), n. 2, Torino, 1941.

LAMBERTINI, *Muscoli e sport.*

L'A. riconosce che le masse muscolari hanno sempre una loro impronta costituzionale che subisce uno sviluppo armonico dell'insieme corporeo, a seconda dello sport praticato. In tal guisa i muscoli dell'atleta del calcio o del nuoto, del salto o dell'atletista presentano sviluppi diversi che sono in perfetta relazione con le diverse esigenze funzionali dei giuochi sportivi. G.

Salvadenaro, n. 2, Parma, 1941.

Prestiti agli impiegati privati garantiti dallo stipendio - Verdi e il risparmio - Notiziario utile.

Scienza e tecnica, n. 3, Roma, 1941.

Tubercolosi nel mondo, Statistiche.

Viene rilevato che la mortalità per tbc. nel 1935 era minima in Danimarca (0,51 su 1000 abitanti) e nei Paesi Bassi (0,52), massima in Ungheria (1,53 %) e in Francia (1,25 %); in Italia essa era 0,88 %.

G.

Settimana medica (La), n. 7, Palermo, 1941.

VILARDO, *Modificazione del tasso ematico dell'acido I-ascorbico in seguito a riduzione quantitativa del tessuto surrenale.*

Dagli esperimenti eseguiti è risultato che l'ablazione di metà o di 3/4 di tessuto surrenale non modifica che transitoriamente il tasso ematico dell'acido I-ascorbico.

G.

Stomatologia italiana (La), n. 2, Roma, 1941.

CORRADI D'ARCANGELO, *Dati clinici sulle malattie della bocca e dei denti nei nazionali che si sono trasferiti nell'Impero.*

Gli AA. che hanno fatto un soggiorno di oltre quattro anni nei territori dell'Impero, riferiscono le loro osservazioni sulla comparsa e la frequenza delle affezioni stomatologiche che colpiscono i connazionali colà trasferiti esaminando i diversi aspetti clinici, etiopatogenetici previdenziali ed assistenziali dell'importante problema.

G.

Studi sassaresi, n. 5, Sassari, 1940.

GRANONE, *Rilievi clinici istologici e patogenetici sul morbo di Dupuytren (retrazione dell'aponeurosi palmare).*

L'A. dopo aver ricordato le principali teorie patogenetiche del morbo di Dupuytren esamina due casi di tale malattia con la speciale sintomatologia ed espone l'ipotesi che il morbo di Dupuytren sia l'espressione di un processo distrofico degenerativo metamelico, per cui si stabiliscono, indipendentemente alterazioni trofiche dell'aponeurosi palmare e dei nervi appartenenti al metamero interessato. G.

Tempo (Il), n. 1, Roma, 1941.

G. G. PUL: *Sul Lloyd* - GALANTI: *Il divieto di distrazione dei contratti di vita.*

L'A. fa alcune interessanti note alla legge del 3 giugno 1940 n. 761 in materia assicura-

tiva e si occupa diffusamente dei contratti che vengono stornati dal portafoglio. G.

Terapia, n. 260, Milano, 1941,

CARLINFANTI, *La fisiologia della milza.*

L'A. ricordando le incertezze e le lacune ancora esistenti in questo campo nonostante i notevoli progressi conseguiti in questi ultimi anni e basandosi sulla recente pubblicazione del professore Vercellani fa risaltare la funzione emodinamica della milza come deposito e riserva di sangue e la sua influenza sul ricambio dei lipidi e delle sostanze minerali e le sue correlazioni con le ghiandole endocrine con vera e propria funzione ormonica. G.

Tubercolosi, n. 2, Roma, 1940.

La tubercolosi dei rurali in Italia.

Viene fatto il riassunto di alcune comunicazioni svolte al convegno di Vittorio Veneto per lo studio della biologia umana nel rurale. Il Prof. Di Broglio ha riscontrato notevole aumento della tubercolosi linfoglandulare che è salita dal 44,6 % che era nel 1935 al 50 % nel 1937. Il Dott. Salvadoretti ha riscontrato una frequente coesistenza di forme di tbc. renale con tbc. polmonare e ritiene che il fatto sia da metter in rapporto con le particolari condizioni di esposizione alle vicissitudini atmosferiche cui il rurale va specialmente soggetto. G.

Idem, n. 12, 1940.

CAVAROZZI, *Una nuova classificazione delle varie forme di tubercolosi.*

L'A. viene a proporre una sua personale classificazione ispirata ai concetti di ordine patogenetico ed anatomo-clinico, nella quale la tbc viene considerata sotto due grandi gruppi; la tbc. primaria e la tbc. post primaria. Fanno parte secondo l'A. del primo gruppo il complesso primario con l'adenopatia tracheo-bronchiale e del secondo gruppo le forme chiaramente produttive. G.

Vetro (Il), n. 3, Roma, 1941.

BERETTA: *I problemi biologici del vetro in lastre - Attrici allo specchio - Servizio in cristallo - Realizzazioni moderne a Genova - Cancellate nuove - Vetrata dipinta a fuoco.*

Vita Universitaria, n. 13, Roma, 1941.

Imponente partecipazione alla guerra degli universitari romani. - I professori e la guerra - Albo eroico - Sistemare gli incaricati uni-

versitari - A proposito degli Istituti Universitari - Dagli Atenei d'Italia.

Zacchia, n. 4, Roma, 1940.

GALLORO, *Ricerche sperimentali sulla utilizzabilità delle proprietà di gruppo specifiche della saliva nella pratica medico-legale.*

L'A. ha ricercato la presenza di proprietà gruppo-specifiche nella saliva di diversi individui di gruppo sanguigno noto, proprietà che possono mettersi in evidenza anche in piccole quantità di saliva dissecata; semprechè i soggetti appartengano alla categoria di quelli che eliminano ricettori gruppo-specifici. G.

ESTERO

Bulgaria

Alimento e vita, n. 4, Sofia 1940.

GANOFF: *Prezzi permanenti per i prodotti alimentari* - GHERDJIKOFF: *Vecchiaia e alimentazione - Sostanza e nutrimento del formaggio bianco e del caciocavallo bulgaro* - POFF: *Cambiamento e diversità dell'alimentazione per i sani e i malati* - SKAIDANG: *Come conosciamo una conserva se è normale* - PUMPALAFF: *Itterizia.*

Medico naturalistico, n. 5-6, Varna, 1941.

La cura naturalistica in Germania - La cura col digiuno - La cura con erbe di alcune malattie: tenia, malaria, infezioni ed emorroidi - Igiene popolare - Le cure di calcio nella tubercolosi - Come preservarsi dalla tubercolosi.

Buona salute, n. 12, Sofia, 1941.

La grandezza della maternità - Età critica della gioventù - Ottimismo per alcune malattie del cuore - Gli stafilococchi - Conosci te stesso - Criminosa reclame al tabacco - Come sono guarito da una malattia di occhi.

Mondo e scienza, n. 7, Sofia, 1941.

Strana amicizia tra gli animali - Animale eroe - La lotta degli arabi per l'indipendenza - L'amore verso la Patria - Che si vuol dire con la parola « peso relativo » - Meraviglie della chimica contemporanea.

Francia

Presse Médicale (La), n. 14, Parigi, 1941.

SERGENT, *Le manifestazioni polmonari consecutive alla pleurite tubercolare cosiddetta primitiva e loro prevenzione.*

L'A. prendendo argomento da un lavoro pubblicato dal Dott. Hunault, Reaud e Filsol sostiene l'opinione che non esistono pleuriti primitive, cosiddette a frigore, ma pleuriti consecutive ad un focolaio tubercolare polmonare anche minimo e inapparente, che si trova ora nella massa del parenchima polmonare, ora nell'ilo e, da qui, diffuso per via ematogena o linfatica, alla pleura. G.

Germania

Blatter für Vertrauensart der Lebensversicherung, maggio-agosto 1940, Berlino.

H. GOEPEL, *Diagnosi, prognosi, suddivisione e statistica dei tumori del retto.*

L'A. fa dipendere la prognosi di un malato di cancro del retto dal ritardo dell'invio in clinica. Risulta da una statistica danese di Eikens che di 14444 casi, soltanto il 34 % entrava in clinica entro i primi sei mesi dall'inizio dei disturbi; altrettanti entro i dodici mesi; il 26 % tra uno e tre anni ed un 6 % ancora più tardi. Da ciò trae la conseguenza che solamente 1/3 di tutti i malati entrava in cura nel momento che unicamente nella maggioranza dei casi permette di riscontrare una diagnosi locale buona con scarso indebolimento generale dell'organismo.

L'A. accennando ai metodi più comuni per una esatta diagnosi parla della distribuzione del cancro per sesso e trova che su 2948 casi esaminati da Golde il 63 % è costituito da uomini e il 37 % da donne e su 1717 casi osservati da Heydeman il 65 % è costituito da uomini e il 35 % da donne. Secondo le età l'A. constata che il carcinoma del retto è una malattia propria dell'età e riporta la statistica di Eiken, in cui la metà dei pazienti operati supera il 60° anno di vita e solo il 5 % appartiene al periodo inferiore ai 40 anni.

Esaminando la possibilità di una guarigione duratura, in base ad una cura radicale l'A. la mette in relazione al grado anatomico dello sviluppo del tumore canceroso e ritiene molto attendibile la seguente tabella di Goetz:

Guarigione duratura 100 % - nei polipi solitari in forma di manico sottile.

Guarigione duratura 50 % - nei polipi isolati, con scarsa irruzione nella parete intestinale senza alcuna metastasi.

Guarigione duratura 25 % - nei carcinomi estesi fino alle immediate vicinanze del limite chirurgico dell'oggetto da estirpare senza metastasi distanti.

Guarigione duratura 0 % - carcinomi con gravissima estensione vicina e lontana.

L'A. conclude l'articolo assai elaborato con l'affermare che in conclusione l'operazione radicale è l'unico metodo razionale di cura del carcinoma del retto e che la mortalità, in questo caso, oscilla fra il 10% e il 40% e dipende essenzialmente dalla selezione, secondo le diverse cliniche e del periodo della diagnosi che dovrà essere quanto mai precoce, anzi precocissima.

(Traduzione e riduzione del Dott. DOMINICI)

Blatter für Versi cherungsmathematik un ver-xandte Gebiete, febbraio 1941.

PARTHIER, *I fattori di calcolo dei premi di assicurazione vita nella loro azione sulle parti costitutive del premio* - RIEBESELL, *L'assicurazione-ripartizione è una assicurazione corretta?*

Medizinische Klinik, n. 11, Berlino, 1941.

W. LORENZ, *Per la conoscenza delle diatesi emorragiche in età avanzata.*

L'A. riferisce tre casi di diatesi emorragica in persone rispettivamente di 59, 70 e 78 anni, che confermano l'opinione di Curschmann e di altri autori i quali ritengono che anche nella vecchiaia, come nella gioventù e nella media età, si possono manifestare le diatesi emorragiche di diversa origine. Anzi, il logorio dei capillari e alcune alterazioni endocrine (specie delle ghiandole sessuali) fanno supporre una maggiore disposizione verso le forme miti di diatesi emorragica negli uomini vecchi piuttosto che in quelli di media età. F. T.

Idem, n. 13, Berlino. 1941.

H. W. KRANZ, *Indagini sulla ereditarietà ed oculistica.*

L'A., rilevata l'importanza dello studio della ereditarietà, osserva come tale studio possa essere particolarmente fecondo di risultati nel campo oculistico, in cui i vari sintomi possono essere ben chiariti e delimitati. Passa quindi in rivista le principali affezioni dell'occhio, nelle sue varie parti, indicandone il comportamento dal punto di vista dell'ereditarietà. F. T.

Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, febbraio 1941.

H. MAUDT, *Le assicurazioni tedesche ed inglesi all'estero.*

E. CARUS, *Educazione professionale nell'industria assicurativa.*

J. LEITHÄUSER, *« Pericolo » e « rischio » - Radici naturali del concetto d'assicurazione.*

Portogallo

Africa Medica, n. 1, Lisbona, 1941.

BORGES, *Trattamento e profilassi della tubercolosi polmonare.*

L'A. riconosce tre fattori indispensabili alla manifestazione tubercolare: il bacillo, il contagio e il terreno, e dopo aver accennato ai metodi diagnostici in uso per svelarla precocemente, parla delle cause predisponenti della malattia e dei mezzi profilattici che si debbono praticare per scongiurarla fra cui viene ricordato il pneumotorace Forlanini. G.

Spagna

Consejo General de los Colegios Medicos de España, n. 12, Madrid, 1941.

Deontologia medica - SPECTATOR: *Intervista al microfono con il Presidente del Collegio Medico di Madrid Dr. La Portilla* - EXTRUCH: *Nuove idee su vecchi problemi* - CORTEIOSO: *La morte in servizio a proposito della carriera del medico.*

Stati Uniti d'America

Health Bulletin of the department of Public Health of the city of Philadelphia, marzo, 1941.

A. SINDONI, *Gravidanza e diabete mellito.*

L'A. si occupa dei rapporti fra gravidanza e diabete mellito cominciando con il constatare che, dopo l'avvento della cura insulinica, la mortalità materna per diabete è diminuita ma la mortalità fetale è migliorata ben poco.

La tolleranza verso i carboidrati durante la gravidanza è variabile; in molti casi, mentre diminuisce nei primi mesi di gestazione, migliora nell'ultimo periodo. Questo miglioramento è dovuto, secondo alcuni, all'azione della insulina fetale; altri invece lo attribuiscono all'aumento del consumo di glucosio da parte del feto.

Un momento molto importante da sorvegliare è il periodo dopo il parto in cui si può avere non solo il pericolo di una acidosi con il conseguente coma, ma anche il pericolo di ipoglicemia, per un meccanismo non ancora ben chiarito.

L'allattamento può esser permesso, purché il diabete sia adeguatamente controllato.

L'A. conclude affermando che le donne diabetiche, purché ben controllate, possono avere gravidanze e non è giustificata perciò l'opinione di alcuni autori che propugnano la sterilizzazione della donna diabetica. F. T.

Medical Record, Marzo 1941, New York.

S. IMMERMANN, *I sintomi addominali di malattie cardiovascolari.*

Si riscontrano nelle coronariti e nell'infarto cardiaco; è da tenere presente anche la congestione passiva del fegato (per es. nella stenosi mitralica) che unitamente ad altri segni può simulare un neoplasma gastrico. Sintomi dolorosi addominali si possono avere anche nelle aritmia cardiaca, nella sindrome di Menière che si riscontra negli ipertesi, negli arteriosclerotici, nei diabetici ecc. Infine l'arteriosclerosi dell'aorta addominale è in grado di per sé di determinare dolori addominali.

PUBBLICAZIONI RICEVUTE

ACQUARONE e DIOLAITI, *Osservazioni sulla febbre maltese e sua cura intensiva e rapida* (estratto da « La Medicina contemporanea », 1935).

ATTI DEL IX CONGRESSO NAZIONALE DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA FASCISTA PER L'IGIENE (Bari, 19-23 settembre 1934).

Sono stati pubblicati in due volumi gli Atti del IX Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana Fascista per l'igiene in bella veste tipografica e con il corredo di nitide e chiare fotografie, che illustrano i grandi lavori di bonifica compiuti nel Salento dall'Opera Nazionale dei Combattenti e che rappresentano un capolavoro dell'ingegneria sanitaria.

Nel primo volume sono contenute la cronaca del Congresso, relazioni e discorsi: nel secondo, tutte le numerose ed importanti comunicazioni avvenute tra cui vogliamo segnalare, per la loro importanza, quelle dei Prof. Ottolenghi, Marsa, Seppilli, Neri, Sangiorgio e Ragazzi sui maggiori problemi dell'igiene moderna. G.

ATTI DELLA XXVIII RIUNIONE (Pisa, 11-15 ottobre 1939) DELLA SOCIETÀ ITALIANA PER IL PROGRESSO DELLE SCIENZE.

La pubblicazione molto interessante dà il resoconto generale della XXVIII Riunione riportando i discorsi generali e i discorsi di classe, che sono stati letti dai più eminenti cultori, nelle diverse discipline scientifiche, filosofiche e morali, con un riassunto dei lavori delle sezioni. La pubblicazione contiene infine una relazione sull'attività svolta dagli Istituti fondati dalla S.I.P.S. e i discorsi di chiusura.

G.

CASALINI MARIO, *Il bambino nell'arte e nella vita* — Ed. I. E. M. I. A. Roma 1941.

In un volume di circa 200 pagine ed in una edizione molto elegante, ricca di figure ed illustrazioni fotografiche, l'A. presenta al pubblico uno studio sul bambino, che nell'esaltare la poesia profonda dell'infanzia, le sue arcaiche e misteriose influenze su tutta la vita sociale e familiare, l'anelito sempre caldo e palpitante dell'umanità verso una discendenza migliore e più sana, svolge, con la sua nota ed apprezzata competenza, una efficace propaganda igienica per la difesa e l'assistenza dell'infanzia, dettando norme e consigli pratici per la sua protezione.

E perchè l'A. ha squisita anima di artista, in cui il sentimento si fonde bene con la grande cultura, in una forma nuova, che ci pare anche originale, egli ci ha presentato il bambino nelle figurazioni antiche e moderne dell'arte e della letteratura, riproducendo i capolavori della scultura, della pittura e della letteratura che, di tempo in tempo, ispirarono i maggiori geni.

Molto interessanti riescono i capitoli che riguardano le statistiche, le leggi e le istituzioni dell'infanzia in rapporto alla nuzialità e alla natalità, all'assistenza, alla previdenza sociale della tubercolosi, all'assicurazione vita, onde possiamo sicuramente affermare che l'A. ha raggiunto bene lo scopo che si era prefisso di mantenere vivo attorno all'infanzia un culto di amore e di adorazione perenne. G.

CASASSA, *Indicazione dei sulfamidici in alcune forme infettive* (estratto da « Gazzetta Sanitaria », 1-1-1941, Milano).

COMUNE DI TRIESTE, *Dati statistici relativi ai mesi di ottobre, novembre dicembre 1940.*

E' una interessante pubblicazione divisa per capitoli: meteorologia, demografia, assistenza sanitaria, igiene e polizia sanitaria, beneficenza e assistenza pubblica, personale del comune e ricca di una larga documentazione dei meravigliosi sviluppi raggiunti dalla grande città in ogni campo della sua vita cittadina.

G.

FARAONE, *L'acclimatazione nella dipendenza da causa di servizio militare* (estr. da « Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale », 1941, Milano).

L'A. ritiene che il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio per l'infermità o la morte del militare in colonia debba derivare dalla qualità del rischio.

G.

IDEM, *L'acclimatazione come fattore di mortalità non indennizzata* (estr. da « Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale, 1941, Milano).

La morte dell'operaio per malattia contratta in Africa Orientale, durante il primo anno di soggiorno in Colonia, dovrebbe considerarsi concausata da fattore climatico e pertanto essere assicurativamente assimilata alla morte derivante da malattia tropicale giuridicamente riconosciuta. G.

MARZI, *L'orientamento professionale dei minorati e degli apprendisti al « Centro di Studi del Lavoro »*, Torino.

L'A. nel sintetizzare lo stato attuale dell'opera del Centro ne espone l'organizzazione dei servizi e i criteri direttivi per l'orientamento professionale degli apprendisti e dei minorati sulla base delle loro specifiche attitudini. G.

MASSARA-PERAZZI, *Il comportamento dei leucociti nel giudizio diagnostico-prognostico della polmonite crupale* (estr. dalla « Riforma medica », n. 37, 1940).

PALMIERI V., *L'ernia diaframmatica traumatica e la sua valutazione infortunistica* (estr. da « Rassegna della medicina sociale », n. 5, 1938 »).

L'A. prendendo motivo da un caso di controversia infortunistica occorsogli nella qualità di Relatore della Commissione arbitrale Compartimentale degli infortuni in agricoltura espone interessanti dati statistico-clinici e semeiotici sopra questa rara forma morbosa. L'A. mette in rilievo la differenza della riduzione della capacità lavorativa nelle ordinarie ernie addominali rispetto a quella che si verifica in questa speciale varietà la quale anziché un indebolimento verrebbe a costituire una vera malattia.

Nell'ultima parte del pregevole studio il Palmieri mette in rilievo la diversità di menomazione della capacità di guadagno che si determina per tale forma morbosa nei lavoratori agricoli in confronto a quelli dell'industria; come pure la constatazione, in base alle cognizioni cliniche, che l'intervento in queste forme di ernia non può rientrare fra i minori atti operatori obbligatori per legge. St.

SORRENTINO, *Su di un caso di atipica fimosi congenita completa del prepuzio* (estr. da *Progressi di Terapia* », n. 4, 1936).

Un grave lutto ha colpito la famiglia degli Assicuratori d'Italia con la morte del Cons. Naz. FRANCESCO MELLI avvenuta il 22 maggio u. s. a Bologna.

Francesco Melli, squadrista della prima ora, aveva dedicato tutta la sua attività alla diffusione delle assicurazioni quale Agente Generale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni in Forlì e alla organizzazione degli Agenti di Assicurazione. Egli era anche Podestà di Forlì dal marzo 1940.

Quanti conobbero l'uomo buono e giusto nella sua lunga attività svolta nel campo politico ed in quello assicurativo conserveranno a lungo la memoria del fervido patriota, dell'organizzatore infaticabile.

Nel mese scorso due nostri Redattori e collaboratori hanno avuto la grave sventura di perdere la loro amatissima Mamma.

Il 9 maggio moriva in Rogliano Calabro la signora Rosaria Clausi Spadafora ed il 20 si spegneva in Roma la Signora Lucia Ricciotti Scopinaro.

Ai cari e valorosi colleghi Dri. CLAUSI e RICCIOTTI la Direzione dell'Assistenza Sanitaria porge le più fervide condoglianze anche a nome di tutti i Medici di Direzione dell'I.N.A.

Vuoti nelle file dei nostri Medici fiduciari

Dr. VOLLONE FRANCESCO, S. Antonio Abate (Castellammare di Stabia).

Dr. VALLANA LUIGI, Ameno (Novara).

» LORENZONI EGISTO, Serravalle Pistoiese (Pistoia).

Dr. STRINGHER PAOLO, Udine.

» LEONARI GINO, Noale (Venezia).

» MILANO FRANCESCO, Gasperina (Catanzaro).

Dr. PELLEGRINI COSIMO, Massarosa (Lucca).

» BENINCASA GIOVANNI, Collesano (Palermo).

Dr. DAL VAL ISACCO, Pontenure (Piacenza).

» MASACCHIO ORESTE, S. Martino (Cosenza).

» MEIN PASQUALE, Samo di Calabria (Reggio Calabria).

Dr. LOGGIA MICHELE, Viverone (Vercelli).

» NOTINI LUIGI, Cutigliano (Pistoia).

» DE LEONARDI FURIO, Noale (Venezia).

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

TERME DI TRESORE BALNEARIO (Bergamo) - A tutti gli assicurati riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore e 50 % su tasse di ammissione.

LEGNAGO - Consultorio di medicina preventiva e di igiene.

In preparazione:

SAVONA - Consultorio di medicina preventiva e di igiene.

Si stanno concretando tra la Direzione dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni e la Direzione della Cit facilitazioni di soggiorno speciali per gli assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni che avessero bisogno di cure climatiche o termali.

Per informazioni rivolgersi alle nostre Agenzie ed agli Uffici della Cit.

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

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

Espettorato;

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

Elettrocardiogramma;

Misurazione della pressione arteriosa;

Teleradiografia del torace;

Controllo del peso e dell'altezza;

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

Agli assicurati per capitali superiori a L. 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:

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

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

E) Prestiti senza interesse per operazioni di alta chirurgia (agli assicurati con polizze ordinarie e collettive per le relative spese debitamente comprovate) (Mod. S. S. 58).

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 Coo» Consigli d'igiene e di medicina preventiva.

3° «Sotto il platano di Coo» (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.

Per le norme di invio del materiale di analisi ai laboratori dell' I. N. A. vedere numero precedente.

CENTRI SANITARI, SUB-CENTRI E CONSULTORI GRATUITI

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

L O C C A L I T À		ORARIO	L O C C A L I T À		ORARIO
PIEMONTE					
Torino	Via Maria Vittoria, 1	Giorni feriali	Toscana		
<i>Alessandria</i>	Via Roma, 14	1 ^o e 3 ^o lunedì 8,30-12,30, 14,30-17,30	Firenze	Piazza Stazione, 2	Giorni feriali
<i>Assti</i>	Via Aliberti, 2	Giorni feriali	<i>Livorno</i>	V. Cairoli, 9 (Pal. Galleria)	Lunedì 10-12, 14,30-16
<i>Bella</i>	Via Arnolfo, 20	Lunedì 9-12	MARCHE E DALMAZIA		
<i>Novara</i>	Via S. Giacomo, 2	Giovedì 9-12	Ancona		Giorni feriali
<i>Vercelli</i>	C. Carlo Alberto	2 ^o e 4 ^o martedì 8,30-13	<i>Ascoli Piceno</i>	C. Mazzini, 18	1 ^o e 3 ^o mercoledì 10,30-12,30, 15-17
LOMBARDIA					
Milano	P. Diaz, 6	Giorni feriali	<i>Macerata</i>	P. Popolo - V. Archivio	Ultimo mercoledì 10,30-12,30, 15-17
<i>Bergamo</i>	V. Camozzi, 33	1 ^o e 3 ^o lunedì 9-12,30	<i>Pesaro</i>	V. Ricci, 2	2 ^o e 4 ^o martedì 10,30-12,30, 15-17
<i>Brescia</i>	P. Vittoria - Palazzo INA	1 ^o e 3 ^o martedì 9-12,30	<i>Zara</i>	V. Rossini, 2	2 ^o giovedì 10,30-12,30, 15-17
<i>Como</i>	V. D. Fontana, 2	2 ^o e 4 ^o giovedì 9,30-12,30	LAZIO E UMBRIA		
<i>Cremona</i>	V. Campi, 1	1 ^o e 3 ^o mercoledì 9,30-12,30	Littoria	P. XXIII marzo - Pal. I.N.A.	Domenica 8-12
<i>Legnano</i>	C. Vittorio Emanuele, 5	2 ^o e 4 ^o martedì 9-12	<i>Ferugia</i>	P. Vittorio Emanuele, 1	2 ^o e 4 ^o martedì (sospeso)
<i>Pavia</i>	C. Mazzini, 3	5 ^o e 4 ^o sabato 9-12,30	Roma	Via Salustiana, 1	Giorni feriali
LIGURIA					
Genova	V. Carducci, 3	Giorni feriali	<i>Roma</i>	V. Trifone, 142	Giorni feriali
VENEZIA TRIDENTINA					
Bolzano	V. Rosmini, 20	mercoledì e sabato 9-12 15-18	<i>Terni</i>	V. Taeto	Mercoledì (sospeso)
<i>Bressanone</i>	V. Roma, 5	4 ^o venerdì 9-12 15-18	<i>Tivoli</i>	V. S. Croce	2 ^o e 4 ^o sabato 14-17
<i>Roberto</i>	Piazza Rosmini	mart., giov., sabato 9-12 15-18 (1)	<i>Viterbo</i>	C. Vitt. Emanuele	1 ^o e 3 ^o sabato 9-12
<i>Trento</i>	V. Bellenzani, 14		CAMPANIA		
VENEZIA VENETA					
Padova	P. Spalato, 1	Giorni feriali	<i>Avellino</i>	P. Libertà, 52	2 ^o e 4 ^o martedì 11-14
<i>Belluno</i>	V. Garibaldi, 1	2 ^o sabato 9-12	<i>Benevento</i>	V. Isabella Morra, 6	1 ^o e 3 ^o mercoledì 9,30-12,30
<i>Isola S. Nicola</i>	P. Nazario Sauro	2 ^o venerdì 9-12, 15-18	<i>Caserta</i>	O. Umberto, 53	2 ^o e 4 ^o giovedì 9-12 (sospeso temp.)
<i>Legnago</i>	P. Dnomo	1 ^o e 3 ^o venerdì 9-12, 15-18	<i>Castell. Stabia</i>	P. S. Maria dell'Orto, 5	1 ^o e 3 ^o giovedì 9-12
<i>Treviso</i>	V. Vitt. Emanuele, 29	1 ^o e 3 ^o martedì 8,30-12 (2)	<i>Napoli</i>	P. Costanzo Ciano, 32	Giorni feriali
<i>Udine</i>	V. Sauto, 1	2 ^o e 4 ^o martedì 9-12, 14,30-18,30	<i>Portici</i>	V. Belluoci Sessa, 17	2 ^o e 4 ^o sabato 9-12
<i>Venezia</i>	Calle larga XXII Marzo	Giorni feriali	<i>Salerno</i>	C. Garibaldi (Pal. Natelli)	Giorni feriali
<i>Verona</i>	V. Vitt. Emanuele, 11	Lunedì 9-12, 15-18	CALABRIA		
<i>Vicenza</i>	P. Roma, 11	3 ^o lunedì 8,30-12	Catanzaro	P. Roma, 20	Giorni feriali
VENEZIA GIULIA					
Trieste	P. Dalmazia, 3	Giorni feriali	<i>Cosenza</i>	C. Mazzini	2 ^o martedì 9-12
<i>Fiume</i>	V. XXX Ottobre	2 ^o e 4 ^o martedì 9-12 15-18	<i>Reggio Calabria</i>	C. Garibaldi, 2	1 ^o e 3 ^o mercoledì 9-12
<i>Gorizia</i>	V. Crispi, 9	1 ^o e 3 ^o giovedì 8,30-12 dal 1 ^o -5 al 30-9 e 14,30-16,30 dal 1 ^o -10 al 30-4	SICILIA ORIENTALE		
<i>Monfalcone</i>	V. Duca d'Aosta, 26	1 ^o e 3 ^o mercoledì (sospeso)	Catania	V. A. Mussolini, 16	Venerdì e sabato 9,30-13
<i>Pola</i>	V. Garibaldi, 13	2 ^o e 4 ^o venerdì 14-17	Messina	V. Colombo, 40	Giorni feriali
EMILIA					
Bologna	V. Pignattari, 1	Giorni feriali	<i>Ragusa</i>	V. M. Coffa, 12	Venerdì e sabato 9,30-13
<i>Modena</i>	P. Mazzini, 4	1 ^o e 3 ^o lunedì 9-13	Trapani	V. Vitt. Eman., 2	Giorni feriali
<i>Parma</i>	V. Garibaldi, 23	2 ^o e 4 ^o giovedì 9-13	SARDEGNA		
<i>Piacenza</i>	P. Cavalli, 2	2 ^o e 4 ^o mercoledì 9,30-12,30	Cagliari	V. Roma, 73	Giorni feriali
<i>Reggio Emilia</i>	V. Emilia S. Stefano, 3	1 ^o e 3 ^o martedì 9-12,30	<i>Iglesias</i>	Agenzia Principale INA.	
			<i>Nuoro</i>	V. Garibaldi, 81	
			<i>Oristano</i>	Agenzia locale INA.	
			<i>Sassari</i>	P. Italia, 7	

(1) Consultorio per la G. I. L. - (2) Consultorio per la G. I. L.



Medici specialisti che accordano facilitazioni ai nostri assicurati

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

ODONTOIATRI

- Agrigento:** Dr. A. CUCURULLO.
Canicatti: Dr. G. CASSARO, P. Palma.
Alessandria: Dr. A. PICCINI, V. della Vittoria 8 - Dr. A. G. PICCIONE, V. Savonarola, 12.
Casale Monferrato: Dr. U. GAUDINA, V. Palestro, 7 - Dr. A. REDOGLIA, P. Duomo, 1 - Dr. G. PINOLINI, V. Benvenuto S. Giorgio, 8.
Novi Ligure: Dr. M. LE BELLONE.
Tortona: Dr. C. TORTI.
Ancona: Dr. L. PANAREO, C. Vittorio Emanuele III, 9.
Aosta: Dr. A. CHIAMPO - Dr. T. SPIRITO, V. Ospedale - Dr. A. BOFFA, P. Vitt. Emanuele, 7.
Ivrea: Dr. G. BALMA, P. Vitt. Emanuele, 12 - Dr. G. MATUINO, V. Arduino - Dr. G. PUGLIESE, V. XXI Aprile.
Aquila: Dr. G. B. DE ANGELIS.
Arezzo: Dr. M. MICHELINI, V. Francesco Crispi, 2.
Ascoli Piceno: Dr. A. MONDOZZI, V. B. Cairoli - Dr. L. PENNESI, V. Malta - Dr. A. TASSONI, V. Malta.
Asti: Dr. A. DEGAN, P. Medici, 1 - Dr. C. IVALDI, C. Dante, 3 - Dr. L. MALAGOLI, V. Cavour.
Barl: *Andria:* Dr. F. SARDANO, - Dr. F. SGARAMELLA, V. Gaminarota, 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, 6 - Dr. A. CARAMITI, V. Imberio, 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. G. KEISER, C. Prin. Umberto, 32 - Dr. A. KONIG, C. Goethe, 6 - Dr. F. SINGER, C. Prin. Umberto, 7.
Brescia: Dr. O. BERTOLI, C. Magenta, 26 - Dr. E. CASTELLI, V. Dante, 42 - Dr. M. JORI, C. Vittorio Emanuele, 58 - Dr. G. B. RIETTI, V. Mazzini, 6 - Dr. G. RIETTI, V. Mazzini, 6 - Dr. D. SALVAGNI, Viale Stazione, 6 - Dr. D. SCACHERI, C. Palestro, 27.
Gardone Riviera: Dr. G. GOLO.
Salò: Dr. G. SIMONI, P. V. Em., 96.
Cagliari: Dr. L. FRONGIA, V. Marino, 98 - Dr. G. PINNA-STARA, Viale Diaz
Iglesias: Dr. E. SPINAS, V. Roma, 5.
Campobasso: Dr. A. MARTINO - Dr. SANTORO, Manfredi.
Carrara: Dr. G. Batt. LODOVICI, V. Lunense.
Catania: Dr. M. DI GRAZIA, V. Garibaldi, 9 - Dr. S. GRECO, V. Etna, 270 - Dr. G. MILONE, V. Umberto, 41 - Dr. R. MUSUMECI GRASSI, V. Vittorio Emanuele, 215 - Dr. F. POLITI, Via Etna, 208.
Catanzaro: Dr. C. CITANNA, Via Monte, 12.
Chieti: Dr. Cav. E. MASTROPASQUA, V. S. Gaetano, 7.
Como: Dr. V. GORIN, V. Garibaldi, 19 - Dr. A. PADERI, V. Indipendenza, 4 - Dr. L. TORI, P. Grimaldi, 2.
Lecco: Dr. M. HEUMANN, V. Roma, 28.
Cosenza: Dr. G. ANDREASSI, V. Mazzini - Dr. O. CERBELLI, P. Ferovia - Dr. A. CHIMENTI, V. Trento.
Cremona: Dr. L. BERTOLOTTI, 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, 292.
Ferrara: Dr. A. CAVALLARI, Largo Castello - Dr. G. FINI, Corso Giovacca, 3 - Dr. D. MORI, V. Cortevicchia, 3 - Dr. A. TESI, V. Palestro, 21 - Dr. G. TESI, V. Palestro, 21.
Firenze: Dr. V. ARNONE, V. Pandolfini, 26 - Dr. A. CITELLI, Lung'Arno Acciaiuoli, 22 - Dr. G. PUTTI, V. dei Servi, 6 - Dr. C. RAMONINO, V. Vecchietti, 9 - Dr. S. CALAMARI, V. Della Pergola, 14-bis.
Foggia: Dr. G. ARBORE, - Dr. E. DI MAIO - Dr. G. BUONO DI LUCIANO.
Manfredonia: Dr. P. MELUCCO.
S. Severo: Dr. P. RECCA.
Rimini: Dr. E. LAZZAROTTO - Dr. L. PEDRAZZI - Dr. R. PELOSI.
Genova: Dr. G. MORIANI, P. Corvetto, 1/4 - Dr. F. PUPPO, Salita S. Caterina, 1/2.
Cornigliano: Dr. G. TRAVAGLINI, V. Garibaldi, 13.
Grosseto: Dr. A. ANGELINI.
Imperia: Dr. R. AMORETTI, V. Alfieri, 18 - Dr. O. DE VECCHI, Via del Monte - Dr. A. LATRONICO, V. Berio, 5-bis - Dr. E. MAGLIONE Imperia-Oneglia - Dr. C. MURA, Corso Dante, 2 - Dr. A. NATTA, V. Gandolfo, 1.
Bordighera: Dr. E. BUFFA, V. Sant'Antonio - Dr. I. DEL BOCA, V. Vittorio Emanuele.
Sanremo: Dr. E. GISMONDI, V. Vittorio Emanuele, 11 - Dr. G. ELENA, V. Carli, 1.
Ventimiglia: Dr. G. BUONSIGNORE, V. Roma, 7 - Dr. F. UGOLINI, V. Cavour, 51.
Livorno: Dr. I. CAPITANI, Scali Ugo Botti, 2 - Dr. O. CASAGNI, V. Magenta, 8 - Dr. C. QUARANTORSI, V. Enrico Mayer, 18.
Portoferraio: Dr. A. LAGHI.
Lucca: *Altopascio:* Dr. G. L. PIEGAIA.
Viareggio: Dr. G. GIUFFRIDA.
Mantova: Dr. G. CONSOLO, C. Umberto I, 89 - Dr. R. LASAGNA, V. Chiasci, 2 - Dr. E. PONGILUPPI, P. Imperia - Dr. M. PREDARI, V. Marangoni - Dr. L. VENERI, C. V. Emanuele, 64 - Dr. G. ZAGNI, V. B. Grazioli, 32.
Matera: Dr. D. MARINARO - Dr. S. LO RUSSO - 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, 8 - Dr. C. DONATO, V. R. De Cesare, 7 - Dr. V. GIUFFRÈ, V. Santa Brigida, 76 - Dr. G. IZZO, V. Sant'Arcangelo a Baiano - 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. Villaremosa, 6 - Dr. G. DI CARLO, V. Roma - Dr. P. GARLO, Largo S. Sofia, 1 - Dr. C. MILAZZO, P. G. Verdi, 22.
Dr. A. NICOSIA, P. Aragona, 4 - Dr. R. PEZZOLI, P. Castelnuovo, 11 - Dr. G. PIAZZA GARGANO, P. San Domenico, 23 - Dr. F. PIZZUTO, V. Villareale, 38 -

Dr. A. RIBOLLA, V. Rosolino Pilo, 12 - Prof. Dr. E. TEMPESTINI, V. R. Seltimo, 24.

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

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

Foligno: Dr. G. BIONDI.

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

Pisa: Prof. Dr. R. CARRERAS, V. San Lorenzo, 19 - Dr. F. DELLE SEDIE, P. Carrara, 5 - Dr. G. PAOLI, Borgo Stretto, 5 - Dr. S. SESSI, V. Vittorio Emanuele, 4.

Pola: Dr. F. STOCO.

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

Locri: Dr. G. PELLEGRINO.

Roma: Dr. A. BENEGLANO, 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, Vicolo Bartolinis - Dr. G. NIEDDU, V. Manno - Dr. R. TOCCO, P. Castello.

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

Siena: Dr. P. MARZANO, V. di Città 3. Sondrio: Dr. L. OTTANI, V. XXVIII Ottobre, 8.

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

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

Torino: Dr. G. BUJATTI, C. Vinzaglio, 104 - Prof. Dr. L. CASOTTI, Via Roma, 15, Palazzo I. N. A. - Dr. E. FAVERO, V. Camerada, 10 - Dr. Prof. G. GIORELLI, V. S. Quintino, 18 - Dr. C. MARAZZINA, V. Brundizzo, 3 - Dr. A. TOMMASSINELLI, V. P. Micca, 10 - Dr. V. TOMMASSINELLI, P. Vitt. Veneto, 20.

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

Arco: Dr. E. PERNECHER.

Levico: Dr. F. CALIARI.

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

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

Trieste: Dr. A. MINAS, V. A. Diaz, 10-

Dr. G. OTTOCIAN, V. XXX Ottobre, 17 - 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. 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. G. GARZINO, Osp. Civile.

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

Asti: Dr. C. LOVISOLO, - Dr. G. CARDELLO, P. Medici, 4.

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.

Bressanone: Dr. E. NIEDEREGGER.

Cagliari: Prof. Dr. GALLENGA R., R. Clinica Oculistica - Prof. Dr. G. MOSSA, V. Pola, 7.

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

Serramanna: Dr. L. PITTAU.

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

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

Agnone: Dr. S. SAVASTANO.

Catania: Prof. Dr. G. FAVALORO, V. S. Maddalena, 59.

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, Foro Bonaparte, 46.

Molfetta: Prof. Dr. G. COZZOLI, Via Umberto, 78.

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

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

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

Palermo: Dr. G. BELLINA, V. Celso, 14 - Prof. Dr. A. CUCCO, V. Villafranca, 20 - Prof. Dr. D. D'AMICO, Viale Libertà, 1 - Dr. F. P. DE BONO, Via Di Marzo, 2 - Dr. G. LA PLAGA, Via Garzilli, 24 - Prof. Dr. S. LONGO, C

Scinà, 841 - 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.

Roma: Prof. Dr. D'AMICO, V. Farni, 6 - Prof. Dr. C. MAZZANTINI, Via Milano, 24 - Prof. Dr. I. NEUSCHÜLLER, V. Regina Elena - Prof. Dr. B. STRAMPPELLI, Corso Italia, 33.

Salerno: Dr. V. TURCO, C. V. Emanuele, 130.

Sassari: Prof. Dr. V. SABA, Via Roma, 14.

Taranto: Dr. V. CARDUCCI, V. D'Aquino - Prof. Dr. A. MARICOSCI, V. di

Palma - Dr. R. MARINOSCI, V. Regina Elena, 33 - Prof. Dr. E. VILLASEVAGLIOS, V. De Cesare, 1.

Torino: Dr. C. CAFFARATTI, CORSO Vinzaglio, 5 - Dr. C. CANTÙ, V. Maddama Cristina, 6 - Prof. G. CAPPELLARRO, C. Vitt. Emanuele II, 51 - Prof. Dr. A. CORRADO, V. Juvana, 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. Fraà 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. Grano, 2.

Merano: Dr. M. DIESBACHER, Viale di Mria.

Cagliari: Dr. A. CANESSA, V. Manno, 5 - Dr. L. LAUDADIO, C. Felice, 28.

Iglesias: Dr. A. TORNU, P. Sella.

Caltanissetta: Dr. P. RESTIVO, Via Gaetani, 37.

Catania: Prof. Dr. GIUFFRIDA, Piazza Cavour, 14.

Como: Dr. F. BECCHERLE, V. Volta, 33. Dr. G. TORLASCHI, V. Natta, 7.

Cremona: Dr. F. BOCCHI, V. Madonna, 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, 82.

Foggia: - S. Severo: Dr. A. CERVASIO.

Forlì: Dr. F. SEGANTI, V. Maldenti, 8.

Forlizia: Dr. G. COMEL - Dr. S. RUZ-ZATI.

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.

Pistoia: Dr. M. A. CASANUOVA, Via della Madonna, 8.

Pola: Dr. E. MAZZARO.

Reggio C.: Prof. Dr. G. SALVATORI.

Roma: Prof. Dr. G. TURTUR, Via XX Settembre, 95 - 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 Mas-sari, 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. Cuv. G. MAFFEI, V. Oss. Mazzurana, 16.

Trieste: Dr. A. ROCCO, V. Mercato Vecchio, 3.

Udine: Dr. F. PELLIZZO, Via Rivis, 32.

Varese: Dr. S. ROVERA - Dr. G. SIOLI, P. M. Giappa, 14 - Prof. Dr. G. PINAROLI, V. Fiume, 4.

Somma Lombarda: Dr. P. A. BURATTI.

Venezia: Dr. G. BREGANZATO.

Vercelli: Dr. P. PETTERINO, Via Olandi, 1.

Vicenza: Dr. E. BASSO, V. Racchetta, 5 - Dr. A. BOER, V. Carpagnon, 13.

Stabilimenti di cura che accordano facilitazioni ai nostri assicurati

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

Località	Nominativo	Facilitazioni	Località	Nominativo	Facilitazioni
BOLOGNA	Osp. « B. Mussolini » dell' I. N. F. A. I. L.	20% 1 ^a e 2 ^a cl. 10% 3 ^a cl.	MODENA	Casa Prof. Marchetti - Via Giardini 20	30%
BRESCIA	Poliambulanza - Piazzale Garibaldi	20, 25 e 30%	MODENA	Casa « Berti »	30%
CAGLIARI	Casa Prof. G. Baggio - Piazza S. Benedetto	30%	NAPOLI	Sanatorio « C. Forlanini »	30% diaria L. 20
CALTANISSETTA	Casa Dr. Ballati	30%	PALERMO	Clinica Prof. Arnone - Via Ugdolena, 2	30% 30% retta 20% interventi e ricerche
CATANZARO	Ist. clin. diagnost. fisioter. Dr. G. Mazza - Via Duomo	30%	PALERMO	Casa « Noto »	30% 30% retta 20% interventi e ricerche
COMO	Ist. Cardiolog. Prof. G. Galli - Via Volta 46	30%	PIACENZA	Casa « Piacenza »	20%
COSENZA	Casa Catalani - Villa Amelia	30%	REGGIO EMILIA	« Villa Ida » - Prof. Dr. G. Zironi	30%
GENOVA	Poliambulatorio del Lavoro - Via Benedetto XV	ass. popolari L. 10 visita annuale	S. PELLEGR. TERME (Bergamo)	Casa Dr. M. Quarenghi	20 e 25%
GENOVA	Ist. Inalazioni Dr. B. Oxilia - Via XX Settembre 1-2	30%	S. SEVERO (Foggia)	Clin. Troiano - V.le Stazione	30%
LOCRI (Reggio C.)	Casa di Cura Barillaro	30%	TORINO	Ist. Med. preventiva - V. delle Orfane, 8	40% ass. popolari L. 11 visita annuale 35%
MESSINA	Ist. terapia fisica Dr. G. Spagnolio - Piazza Stazione	30%	TORINO	Clin. malattie professionali - R. Università	30 e 40%
MESTRE (Venezia)	Osp. Civ. « Umberto I »	10 e 20%	TORINO	Istituto terapia oozonica - Corso Oporto 10	15%
			TORINO	« Villa Maria » - Via Principessa Felicita, 15-bis, 17	30 e 40%
			TORINO	Ospedale Maggiore S. Giov. Battista e della Città di Torino	15%
			TREVISIO	« Villa Bianca » - Prof. A. Grollo	30%
			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%	ROMA	Casa « Immacolata Concezione » (artrite, sciatica e reumatismi) - V. Pompeo Magno, 14	50% ambulanza 1 ^a cl. L. 50 retta 2 ^a » » 40 » 3 ^a » » 25 »
ROMA	Clinica Ostetrica Ginecologica R. Università di Roma Cura della sterilità.	A tutte le assicurate visite gratuite giovedì e sabato ore 15	PADOVA	Casa « La Salutare » (località Altichiero) neurologia	20%
	Osp. S. Gallicano (dermosifilopatia)	diaria 30,50	TREVISIO	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.
BOGNANCO (Novara)	Acque bicarbonato-solfato-alcaino-litiose e medio-minerali.	Stitichezza - Epatopatie cr. - Colecistiti.	50% su tariffe.
CARAMANICO (Pescara)	Acqua solforosa-salzo-bromo-iodica.	Artritisimo - 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 salzo-bromo-iodica	Artritisimo - reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio Rinofaringiti.	25% su tariffe (Categ. B).
CHIANCIANO (Siena)	Acque bicarbonato-solfato-alcaino-ferrose e medio-minerali. Bibita, bagni, fanghi.	Affezioni vie biliari - Disfunzioni epatiche - Ipertensione (balneoterapia).	10% sugli abbonamenti alle bibite e bagni 1 ^a e 2 ^a classe (per forme popolari anche 3 ^a classe)
CIVITA VECCHIA (Roma)	Acqua solfato - alcaino - ferrosa	Reumatismi - Malattie del ricambio, ginecologiche.	20% su tariffe giornaliere in vigore.
FIUGGI (Frosinone)	Acque oligo-minerali.	Diatesi arica - Calcolosi reno-vesiciale - Gotta - Cistopielite.	30% su tariffe.
GUARDIA PIEMONTESE (Cosenza)	Acque solfuree-salzo-bromo-iodiche - Fanghi.	Artritisimo - 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 salzo-bromo-iodica. Irrigazioni vaginali, nebulizzazioni secche.	Stitichezza spastica e atonica - Obesità - Disfunzione del fegato.	25% su tariffe.
LOCRI-ANTONIMINA (Reggio C.)	Acque salzo-iodiche - Bagni - Fanghi	Mal. ginecologiche - Linfatismo Artritisimo - Reumatismo - Nevriti - Malattie della pelle.	30% su tariffe
MONSUMMANO (Pistoia)	Acqua bicarbonato-solfato-alcaina-ferrosa e salzo-bromo-iodica. Bagni, fanghi.	Artritisimo e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	20% su tariffe.
MONTECATINI. (Pistoia)	Acqua salzo - bromo - iodica. Fanghi vegeto - minerali - Bagni.	Stitichezza - Epatopatie cr. - colecistiti.	10% su tariffe (aprile-luglio e ottobre-novembre).
MONTEGROTTO T. (Padova)	Acqua salzo - bromo - iodica. Fanghi naturali vulcanici.	Artritisimo - Reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	Terme preistoriche: 20% 1 ^a classe - 15% 2 ^a e 3 ^a classe su cure, pensione, visita medica, ecc.
POBRETTEA (Bologna)	Acqua solfurea-salzo-bromo-iodica.	Stitichezze - Epatopatie cr. - colecistiti.	50% ingresso stabilimenti - 25% sulle cure.
POZZUOLI (Terme puteolane)	Acqua salzo-solfato-alcaina. Fanghi radioattivi.	Reumatismi e artriti scrofolosi - Mal. ricambio - Postumi di fratture.	25% sulle tariffe.
RECOARO (Vicenza)	Acqua arsenicale-ferruginosa e medio-minerale ferruginosa.	Anemie - Cloroadinamie - Linfatismo.	25% sulle tariffe.

Località	Qualità fisico-chimiche delle acque e fanghi	Malattie per le quali si consiglia la cura	Facilitazioni concesse
SALICE TERME Voghera (Pavia)	Acque salsiodiche e solfo-rose. Bagni. Fanghi. Inalazioni.	Malattie ginecologiche e del ricambio. Scrofolosi. Malattie pelle e vie respiratorie.	30%, sulle tariffe.
SALSOMAGGIORE (Parma)	Acque salsobromiodiche	Artrite e reumatismo cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti - Mal. ginecologiche e ricambio - Rinofaringiti.	Assic. ord. e coll. - 20%, sulle tariffe, sconti dagli alberghi Porro e Valentini.
S. CASCIANO B. (Siena)	Acqua solfato-alealino-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.	Artriti e reumatismi cr. - Tbc. ossea - Eczemi - Nevriti.	Ass. ord. e coll. - 25%, sulle tariffe, fino al 31-12-1941.
SARDARA (Cagliari)	Acqua bicarbonato-alcalina-termale.	Ipercloridria - Atonia gastrica Gastroenterite cr.	25%, sulle tariffe.
SCIACCA (Agrigento)	Acqua cloruro sodica calcica magnesiana.	Mal. artritiche - Ricambio - Traumatiche - Ginecologiche.	20%, sulle tariffe.
SCRAGO 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. - Neuralgie - Gotta.	15% su pensione di L. 30 - 25% su bagno e stufa.
TRESCORE BALNEARIO (Bergamo)	Acqua clorurata sodico-calcica - Bagni - Fanghi.	Reumatismo, artrite cr. - Mal. ricambio - Ginecologiche - Pelle - Respiratorie - Postumi di fratture etc.	25% sulle tariffe e 50% su tasse di ammissione.

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

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

Isole italiane dell'Egeo

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

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

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

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

Estero

EGITTO. — A) Buono gratuito per visite mediche di collaudo della salute a tutti comunque assicurati.

B) Concessione di prestiti senza interessi per operazioni di alta chirurgia.

C) Riduzione del 30%, sulle tariffe praticate da specialisti.

D) Estensione a tutti gli assicurati residenti in Egitto delle facilitazioni concesse dagli Stabilimenti Termali, Ospedali e Case di Cura nel Regno d'Italia e Colonie.

ALESSANDRIA D'EGITTO Ospedale Italiano « Benito Mussolini », a tutti gli assicurati, le seguenti riduzioni sulle tariffe in vigore di degenza e di tutte le cure che ivi si praticano: 15% (quindici per cento) per la prima classe speciale; 20% (venti per cento) per la prima classe; 15% (quindici per cento) per la seconda classe e il 30% (trenta per cento) sulla tariffa per gli esami radiologici.

Per usufruire delle concessioni rivolgersi alla Rappresentanza Generale per l'Egitto ed il Sudan: Alessandria d'Egitto - 1, Via Re Fuad I.

Riproduzione vietata degli scritti contenuti in questa Rivista, anche se parziale o sunteggiata, senza citarne la fonte

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

"PRAEVIDENTIA,,
S. A. ASSICURAZIONI - RIASSICURAZIONI
CAPITALIZZAZIONI
ROMA - Via Umbria N. 2



Che cosa è la capitalizzazione? La realizzazione perfetta del risparmio: la formazione cioè, al termine di un periodo prestabilito, di un capitale pari al cumulo delle somme versate e dei relativi interessi composti.

Vantaggi della capitalizzazione: Invariabilità di un conveniente tasso di interesse (4 e 4½ %) per tutta la durata del contratto (fino a 25 anni).

Applicazioni di particolare convenienza: Investimento di fondi spettanti a minori, costituzione di dote, garanzia di nuda proprietà, ricostituzione di capitali, ecc.

ESEMPI

Con una polizza a **premio annuo**, versandosi L. 1.154,40 all'anno, dopo 25 anni la Società pagherà

L. 50.000

Con una polizza a **premio unico**, versandosi L. 33.277,90 una volta tanto, dopo 25 anni la Società pagherà

L. 100.000

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni garantisce integralmente le polizze della "Praevidentia,,



Corporate Heritage
& Historical Archive