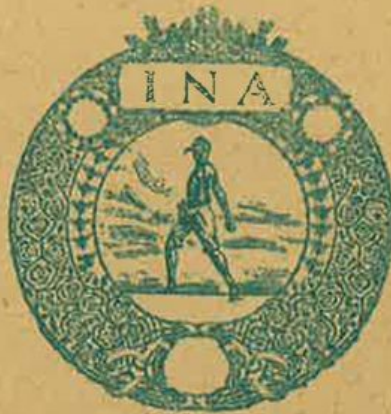


L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL'ISTITUTO NAZIONALE
DELLE ASSICURAZIONI



ANNO XI - N. 3

15 GIUGNO 1942-XX

DIREZIONE • REDAZIONE • AMMINISTRAZIONE: ROMA, VIA SALLUSTIANA 51



Corporate Heritage
& Historical Archive

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

In preparazione:

Consultorio di Medicina Preventiva e d'Igiene in Taranto.

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. III di copertina) eventualmente completate dalle seguenti ricerche ed esami di laboratorio:

Urina - 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;

Esame radiologico del torace;

Controllo del peso e dell'altezza;

Per l'invio del materiale vedi le Norme più sotto. Agli assicurati per capitali a partire da L. 80.000 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. 59) e per viaggi alle stazioni di cura

F) Facilitazioni presso medici specialisti (per cure odontoiatriche, oculistiche e otorinolaringoiatriche) vedi elenco completo nelle pagg. III-V dell'Ed. speciale.

G) Facilitazioni presso ospedali e case di cura (vedi tabella a pag. VI).

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

I) Pubblicazioni di medicina preventiva e d'igiene 1° «Salute, tesoro della vita» del Prof. Dr. O. BRILLUCCI - 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. PINO - 5° «L'Assistenza Sanitaria» Rivista bimestrale d'igiene e di medicina preventiva - Edizione speciale.

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

Gli assicurati impossibilitati ad allontanarsi dalla loro residenza possono beneficiare ugualmente delle ricerche di laboratorio, inviando il materiale da analizzare al Servizio Sanitario della Direzione Generale in ROMA ed ai Centri di Assistenza Sanitaria (V. Tab. pag. terza della copertina) col mezzo più celere, insieme ai Buoni per Esame di Laboratorio (Modulo Servizio San. n. 79), i quali vengono distribuiti dalle Agenzie presso le quali gli Assicurati pagano il premio. I campioni dovranno essere confezionati nel modo seguente:

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

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

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

per la colesterinemia: 10-15 cc. idem;

per la calcemia: 10-15 cc. idem;

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

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

per la reazione di Meinicke o la R. di Ide; per la reazione di citochol; per la reazione di Wassermann: 5-10 cc. di sangue, prelevato a digiuno o meglio 12-15 cc. di siero possibilmente già centrifugato.

I campioni per le ricerche della uricemia, colesterinemia, calcemia, citochol, Meinicke, Wassermann e Ide devono essere inviati presso i Laboratori della Direzione Generale dell'I. N. A. in Roma, via Sallustiana, n. 51.

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

L' ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL' I. N. A.

BIMESTRALE DI MEDICINA PREVENTIVA E DELLE ASSICURAZIONI

Fondatore e 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, AMMINISTRAZIONE: VIA SALLUSTIANA, 51 - ROMA
ABBONAM. ANNUO: PER L'ITALIA L. 20; PER L'ESTERO L. 40; PER I MEDICI FIDUCIARI L. 10

SOMMARIO

1. Studi e ricerche di medicina delle Assicurazioni Vita:	
Prof. Dott. MARIA VELE, La presbiopia, elemento di giudizio per la determinazione dell'età biologica	98
Dott. ACHILLE CALATI, I rischi tarati nell' A. V. (<i>continua</i>)	103
3. Indagini di Statistica medica:	
Dott. CORRADO CONFORTO, L'ereditarietà dalla longevità in rapporto all' A. V.	109
3. Semeiotica di medicina della A. V.:	
Dott. TOMMASO RICCIOTTI, Considerazioni sopra due casi di spina bifida occulta	119
2. Varie:	
Nel trentennale dell' Istituto Nazionale delle Assicurazioni: Servizio Sanitario - Le pubblicazioni di medici a preventiva ed assistenziale dell' I. N. A.	125
3. Notiziario	128
4. Dai Periodici	132
5. Nella nostra biblioteca	143
6. Vuoti nelle file	144
7. Provvidenze Sanitarie	I-III

SOMMARIO DEL N. 3 - EDIZIONE SPECIALE

1. Consigli agli assicurati:	
a) Dott. F. TOSTI-CROCE: Le ciliège	1
b) Dott. A. STARNA: Il dolore lombare	3
c) Dalle riviste: Consigli d'igiene pratica	5
2. Notiziario	8
3. Provvidenze sanitarie:	
Parte ufficiale: Provvidenze sanitarie a favore degli assicurati	I-VII

Studi e ricerche di medicina delle A. V.**La presbiopia, elemento di giudizio
per la determinazione dell'età biologica**

Prof. Dott. MARIA VELE

L'età biologica costituisce nella medicina assicurativa un argomento di primaria importanza ai fini della prognosi sulla ulteriore durata della vita. Questo complesso argomento presuppone lo studio minuto di tutti gli apparati organici.

E' ovvio che, come precedentemente ho dimostrato in un mio lavoro, l'esame dell'occhio ha una grande importanza per stabilire l'età biologica, e, a questo scopo, ho creduto opportuno continuare le mie esperienze nel campo della fisiopatologia oculare e in particolar modo studiando la presbiopia. Ciò perchè ritengo che uno degli organi il quale più frequentemente può dar segni di invecchiamento sia il cristallino.

La lente cristallina, grande come una lenticchia, trasparente, è formata da una parte nucleare, dura, centrale e da una parte periferica, semisolida, detta corticale, è rivestita da una capsula.

Il nucleo, già nell'infanzia comincia a perdere la sua parte acquosa indurendosi e col passare degli anni, si ingrossa, si appiattisce, dando origine a quel particolare disturbo della visione in vicinanza, noto sotto il nome di presbiopia.

In ottica, la presbiopia, è rappresentata dalla differenza del potere di accomodazione necessario e quello che si ha.

La diminuzione del potere di accomodazione, per effetto delle sclerosi del cristallino, progredisce lentamente fino a che nella maturità comincia a palesarsi con la difficoltà nella visione da vicino.

L'occhio è adattato solo per la visione in distanza e nei giovani la visione in vicinanza è nitida, solo perchè la lente aumenta la sua curvatura, specialmente nella sua parte anteriore e permette al fuoco di formarsi sulla retina.

Nell'emmetrope presbite pur mantenendosi la visione a distanza, normale, la visione in vicinanza è disturbata perchè il potere di accomodazione diminuito, viene in parte neutralizzato, e il punto prossimo si allontana come è dimostrato dal seguente schema:

Il punto prossimo a 10 anni è a	7 cm. di distanza
» » » » 20 » » » 10 » » »	
» » » » 30 » » » 15 » » »	
» » » » 40 » » » 20 » » »	
» » » » 50 » » » 40 » » »	
» » » » 60 » » » 50 » » »	

Siccome il punto normale di lettura è 33 cm. si è stabilita l'età di 45 anni per l'inizio della presbiopia.

Naturalmente i disturbi della presbiopia sono più sensibili negli ipermetropi e negli emmetropi, mentre nei miopi lo sono meno.

Nell'ipermetropia presbite, i raggi che attraversano il cristallino per la visione in distanza, formano il loro fuoco dietro la retina, mentre nella visione in vicinanza il fuoco si allontana ancora più dalla retina.

Nell'emmetrope presbite invece il fuoco che, per la visione in lontananza si forma proprio sulla retina, da vicino si sposta un poco dietro alla retina.

Nel miope presbite per i raggi provenienti da lontano il fuoco ha sede davanti alla retina, ma quando inizia la presbiopia, si avvicina al piano retinico e se il grado di miopia coincide col grado di presbiopia, i due vizi apparentemente si elidono, poichè per la correzione dell'uno occorre una lente contraria a quella dell'altro.

Il meccanismo dell'accomodazione è dovuto al muscolo ciliare che, contraendosi si avvicina coi processi ciliari all'equatore del cristallino; il legamento sospenditore della lente (zonula di Zinn) si rilascia e il cristallino aumenta la sua convessità specialmente anteriore.

Il potere di accomodazione si misura in diottrie. Per quanto sia di comune conoscenza che la diottria è l'unità di misura equivalente alla distanza focale di 1 metro, pure in questo caso è bene ricordare che:

a 10 anni	l'accomodazione	è di	15	D.
» 20	»	»	»	» 10 »
» 30	»	»	»	» 7,50 »
» 40	»	»	»	» 5 »
» 50	»	»	»	» 1,50 »
» 60	»	»	»	» 0 »

Ciò vale sia per i soggetti emmetropi che per gli ipermetropi e miopi; si tratta di sottrarre o di addizionare il grado di presbiopia; per es. un miope di 1 D. (lente negativa) avendo bisogno di 1 D. di presbiopia (lente positiva), le due lenti + 1 — 1 sommate danno 0.

Per leggere alla distanza di 33 cm. è necessaria una accomodazione di 3 D e siccome da 45 anni in poi l'accomodazione personale è inferiore a 3 D, è necessaria una lente compensatrice.

Il primo oculista che iniziò le ricerche sulla perdita dell'accomodazione è stato Donders di Utrecht nel 1861. Il suddetto A. dice che all'età di 70 anni non vi è più accomodazione e i suoi valori di completamento risultano così suddivisi:

a 50 anni	0,75	D.
» 55	»	1,25 »
» 60	»	— »
» 65	»	3 »
» 70	»	4 »

Questi valori naturalmente sono fissati per gli emmetropi; nei miopi è sufficiente fare una sottrazione come precedentemente ho detto, mentre negli ipermetropi e negli astigmatici occorre addizionare al valore di completamento le diottrie di presbiopia.

Dalla seguente tabella si può fare un confronto tra i vari autori. La tabella è stata riportata dal trattato di Bietti con l'aggiunta dei valori di Heine.

ANNI	40	45	50	55	60	65	70	75	
Diottrie	—	0,50	1,50	2,50	3	3,50	3,75	4	PARINAUD
»	0,25	1	1,50	2	2,60	3	3,50	—	LANDOLT
»	—	0,50	1	1,50	2	2,50	2	3,50	DE WECKER
»	—	1,75	1,50	2,25	3	—	—	—	HEINE
»	0,75	1,50	2	2,50	3	3,25	3,50	—	KATZ

HEIDEMANN su 1183 casi tratti da Cliniche tedesche circa i rapporti tra presbiopia ed età biologica ha riscontrato che la presbiopia non presenta variazioni nella distribuzione per decenni, e che le medie aritmetiche dei gradi di presbiopia presentano delle variazioni confrontando i due sessi. E cioè la donna invecchierebbe prima dell'uomo presentando essa gradi di presbiopia maggiori nello stesso gruppo di età, e che queste variazioni sono sensibili nei gruppi da 51 anni in poi. Infine che le professioni non influiscono sulla presbiopia essendo questa un fenomeno naturale di senescenza che colpisce indistintamente tutti gli uomini.

* * *

Ed ora riporterò i risultati di esperienze personali.

Il materiale che ho raccolto da esperienze personali nel periodo di 5 anni (1937-1941) sia tratto dalla pratica ambulatoria dell'I. N. A., sia dalla mia privata, comprende 688 casi di presbiopia dall'età minima di 40 anni alla massima di 64. Come ho già esposto nella prima parte di queste ricerche, DONDERS ed HEINE stabiliscono come inizio della presbiopia l'età di 45 anni mentre KATZ stabilisce l'età di 40 anni. Dai casi esaminati mi risulta che i primi disturbi presbiopici compaiono a 40 anni e il valore di completamento, da un minimo di 0,50 D, raggiunge a 64 anni 3,50 D.

E precisamente:

nel gruppo 40-44	il suddetto valore oscilla tra un minimo di 0,50 e 1,50
» » 45-49 » » » » » » » »	0,75 » 2
» » 50-54 » » » » » » » »	1,50 » 2,50
» » 55-59 » » » » » » » »	2 » 3,50
» » 60-64 » » » » » » » »	2,75 » 3,50

Nella maggioranza però del sesso femminile si notano delle variazioni di circa 1/4 di D. in meno. Vi sono poi delle differenze in individui della stessa età in difetto più o meno elevato; ciò è puramente soggettivo.

Dalla tabella I dove è stata fatta la media aritmetica, si può maggiormente rilevare quanto ho già esposto, ma con maggiore precisione.

La media aritmetica del gruppo 40-44 risulta 0,99 negli uomini e 0,83 nelle donne; nel gruppo 45-49, negli uomini è 1,43 e nelle donne, 1,21; nel gruppo 50-54, 2,29 negli uomini, mentre nelle donne è 2,11; tra 55 e 59 anni è 3,03 negli uomini è 2,78 nelle donne; tra 60 e 64, 3,29 negli uomini e 3,10 nelle donne.

Dalle cifre suesposte si nota un netto crescendo nei due sessi da 40 a 64 anni. Ciò convalida le affermazioni degli AA. che hanno studiato il comportamento della presbiopia con l'età e cioè che la presbiopia è un segno di senescenza. Da un raffronto però tra i due sessi si potrebbe notare che, negli stessi gruppi di età, le donne hanno una media aritmetica minore. Si può però obiettare che i gruppi non sono numericamente uguali. Ciò depone per un lento progredire della

presbiopia nella donna in confronto agli uomini; paragonabili negli stessi gruppi di età a 1/4 e 1/2 diottria. Esaminando il grafico I si nota l'ascesa graduale che da un minimo di 0,83 raggiunge 3,10 nella donna, mentre negli uomini da 0,99 giunge a 3,29.

TAV. I.

Valori assoluti (1937-1941)

U O M I N I		Gruppi di età	D O N N E	
Numero casi	Media aritmetica Presbiopia		Media aritmetica Presbiopia	Numero casi
68	0,99	40 - 44	0,83	58
78	1,43	45 - 49	1,28	66
78	2,29	50 - 54	2,11	69
83	3,03	55 - 59	2,78	63
67	3,29	60 - 64	3,10	58

TAV. II

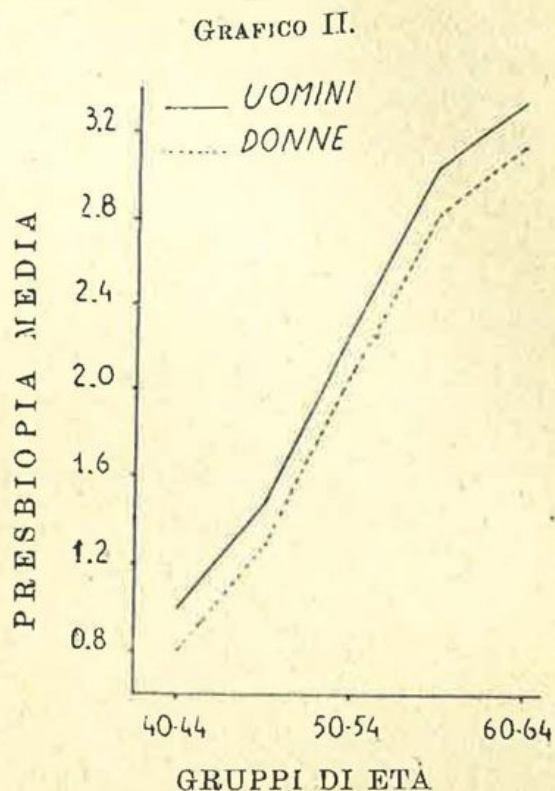
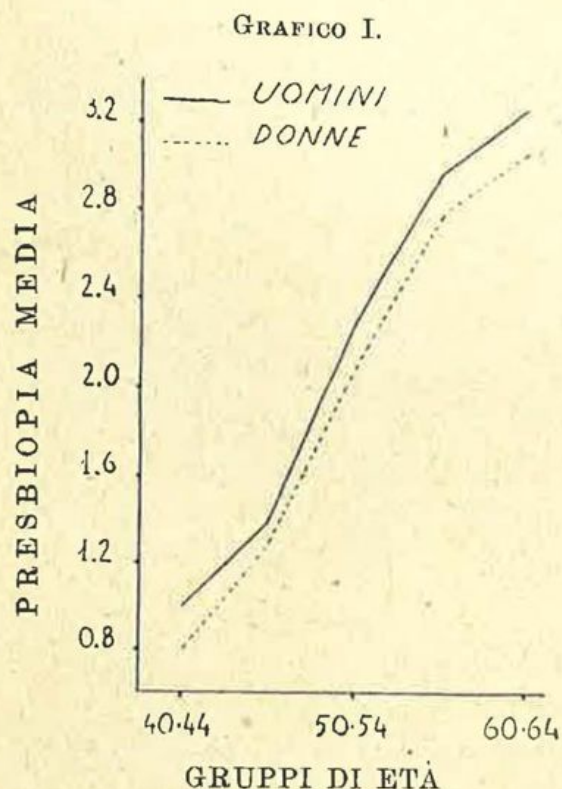
Tabella perequata (1937-1941)

U O M I N I		Gruppi di età	D O N N E	
Numero casi	Media aritmetica Presbiopia		Media aritmetica Presbiopia	Numero casi
58	1,01	40 - 44	0,83	58
66	1,46	45 - 49	1,28	66
69	2,32	50 - 54	2,11	69
63	3,04	55 - 59	2,78	63
58	3,25	60 - 64	3,10	58

Allo scopo di evitare la disuguaglianza numerica dei gruppi che avrebbero potuto influire sulla intensità del fenomeno, ho voluto confrontare i gruppi dei due sessi, divisi per quinquenni di età, decorrenti da 40 a 64 anni.

Ho limitato l'esame a questi gruppi allo scopo di mettere in evidenza quei periodi che hanno una intensità più dimostrabile; gli anni presi in esame vanno dal 1937 al 1941 (vedi tav. II). Poichè come base di paragone ho tenuto conto del numero dei casi riscontrati nel sesso femminile, le medie aritmetiche a questi inerenti sono rimaste invariate, come si osserva dalla Tab. II. Per quanto riguarda gli uomini, invece, (ved. Tab. I e II) si può osservare che il fenomeno, pur decrescendo (tab. I) di intensità in rapporto alla media aritmetica mostra sempre una notevole differenza il cui valore modale arriva al massimo nel gruppo 60-64 anni.

L'esame del grafico I mostra una spezzata ascendente a tipo parabolico con



andamento pressochè simile nei due sessi, con massimo di intensità corrispondente all'ascissa tra il 55° e 59° anno fino a 64 anni. Ciò dimostra che l'andamento del fenomeno è nella sua forma simile nei due sessi, con maggiore intensità nei maschi.

Non mi sono occupata delle professioni perchè avrei dovuto prendere in esame un gruppo omogeneo non di presbiteri ma traendolo dalla popolazione civile con distribuzione normale delle professioni.

Da quanto perciò ho esposto si nota che la presbiopia ha una tendenza ad aumentare con l'età, con un massimo verso i 64 anni, perchè poi, per effetto della sclerosi dell'occhio, la presbiopia, da stazionaria, tende a diminuire un poco. Ciò che è da rilevare è il comportamento nei due sessi manifestandosi, dirò così, un anticipo di $1/4$ o $1/2$ D. nell'uomo in confronto alle donne della stessa età, mentre secondo HEIDEMANN, negli stessi gruppi di età la presbiopia sarebbe più forte nella donna rispetto all'uomo.

E' bene però far presente che i due materiali sono di diverse provenienze e di diverse consistenze quantitative, per cui ritengo che per poter dare un giudizio conclusivo, sarebbe necessario estendere le ricerche a maggior numero di casi, cosa che mi riprometto di fare.

In conclusione agli effetti dell'età biologica, questo difetto di accomodazione può essere utile quale indicazione di una precoce vecchiaia. Tenendo conto dei dati suesposti si può dire che gli uomini invecchiano più precocemente delle donne malgrado che queste ultime, nel maggior numero dei casi esercitano dei lavori che richiedono uno sforzo di accomodazione pressochè permanente. Ciò fa pensare che più che l'eccessivo uso dell'accomodazione, influiscano sulla presbiopia, fatti non ben determinabili ma che certamente inseniliscono il soggetto. Ciò però dovrebbe essere confortato da ulteriori osservazioni tendenti a dimostrare quale rapporto esista tra la precoce presbiopia e le manifestazioni di invecchiamento.

I RISCHI TARATI NELL' ASSICURAZIONE VITA

DOTT. ACHILLE CALATI

(v. Numero prec.)

CAPITOLO IV.

DELLA MEDICINA ASSICURATIVA NEL CAMPO DEI RISCHI TARATI

LA VISITA MEDICA PREASSICURATIVA E I COMPITI DEL MEDICO FIDUCIARIO - IL QUESTIONARIO MEDICO - LA DISSIMULAZIONE NELLE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO - IL SEGRETO PROFESSIONALE NELLA ASSICURAZIONE DEI RISCHI TARATI - FUNZIONI ASSISTENZIALI DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE DEI RISCHI TARATI.

In questo capitolo mi propongo di prospettare e trattare brevemente alcuni problemi medici e medico-legali legati all'assicurazione dei rischi tarati, pur senza pretendere di dare ad essi quello svolgimento vasto e completo che richiederebbero per il loro grande interesse e la loro importanza pratica.

Già dai capitoli precedenti risulta quale posto predominante spetti alla medicina nella soluzione di tutti i problemi legati all'accettazione e valutazione dei rischi tarati, per cui non intendo insistervi oltre. Voglio solo qui soffermarmi sulle speciali caratteristiche e difficoltà della visita medica preassicurativa fatta dal medico fiduciario e sull'importanza di essa, in considerazione del fatto che dal risultato della visita medica dipende in gran parte l'accettazione o meno del rischio, e per i casi accettati, la misura del soprapremio. Parlerò poi della dissimulazione nelle dichiarazioni dell'assicurando; e infine accennerò ad alcuni problemi collaterali, quali il segreto professionale nell'assicurazione dei rischi tarati, e le funzioni assistenziali delle Compagnie d'assicurazione.

E' evidente che l'accettazione o il rifiuto di un rischio tarato (e l'applicazione, nel caso che il rischio venga accettato, di un soprapremio più o meno forte), dipende principalmente dal risultato della visita medica preassicurativa, durante la quale il Medico Fiduciario raccoglie tutti i dati che possono servire poi al medico di Direzione per formarsi un concetto, il più possibile esatto e completo, sulle reali condizioni di salute dell'assicurando.

Ora, per comprendere le grandi difficoltà e le speciali caratteristiche di questa visita, basta pensare al carattere tutto particolare dei rapporti che intercorrono tra medico e paziente in questa circostanza, rapporti ben diversi e in certo senso antitetici al confronto di quelli che si hanno nella pratica comune. In questo caso, infatti, non è l'ammalato che si rivolge pieno di fiducia al « suo » medico per farsi curare, esponendo a tale scopo i suoi disturbi soggettivi e mettendolo volentieri a conoscenza di tutte quelle notizie anamnestiche che possono guidarlo verso una diagnosi esatta e quindi verso una cura efficace. E' invece il ragionatore che, conoscendo l'importanza che possono avere le sue dichiarazioni, ha tutto l'interesse a nascondere, piuttosto che a rivelarli in modo sincero ed esatto, i suoi precedenti morbosi personali e famigliari. Non c'è insomma una collaborazione e una armonia di intenti verso un unico scopo, ma, al contrario, è in giuoco un contrasto di interessi che porta, spesso, alla dissimulazione da parte dell'assicurando poco onesto ed alla diffidenza da parte del Medico Fiduciario. Se è già difficile raccogliere una buona anamnesi al letto del paziente, nella pratica privata, infinitamente più difficile è desumerla dalle dichiarazioni dell'assicurando durante la visita preassicurativa. Così pure il compiere un esame obbiettivo in modo ordinato e completo su di un soggetto che quasi sempre dichiara senz'altro di essere in perfetta salute, è cosa ben più difficile che fare l'esame obbiettivo di un infermo che si sottopone ad esso ben volentieri e che anzi richiama egli stesso l'attenzione del medico

su organi o funzioni alterate. Inoltre l'assicurando vuole disbrigare la visita con la massima sollecitudine, senza sottoporsi ad esami troppo lunghi. Si pensi infine al fatto che il Medico Fiduciario deve mostrarsi sempre molto gentile verso l'assicurando ed aver cura di non ferirne la suscettibilità e il risentimento, spesso esagerati e falsi, per non correre il rischio di far perdere un contratto alla Società da cui dipende. Si comprende da tutto questo quanto sia delicato e talvolta arduo il compito del medico fiduciario che deve, nel minor tempo e con indagini semplici, giungere ad una diagnosi esatta e dettagliata.

Gli Istituti Assicuratori, allo scopo di facilitare l'opera del Medico nella raccolta ordinata dei dati anamnestici e nell'esecuzione dell'esame obiettivo, hanno adottato il sistema dei «questionari medici» su appositi moduli.

Questi questionari giovano all'assicuratore, perchè da essi egli può ricavare tutti gli elementi per una esatta valutazione del rischio; giovano anche agli assicurandi (almeno a quelli onesti) perchè, quando essi abbiano risposto in modo sincero e completo a tutte le domande, possono avere la sicurezza assoluta della piena validità del contratto stipulato, senza timore di possibili contestazioni future.

I questionari fissano i limiti dei reciproci doveri dell'assicuratore e dell'assicurato ed hanno perciò una notevole importanza medico-legale.

Anche il contratto di assicurazione è e deve essere un *contratto di buona fede*. Esso infatti viene emesso in base alle dichiarazioni sinceramente date dall'assicurando circa il proprio gentilizio, l'anamnesi patologica personale, le proprie abitudini di vita e le sensazioni soggettive sul proprio stato di salute attuale. Si aggiunge, è vero, un esame obiettivo fatto da un medico di fiducia dell'Ente Assicuratore; ma esso non sempre, se privato dell'aiuto delle notizie anamnestiche e del richiamo del paziente su determinati organi o funzioni alterati, può scoprire alcune tare, difficilmente rilevabili per la mancanza o scarsezza di sintomi obiettivabili. Per esempio, nessuno pretenderà mai che un medico faccia la diagnosi di angina pectoris all'infuori dell'accesso col solo esame obiettivo, se il paziente tace i disturbi sofferti; nè che faccia diagnosi di asma bronchiale, nel periodo intervallare tra un accesso e l'altro, quando non si sono ancora stabilite alterazioni obiettivabili dell'apparecchio respiratorio o circolatorio e l'assicurando tace degli accessi avuti. La stessa cosa si dica di quasi tutte le affezioni morbose che si manifestano ad accessi, fintantochè non si manifestano alterazioni rilevabili anche nei periodi intervallari (coliche renali, epatiche, accessi epilettici o epilettiformi). Così pure dicasi di alcune malattie difficili ad essere diagnosticate per la loro natura intrinseca e la cui presenza può essere ignota allo stesso assicurando (vizio valvolare iniziale senza sensibile ipertrofia cardiaca, glicosuria o albuminuria incostante).

Date tutte queste difficoltà, il questionario è certamente di grande aiuto al medico, il quale, prima di iniziare l'interrogatorio e l'esame obiettivo, col dovuto tatto, deve far comprendere all'assicurando l'importanza delle notizie richieste e cercare di ottenerle il più possibile sincere. Il questionario si compone di due parti distinte: la prima contiene le dichiarazioni dell'assicurando, da questi sottoscritte e affermate sincere e complete; la seconda contiene invece il risultato dell'esame obiettivo.

Il medico deve naturalmente presentare le domande in forma piana e accessibile, cercando inoltre di aiutare l'assicurando nel ricordare i dati anamnestici.

Esaminando ora brevemente il contenuto del questionario, mi soffermerò solo su quelle domande che più di frequente si prestano a reticenze o a dissimulazioni.

Il Medico Fiduciario deve incominciare col chiedere all'assicurando le sue generalità: *nome, cognome e paternità*. A proposito di ciò si può ricordare che, sebbene molto raramente, si danno anche oggigiorno casi di sostituzione di persona, per cui un individuo tarato, per non far rilevare la propria infermità, si fa sostituire alla visita da uno sano presso a poco della sua stessa età. E' facile però al Medico Fiduciario di impedire tutto ciò colla richiesta di esibizione di documenti che in modo indubbio accertino l'identità personale dell'assicurando.

Nel questionario si passa quindi alla indicazione dell'*età*. Questo dato è della massima importanza perchè è principalmente sulla base di esso che viene determinato il premio. Si capisce quindi come non di rado gli assicurandi si lascino indurre a dichiarare una età inferiore alla reale. Bisogna però notare come le Compagnie non si preoccupino eccessivamente di conoscere la età vera; e ciò perchè all'epoca del pagamento del capitale esse pretendono documenti di identificazione sicuri dai quali risulta l'età che l'assicurando aveva all'epoca della stipulazione del contratto, ed è su questa, e non su quella falsamente denunciata, che viene determinato il capitale da pagarsi. Qualche volta, sebbene raramente, l'assicurando ha interesse a dichiarare una età superiore alla reale: ciò può avvenire ad es. quando egli non voglia far apparire di avere un aspetto precocemente senescente con pericolo di far nascere il sospetto sull'esistenza di eventuali tare che egli vorrebbe invece tenere celate.

Deve inoltre il Medico Fiduciario tenere presente che non sempre la denuncia di una età falsa è dovuta a dissimulazione: essa può invece benissimo essere frutto di errore. Sua premura deve pertanto essere quella di aiutare l'assicurando nel ricordare il giorno e l'anno preciso in cui è nato.

Segue nel questionario l'indicazione del luogo di residenza abituale. Anche questo dato ha la sua particolare importanza perchè, oltre al fatto che la salubrità o l'insalubrità del luogo di dimora influisce sulla mortalità, il sapere che un individuo abita in luoghi in cui sono più frequenti o endemiche alcune malattie, può già orientare il Medico Fiduciario verso il sospetto di eventuali tare (malaria, osteomalaria, ecc.).

Viene poi la denuncia della *professione* o del *mestiere* esercitato. Anche su questo punto è relativamente frequente la dissimulazione da parte dell'assicurando, il quale può aver interesse a nascondere un eventuale mestiere o professione pericolosi e che comporterebbero naturalmente un aggravamento del premio.

Seguono poi le domande riferentisi ai *dati anamnestici*. La importanza di esse è evidente ed è appunto nelle risposte relative che più di frequente si riscontrano reticenze e dissimulazioni da parte degli assicurandi. Tali domande riguardano in primo luogo i dati che si riferiscono alla anamnesi familiare; e, precisamente, si richiede: l'età degli ascendenti e collaterali e, se defunti, l'età alla quale sono morti e la causa della morte. Specialmente a proposito di quest'ultima l'assicurando, anche profano di nozioni mediche e di levatura appena mediocre, è portato a nascondere o a svisare la verità; principalmente se la causa di morte è legata ad una malattia di carattere ereditario o cronica (tbc., sifilide, tumori maligni, alcoolismo cronico, malattie nervose e mentali, ecc.). In questi casi di solito l'assicurando risponde che causa della morte fu una polmonite o una broncopolmonite acuta, anche quando in realtà queste non costituirono che l'episodio finale di una lunga malattia di tutt'altra natura (vizi cardiaci, nefrite cronica, ecc.), oppure si tratto di una broncopolmonite tubercolare.

Riguardo all'*anamnesi personale*, l'assicurando nasconde spesso alcune malattie sofferte che, per propria esperienza, egli sa che lasciano di solito strascichi morbosi nell'organismo colpito (reumatismo poliarticolare, pleurite primaria, sifilide ecc.), nonché alcune malattie che vengono ad accessi (coliche epatiche, renali, appendicolari, ecc.).

Seguono nel questionario domande circa i *disturbi soggettivi*, passati o presenti, come: vertigini, tosse con o senza escreato, affanno, cardiopalmo, disturbi digestivi, vomito, diarrea...).

Vengono poi altre domande riferentisi a precedenti interventi chirurgici, a progressi esami di urina o di sangue e a precedenti cure mediche dietetiche, balneari o climatiche. Specialmente la prima di queste domande è importante per le eventuali dissimulazioni da parte degli assicurandi. Benchè ad un attento esame obiettivo non sia difficile scoprire le cicatrici di eventuali precedenti interventi chirurgici, pure, ogni anno, il C.I.R.T. pubblica parecchi casi riferentisi ad individui che avevano subito

un atto chirurgico demolitore (di solito per carcinoma mammario o gastrico) alcuni mesi o qualche anno prima di stipulare il contratto di assicurazione ed erano riusciti ad ingannare il Medico Fiduciario facendosi accettare con lieve soprapremio od addirittura a condizioni normali: dopo poco tempo essi erano deceduti. Queste pubblicazioni periodiche, dal titolo «danni che potevano essere evitati» sono specialmente dedicate, come ben si comprende, ai Medici Fiduciari, per una salutare meditazione!!

Il questionario contiene ancora domande relative alle abitudini di vita, ai precedenti assicurativi, al servizio militare, e, ancora, domande speciali riferentisi alla sfera sessuale femminile.

Segue ancora l'indicazione del medico di famiglia o di altri medici consultati negli ultimi anni, ai quali eventualmente l'impresa può ricorrere per informazioni.

Terminato l'interrogatorio, l'assicurando deve apporre la sua firma sul questionario in segno di dichiarazione che le risposte date sono complete e sincere. Con tale firma, inoltre, egli dispensa dal segreto professionale nei confronti dell'Impresa Assicuratrice tutti i medici che lo abbiano precedentemente avuto in cura. Dirò tra poco dell'importanza di quest'ultima dichiarazione.

Il questionario comprende poi una seconda parte dedicata al medico fiduciario, al quale fornisce la falsariga per un esame obbiettivo ordinato e completo.

Egli deve procedere anzitutto al rilievo delle misure somatiche caratteristiche ed alla misura della pressione sanguigna, dei battiti cardiaci e degli atti respiratorii. In seguito deve esaminare separatamente i vari apparati e sistemi.

L'esame obbiettivo deve essere fatto con la massima attenzione e scrupolosità, specialmente quando l'anamnesi è muta e l'assicurando tace i disturbi soggettivi. Il medico deve inoltre prelevare le urine per gli ulteriori esami di laboratorio, e, a questo riguardo, per impedire ogni possibilità di sostituzione, è bene, che urine per il prelievo siano emesse alla presenza del medico fiduciario stesso.

Questo accorgimento non serve però ad eliminare alcuni altri espedienti che, per quanto rari, dimostrano però una raffinatezza speciale nell'inganno. Così si è dato talvolta il caso di individui molto furbi che si sono sottoposti, nel periodo immediatamente precedente la visita, ad una cura insulinica, se glicosurici, o ad una dieta latte se albuminurici, collo scopo di far sparire dalle urine le tracce rivelatrici della loro tara.

Come si vede, nonostante le precauzioni dell'ente assicuratore, è difficile eliminare ogni possibilità di frode assicurativa. Tutte le malattie possono infatti essere dissimulate in occasione della visita preassicurativa; quelle che più si prestano sono però le malattie a carattere accessionale, le malattie del sangue e quelle dell'apparato digerente anche gravi (ulcera, carcinoma, ecc.).

Da quanto detto risulta tutta la delicatezza e la importanza del compito del medico fiduciario. Questi, pur senza lasciarsi dominare da una diffidenza eccessiva e sistematica verso gli assicurandi, deve premunirsi con speciali cautele e precauzioni contro il pericolo di diventare complice, sia pure involontario, di un'azione disonesta, quale è la frode assicurativa; la quale, se è frequente nel campo dei rischi normali, più frequente e più da temersi è nel campo dei rischi tarati. E', infatti, la presenza di una tara specifica, una molla potente che spinge l'assicurando alla reticenza ed alla simulazione.

Passo ora ad esaminare brevemente un altro problema: quello del *segreto professionale nell'assicurazione dei rischi tarati*.

Non è nelle mie intenzioni, perchè esulerebbe dagli scopi di questa mia tesi, di affrontare nei suoi vari aspetti medico-giuridici la questione più generale, complessa e ancora dibattuta, del segreto professionale medico e delle circostanze in cui la legge permette od obbliga di venir meno ad esso.

Voglio solo ricordare che al primitivo rigorismo assoluto, sancito dal codice Napoleonico, e rispondente alle nuove conquiste sulla libertà individuale e sui diritti

dell'uomo portate dalla Rivoluzione Francese, si è andata man mano sostituendo una concezione più larga dell'obbligo del segreto medico professionale. Si arrivò infatti a riconoscere per legge la possibilità o la necessità di derogare da esso in casi speciali, quando cioè tale deroga sia consigliata da superiori esigenze sociali da cui derivi beneficio alla collettività costituente la Nazione. A tale risultato si arrivò anche in conseguenza delle nuove vedute sulla natura microbica delle malattie infettive ed epidemiche, e sul modo di combatterle efficacemente impedendone la diffusione. E' evidente infatti che per poter isolare i focolai epidemici al loro inizio è necessario che gli organi sanitari centrali siano tempestivamente informati dei primi casi di individui colpiti dalla malattia epidemica. Questo sarebbe impossibile se si dovesse rispettare in modo rigoroso il segreto professionale. Di qui la necessità, sancita dal legislatore, della denuncia obbligatoria di particolari malattie infettive. Altri colpi al primitivo rigorismo furono portati in seguito, e specialmente con l'obbligo della denuncia degli aborti, conseguenza delle nuove concezioni per cui all'interesse del singolo viene anteposto l'interesse della collettività, della Nazione, della Stirpe.

Questi nuovi criteri sul modo di concepire l'obbligo del segreto professionale medico, sono sanciti, per quanto riguarda l'Italia, nel nuovo codice penale Rocco del 1930, il quale all'art. 622 contempla la punizione quando il segreto venga rivelato « senza giusta causa » e quando « dal fatto può derivare nocimento ». Non così avveniva sotto il regime dell'abolito codice del 1889, per il quale veniva punita ogni infrazione al segreto professionale la quale non fosse stata « obbligatoria per legge ». E' evidente la grande differenza tra le due espressioni. Sotto l'espressione un po' vaga di « giusta causa » il codice vigente contempla appunto tutti quei casi nei quali il medico può, in coscienza, o deve, per obbligo, rivelare il segreto.

Queste premesse ci servono per comprendere le due apparenti ingiustificate eccezioni all'obbligo del segreto professionale, per cui il Medico Fiduciario fa partecipe l'Ente Assicuratore delle notizie e dei dati raccolti durante la visita medica preassicurativa, e per cui il medico o i medici che hanno antecedentemente prestate le loro cure all'assicurando, sono prosciolti dall'obbligo del segreto quando vengono richiesti dall'Ente Assicuratore sui precedenti morbosità dell'individuo da essi curato.

Il problema del segreto professionale nell'assicurazione dei rischi tarati va dunque considerato sotto due aspetti: l'uno riguardante il Medico Fiduciario dell'Impresa, l'altro il medico (o i medici) curante dell'assicurando.

Per quello che riguarda il primo aspetto, medici e giuristi sono pressochè concordi nell'affermare che il Medico Fiduciario deve, senza timore di venire meno all'obbligo del segreto professionale, comunicare per esteso i risultati della visita medica dell'assicurando alla Direzione centrale dell'Ente assicuratore, di cui egli è un incaricato. Questo si comprende pensando alle caratteristiche fondamentali dell'assicurazione vita in genere e dei rischi tarati in ispecie. In tale assicurazione la valutazione del rischio è assolutamente dipendente dalla conoscenza la più esatta possibile delle reali condizioni di salute dell'assicurando (« giusta causa »). Inoltre occorre tener presente il carattere eminentemente *facoltativo* del contratto assicurativo, e quindi della visita medica, alla quale ognuno è libero di non sottoporsi, per giustificare l'eccezione nel caso in esame alla regola del segreto professionale. Il quale segreto professionale (occorre tenerlo ben presente), non viene propriamente annullato, non potendo il Medico Fiduciario rivelare ad altri che non sia la Direzione Centrale dell'impresa da cui dipende l'esito della visita, e trasformandosi così il segreto professionale e del medico in segreto di ufficio per la Direzione dell'Ente Assicuratore.

Per quello che riguarda invece il secondo aspetto del problema del segreto professionale, relativo al medico curante o di famiglia dell'assicurando, la questione diventa molto più complessa e dibattuta.

La posizione del medico curante privato è ben diversa da quella del Medico Fiduciario, e su di lui incombe l'obbligo preciso di non rivelare a chicchessia notizie riguardanti la salute dei suoi clienti privati.

Le Compagnie d'Assicurazione in quasi tutti gli Stati, hanno cercato di girare l'ostacolo apparentemente insormontabile, ottenendo dall'assicurato medesimo il proscioglimento dall'obbligo del segreto professionale di tutti i medici che l'hanno precedentemente curato. Se dal lato giuridico non si può nulla obiettare, è pur vero che nella pratica, la posizione del medico curante, interpellato dall'Ente Assicuratore, intorno ai precedenti morbosità di un suo cliente, non è delle più simpatiche e più facili. Perché, pur non essendo egli più tenuto ad un segreto dal quale è dispensato dall'interessato medesimo, istintivamente è portato spesso a rispondere in modo evasivo e poco chiaro per non danneggiare il suo cliente. In Francia, per es., in simili circostanze si segue ancora oggi rigorosamente il precetto dato ai medici dal Brouardell: « Se siete medico curante non dovete dir nulla, nè prima nè dopo la morte del vostro cliente ».

In Italia, il medico curante, richiesto dall'Ente sui precedenti morbosità di un suo cliente che vuol assicurarsi sulla vita, può ritenersi autorizzato a dare informazioni e a rilasciare certificati. Certo però che egli non vi è obbligato e può anche rifiutarsi. Del resto la constatazione che in tutta la Giurisprudenza Italiana (dal 1890 al 1931) non si trovano che due o tre sentenze riguardanti violazione del segreto professionale in campo assicurativo, dimostra chiaramente che gli Istituti Assicuratori sanno fare delle informazioni avute un uso molto riservato.

Come conclusione, va ricordato che con l'osservanza rigorosa del segreto professionale non sarebbe stata possibile la raccolta degli importantissimi rilievi di Statistica medica, specialmente sulle cause di morte e sulla gravità delle varie tare; rilievi che, se costituiscono la base fondamentale dell'assicurazione vita dei rischi tarati, costituiscono altresì nel campo della medicina pura un materiale che è preziosissima fonte di pratici insegnamenti.

Voglio da ultimo accennare brevemente alle *funzioni assistenziali degli Istituti d'Assicurazione dei rischi tarati*.

L'assistenza sanitaria agli assicurati è una funzione caratteristica che è venuta ad aggiungersi alle altre svolte dagli Enti di Assicurazione vita nel primo decennio del nostro secolo. La ragione per cui le Imprese assicuratrici si preoccupano della salute degli assicurati, cercando con tutti i mezzi, preventivi e terapeutici, di prolungarne la vita, è intuitiva; infatti per esse un prolungamento della vita degli assicurati equivale ad un più lungo percepimento di premi e ad una più dilazionata scadenza del pagamento del capitale. A questo scopo finanziario si aggiunge anche uno scopo altamente sociale, specialmente in Italia, dove, essendo il maggior istituto di assicurazione vita un Ente di Stato (I.N.A.), è giusto e pienamente comprensivo che collabori collo Stato stesso nel campo della tutela della salute dei cittadini.

A questo interesse dell'Ente assicuratore, corrisponde un interesse convergente dell'assicurato, il quale ben volentieri si sottopone a visite mediche gratuite e segue consigli che hanno per iscopo il prolungamento della sua vita.

Grande maestra in questo campo è stata ed è l'America, dove la funzione assistenziale delle Compagnie di Assicurazione Vita ha assunto sviluppi colossali, dato anche il fatto che là la grande maggioranza dei cittadini è assicurata sulla vita. Miliardi vengono spesi annualmente dalle varie Imprese per la propaganda di precetti di igiene attraverso radio, stampa, conferenze, per visite gratuite periodiche agli assicurati, per la costruzione di consultori, laboratori e di veri ospedali appositi per gli assicurati.

In Europa le Imprese adottarono tardi questi nuovi criteri di assistenza medica agli assicurati e in Italia si può dire che le prime misure in questo senso risalgono solo al 1930.

Però l'Italia, anche in questo campo, in solo 7 anni, ha eguagliato od anche superato, colle realizzazioni del suo programma di assistenza sanitaria, tutte le maggiori imprese europee.

Le misure adottate in Italia dall'I.N.A. possono così riassumersi:

1) Collaudo periodico dello stato di salute degli assicurati per mezzo di « buoni » per visita medica gratuita e per esami pure gratuiti di laboratorio.

2) Facilitazioni presso stabilimenti termali e balneari e presso gabinetti odontoiatrici e stomatologici.

3) Concessioni di prestiti senza interessi agli assicurati che debbono sottoporsi ad interventi chirurgici.

4) Pubblicazione di periodici e di riviste contenenti consigli di terapia e di vita igienica agli assicurati.

Per quanto queste misure assistenziali siano a favore degli assicurati sulla vita in genere, ho creduto opportuno ricordarle brevemente in questo mio lavoro perchè certamente nel campo dei rischi tarati esse assumono una particolare importanza ed utilità, sia per l'Ente assicuratore che per l'assicurato. Fra esse quella di maggior utilità pratica e che riscuote le maggiori simpatie da parte della massa degli individui tarati assicurati, è certamente la possibilità di fruire di visite mediche periodiche gratuite. Gli assicurati infatti si sottopongono ben volentieri ad esse (a differenza che alla visita medica preassicurativa) perchè hanno solo vantaggi e benefici da ritrarne e nessun danno da temere. Infatti in questo caso il medico incaricato della visita è tenuto al segreto professionale anche verso l'Ente Assicuratore, e, inoltre, anche se ciò non fosse, il rilievo di un aggravamento della tara e quindi di un peggioramento del rischio, non potrebbe ormai più portare in nessun modo ad un aggravamento del soprappremio.

(Fine della I Parte - Continua).

Indagini di Statistica medica

L'EREDITARIETÀ DELLA LONGEVITÀ IN RAPPORTO ALLA ASSICURAZIONE VITA

Dot. CORRADO CONFORTO

In assicurazione vita la dimostrazione statistica della ereditarietà della longevità assume a particolare importanza in quanto è utile alla valutazione del rischio.

E' noto come nella popolazione sono stati calcolati numerosi indici, ma nel campo assicurativo non è meno importante della conoscenza degli indici di longevità stabilire se esiste una correlazione tra età dei genitori e quella dei figli. Comunemente sul giudizio del rischio è invalso l'uso di aggiungere alla eventuale taratura un certo coefficiente discrezionale in rapporto alla deficiente durata della vita di ambo i genitori o di uno di essi, ma questo criterio è piuttosto empirico, mancando uno studio statistico nel campo assicurativo tendente ad inquadrare quali rapporti esistono fra età dei genitori e quella dei figli. Ritengo necessario stabilire che detto studio venga svolto nel campo assicurativo ad evitare che si possa obiettare che il materiale non sia della composizione e distribuzione attribuibili alla popolazione assicurata.

Le ragioni sono ovvie in quanto sulla durata della vita incidono certamente e, in modo non trascurabile, le condizioni sociali, e le professioni (come recentemente ha dimostrato il Beden) che peraltro hanno una distribuzione diversa

nella popolazione civile e in quella degli esposti al rischio assicurativo. Per quanto riguarda il sesso, si nota nel campo assicurativo una rimarchevole tendenza a livellare la valutazione del rischio nei riguardi delle donne. Anche notevoli AA. Americani hanno recentemente sentito la necessità di trattare, ai soli effetti assicurativi, il problema della ereditarietà della longevità e sono arrivati a conclusioni, che io, con la scorta delle mie esperienze non posso condividere in pieno. Per potere confinare il problema nella cornice già esposta ho preso in studio n. 23297 sinistrati dell'I.N.A. nella comune distribuzione professionale di cui alla tabella I del mio precedente lavoro sulla Angina Pectoris; di questi 20983 di sesso maschile e 2314 di sesso femminile in rapporto all'11,03 %. La disparità numerica rispetto al sesso femminile non infirma le conclusioni alle quali arriva il presente studio: 1° perchè è stata rispettata la percentuale abituale della composizione normale che va in una intorno al 2,25 % (Portafoglio I.N.A.) nel riguardo al sesso della popolazione assicurativa - 2° in quanto come si è detto nella Assicurazione vita, si ha tendenza a livellare il rischio fra i due sessi. Poichè il problema che questo lavoro si propone e quello di studiare il comportamento della età dei figli rispetto a quella dei genitori sia considerati singolarmente (padre, madre) sia unitamente (padre e madre insieme), facendo sempre distinzione nei riguardi ai due sessi, è stato necessario suddividere in gruppi simili per durata nella vita, ma separati per il sesso, gli assicurati, riportando i dati all'età dei genitori. Questi sono stati divisi in cinque classi distinte per età decorrenti dai 31 ai 50 anni; dai 51 ai 65 anni; dai 66 ai 75 anni; oltre ai 76.

Questa distinzione per classi non omogenee come decorso di anni potrebbe essere ritenuta arbitraria in quanto non è rispettato il comune uso invalso nel comporre le classi con lo stesso numero di anni; ma trattandosi di popolazione assicurativa che ha uno speciale comportamento, in quanto si verifica un maggiore addensamento in alcune determinate classi di età, ad evitare suddivisioni troppo ristrette, non rispecchianti l'abituale distribuzione, che avrebbero ostacolato i calcoli ho creduto opportuno fare classi disuguali ma proporzionali alla maggiore o minore concentrazione della popolazione assicurata.

Era solo importante rispettare il tipo di concentrazione delle intensità nelle classi suddette, divise per sesso cioè stabilire che a maggiori intensità corrispondessero classi uguali ciò che ho fatto calcolando le medie armoniche (A R).

La tavola I dimostra come a classi uguali sia per uomini che per donne corrispondono rispettivamente gradi di concentrazione maggiore o minore ciò che è più evidente ordinando le medie armoniche in progressione crescente rispetto all'età dei genitori. L'esame di questa tavola (si omette il grafico per motivi di spazio) mette in rilievo che l'andamento del fenomeno è a curva unimodale con la cuspide in corrispondenza al gruppo per l'età dei genitori decorrente dai 51-65.

Allo scopo di stabilire i limiti entro i quali si è svolta la mia osservazione ho tenuto conto anche della età all'ingresso degli assicurati facendo un gruppo unico da 0-19 anni, gruppo che incide pochissimo in assicurazione e suddividendo di 5 in 5 anni il periodo decorrente dai 19 ai 65 anni.

Inoltre era necessario stabilire un criterio di massa mirante a concretare il limite di età al di là del quale può ritenersi un soggetto longevo. A priori bisogna ammettere che un tale criterio se può ritenersi valido per una certa popolazione di cui conosciamo la durata della vita media e quella probabile, non può esserlo per un'altra in quanto i dati suddetti variano da razza a razza e sono anche in ragione diretta all'invecchiamento della medesima e in ragione inversa

Medie armoniche - A.r in ordine crescente rispetto all'età dei genitori

E T À	M A D R E		P A D R E		G E N I T O R I	
	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini
Fino a 30 . . .	4,4	34	—	20,53	—	—
da 31 » 50 . . .	21,50	181,81	20	166,66	2,66	2,50
» 51 » 65 . . .	32,25	263,15	39,21	363,60	9,09	83,33
» 66 » 75 . . .	20,83	166,66	27,77	253,16	6,06	48,78
oltre 75 . . .	10	51,28	45,60	125	—	23,52

della natalità. Vi influiscono anche la posizione geografica, i costumi e altri coefficienti che non è il caso di enumerare in questo lavoro polarizzato verso la medicina delle assicurazioni. Ma poichè in questo campo AA. americani hanno, per ragioni che possono riferirsi alla concentrazione rispetto alla età della popolazione degli esposti, adottato un limite minimo di longevità di anni 50, dirò che tale criterio, considerato dal punto di vista della popolazione degli esposti dell'I.N.A. (cioè in rapporto alla concentrazione rispetto all'età, professione, sesso, durata media e durata probabile della vita) considerato inoltre che gli anni della attività sociale per conseguenza redditizia, coefficiente non trascurabile nei riguardi della Assicurazione vita, è intorno ai 50 anni, mi sono convinto che tale limite è adottabile anche per questo studio, che non ha fini razziali e comunque in rapporto al comportamento generale della popolazione, ma solo scopi assicurativi. Stabilito un limite minimo bisognava in ordine di tempo limitare anche il limite massimo, e ciò per necessità di studio; ha ritenuto segnare il limite massimo al 75° anno di età, e per gli uomini ho fatto anche un gruppo al di là del 76° anno di età, in quanto dal punto di vista della pratica assicurativa, poco interessa che un genitore abbia o no oltrepassato tale limite. E' piuttosto interessante che abbia raggiunto o meno il limite minimo per la comparazione della durata della vita, mentre il limite massimo è solo necessario agli effetti dei calcoli.

Stabilito questo criterio fondamentale dirò che scopo di questo lavoro è:

1) dimostrare se si eredita la longevità rispetto alla madre al padre singolarmente e presi insieme.

2) in caso affermativo studiare l'eventuale graduazione percentuale di tale ereditarietà.

3) dimostrare se vi è correlazione fra l'età dei genitori presi singolarmente e cumulativamente.

Nella prima parte di questo lavoro sarà studiata la comparazione delle serie, studiandone anzitutto la loro distribuzione rispetto alla graduazione delle intensità delle frequenze, ciò ci permetterà poi di studiare gli indici di variabilità e di oscillazione, le differenze percentuali e infine nella seconda parte saranno trattate le correlazioni, e le applicazioni assicurative. Esaminando la tavola II si osserva il computamento della media (tav. II) aritmetica (A) tra i sinistrati dei due sessi divisi per morte in età inferiore e superiore ai 50, in classi, riportate all'età

Padre

TAV. II.

Numero casi 4484		Numero casi 514		Numero casi 5989			Numero casi 586	
UOMINI		DONNE		UOMINI			DONNE	
Morti fino a 50 anni		Morti fino a 50 anni		Età del padre	Morti oltre i 50 anni		Morti oltre i 50 anni	
A.	P.	A.	P.		A.	P.	A.	P.
139,14	55,17	17,28	61,11	31 - 50	195,50	44,53	19,25	38,89
282,28	49,36	31,42	52,13	51 - 65	506,75	50,64	50,50	47,84
171,16	35,04	20,83	43,40	65 - 75	476 --	64,96	40,75	56,60
75,16	26,91	12 --	25 --	76 oltre	306,25	73,09	36,00	75 --

del padre. Ai dati empirici ho preferito la media A perchè rappresenta (tav. II) meglio e sinteticamente ogni singolo dato statistico. Le cifre più alte del gruppo inferiore ai 50 anni di durata della vita dei figli sono raggiunte da quelle classi che corrispondono alla età del genitore tra i 51-65. Ciò che si verifica anche nel gruppo superiore ai 50 di durata della vita: però nel 1° gruppo il campo di variazione (tav. III, A, V.) è inferiore a quello del II. Ciò dimostra come nel secondo gruppo la differenza numerica tra le classi ha un'intensità maggiore della I. Il numero dei sinistrati preso in esame per gli uomini è di 10473 e di donne è di 1100 in rapporto al 10 %. Degli uomini 4484 sono morti prima dei 50 anni e 5989 dopo i 50 anni in ragione del 74,80 %.

Considerato che il così detto « Campo di variazione », è una misura della variabilità alquanto grossolana ho voluto anche calcolare lo scostamento probabile (S. P.). Rispetto al campo di variazione, ho preferito le medie aritmetiche ai dati empirici per comodità di calcolo. La intensità della distribuzione studiata con i due indici suddetti (A. B. - S. B.) mostra come sussiste sempre una forte variabilità tra i morti prima e dopo i cinquanta, le cifre maggiori sono in ragione della composizione del gruppo. Rispetto alle diverse classi dirò che gli indici di variazione tra quelle formate rispetto all'età del padre e della madre presi singolarmente per età di morte nei figli maschi superiori ai 50 anni vi è una certa uniformità di distribuzione

TAV. III

Tavole indici del campo di variazioni e scostamenti probabili

U O M I N I				D O N N E				
Sotto i 50 anni		Oltre i 50 anni		Sotto i 50 anni		Oltre i 50 anni		
A. V.	S. P.	A. V.	S. P.	A. V.	S. P.	A. V.	S. V.	
Padre	207,12	6.433	311,25	767,20	8,23	237	41,25	38
Madre	174,10	67	326,25	5	24,6	12	36,5	10
Genitori	48,33	42,5	98	2,5	3,75	1,5	10,20	5,8

(311,25-326,25); invece per le figlie vi è una evidente disparità tra le diverse classi mantenendo sempre un palese distacco tra i gruppi inferiori ai 50 e superiori ai 50. Nella tavola IV e II sono riassunte le medie aritmetiche e le percentuali dei figli di ambo i sessi riportate alla età della madre e del padre. Anche in queste tavole è evidente che la distribuzione raggiunge il massimo di intensità nei gruppi riferiti alla età della madre e padre decorrenti tra il 51 e 65 e i 65 e 75. Ciò che è visibile anche nella tavola V dove sono riportati i dati riferiti all'età dei genitori ciò che ci autorizza a concludere che in realtà il massimo della intensità della distribuzione si verifica nei gruppi suddetti che rispecchiano appunto la frequenza massima della mortalità tra gli esposti del rischio assicurativo. E' inoltre sempre evidente in tutte e tre le tavole la netta differenza della composizione di gruppo tra i morti sotto e sopra i 50 anni. Il fatto che la mortalità è più intensamente distribuita nel II di questi gruppi, deve anche riferirsi all'evenienza che il periodo di ammissione al rischio assicurativo decorre teoricamente dai 20 ai 65 anni, di fatto questo ultimo limite è più basso, e la maggiore intensità all'ingresso si verifica dai 30 ai 45 anni; è naturale quindi che la maggiore frequenza delle morti si abbia tra i 51 a 75 anni. Non si può escludere però che sulla età alla morte dei figli influisca quella dei genitori come dimostrerò più esaurientemente appresso. Ho voluto fare notare ciò incidentalmente perchè la distribuzione del fenomeno osservata così superficialmente non si presti a considerazioni erronee. Per meglio chiarire questo concetto ho voluto anche studiare l'indice di oscillazione, tav. VI, questo indice che misura le variazioni d'intensità di un fenomeno da una unità di tempo alla successiva dimostra in questo lavoro come l'oscillazione sia molto manifesta nella sua variabilità tra il numero dei morti inferiore ai 50 e quelli superiori ai 50, e mentre tra i morti di sesso femminile nella classe inferiore ai 50 anni vi è un'indice di oscillazione pressochè uniforme che si aggira rispetto al padre e alla madre, presi singolarmente, intorno agli 11, ciò che in proporzioni diverse avviene anche per quelli superiori ai 50 anni. Per i maschi, vi è invece una disparità diversa non solo rispetto ai due gruppi principali, ma anche rispetto alla serie riferitasi al padre alla madre e ai due genitori insieme. In conclusione studiando la distribuzione delle intensità del fenomeno che abbiamo in osservazione possiamo dire:

1) che i gruppi di maggiore intensità sono quelli corrispondenti all'età dei genitori 31-65 - 65-75;

TAV. IV.

Madre

UOMINI		DONNE		Età della madre	UOMINI		DONNE	
Morti fino a 50 anni		Morti fino a 50 anni			Morti oltre 50 anni		Morti oltre 50 anni	
A.	P.	P.	A.		A.	P.	P.	A.
144,42	53,61	57,33	19 —	31 - 50	218,75	46,39	42,67	24,75
202,50	45,13	48,79	28,20	51 - 65	369,25	54,87	51,21	37,00
100,00	25,42	24,66	13,75	65 - 75	366,75	74,58	75,34	42,00
28,40	14,26	18,10	6,33	76 oltre	213,50	85,74	81,90	21,50

Genitori

UOMINI		DONNE		Età dei genitori	UOMINI		DONNE	
Morti fino a 50 anni		Morti fino a 50 anni			Morti oltre 50 anni		Morti oltre 50 anni	
A.	P.	A.	P.		A.	P.	A.	A.
23,50	59,49	66,67	2,85	31 - 50	26,50	40,51	33,33	2,50
62,33	43,14	38,37	6,60	51 - 65	123,25	56,86	61,63	13,25
29,80	23,03	24,62	4 —	66 - 75	124,50	76,97	75,38	12,25
14 —	16,42	—	—	76 oltre	—	—	—	—

2) che esiste una notevole differenza tra la composizione numerica di detti gruppi inferiore a 50 e superiore ai 50;

3) che mentre per la prima osservazione abbiamo dato una spiegazione riferibile alla composizione normale della popolazione degli esposti al rischio, non affrontiamo di spiegare la 2^a, in quanto essa è riferibile alla età dei genitori. Ciò che è più evidente mediante l'osservazione della tavola VII. Questa tavola è stata composta tenendo come limite tra i valori negativi e quelli positivi il 50° anno di età, limite minimo da me assunto come in precedenza ho accennato, alla longevità. Ho dato in conseguenza il segno (meno) a quelle percentuali di morte riferito alla età della madre del padre e dei due genitori insieme che non hanno raggiunto detto limite minimo, e il segno (più) a quelle che lo hanno superato. La comparazione quindi deve essere fatta in due modi:

a) tra le classi rispetto all'età di uno dei genitori tra 31-50 e quelle superiori ai 50;

b) per sesso.

Esaminando le classi suddette rispetto alla madre (tav. IV e tav. VII) si vede subito, che nella classe 31-50 (tav. IV) tra gli uomini con madre morta tra i 31-50 il 53,61 % morì prima dei 50 anni, mentre solo il 46,37 % supera il 50° anno di età, in conseguenza la differenza, percentuale negativa rispetto al limite di longevità è di 7,22 (tav. VII). Se si osservano invece le classi rispetto all'età della madre decorrenti dai 51-65 e 65-75 (tav. IV) si vede subito che in ragione della longevità della madre cresce in rapporto diretto la longevità dei figli, fino a raggiungere il 74,58 % sulla classe 65-75 mentre, logicamente, in proporzione inversa diminuisce il numero dei figli morti in età inferiore ai 50 anni, in conseguenza (tav. VII) le differenze percentuali si fanno positive fino a raggiungere il limite più alto del 49,16 %.

Quanto ho esposto nei riguardi dei figli maschi posso osservarlo nei riguardi alle femmine, notando come rispetto alla classe 51-65, la differenza percentuale pur essendo positiva in ragione del 2'42 mostra una meno marcata differenza che non tra le classi come per esempio quella dai 65-75 che raggiunge il limite più alto con + 50,68.

Questa osservazione si può anche fare nei riguardi delle altre classi riferite

al padre e ad ambo i genitori, e trova spiegazione nel fatto che stabilito come limite minimo di longevità il 50° anno di età, gli anni immediatamente seguenti a questo, mostrano una graduazione poco differenziata della positività del fenomeno rispetto alla negatività, che segue la sua progressione ascendente man mano che aumenta la longevità dei genitori fino al limite massimo da me assunto di 75 anni; che questa tesi sia giusta lo mostra il comportamento delle percentuali di morte di sesso femminile riferita all'età del padre per il gruppo decorrenti dai 51-65 anni.

In questa classe si osserva (tav. VII) che la differenza percentuale si mantiene negativa in quanto la graduazione del fenomeno non è ben differenziata ma tende al limite minimo della longevità progressivamente. Infatti da — (meno) 22,22 del gruppo 31-50 assume il valore di — (meno) 4,29 per poi divenire nettamente positivo nel gruppo rispetto all'età del padre decorrente dai 65-75 col valore 13,20 e raggiunge il massimo col (più) + 50,00 nel gruppo seguente, che è il più grande per l'età del padre. L'esame della tavola V mostra il comportamento percentuale della mortalità dei figli di ambo i sessi rispetto all'età del padre. Anche qui è dimostrabile con una semplice osservazione come la longevità del padre è in proporzioni palesi con quella dei figli, ciò è molto più evidente per le figlie, da un massimo di negatività (tav. VII) con la differenza percentuale di (meno) — 22,22 per il gruppo riferito all'età del padre, si va ad un massimo di

TAV. VI.

Indice di oscillazione

Durata della vita fino a 50 anni		Dopo i 50 anni	
M.	F.	M.	F.
Madre . . .	85,56	11,62	145,5
Padre . . .	148,30	11,12	176,40
Genitori . . .	27,05	3,17	42,47
			11,75

TAV. VII.

Tavola dimostrante la differenza % dell'età alla morte dei figli rispetto a quella dei genitori

E T À	MADRE		PADRE		GENITORI	
	M.	F.	M.	F.	M.	F.
31 - 50 . . .	— 7,22	— 14,69	— 10,64	— 22,22	— 18,98	— 33,34
51 - 65 . . .	+ 9,74	+ 2,42	+ 1,28	— 4,29	+ 13,72	+ 23,26
65 - 75 . . .	+ 49,16	+ 50,68	+ 29,92	+ 13,20	+ 53,94	+ 50,76
oltre 76 . . .	—	—	+ 46,18	+ 50 —	—	—

(più) + 50 per il gruppo di età del padre di oltre 76 anni. La graduazione del fenomeno tra la negatività e la positività è più evidente per i figli maschi tra il gruppo (31,50) e quello 51-65 la positività è netta per quest'ultimo, convalidando che è giusto il criterio di ritenere come limite inferiore della longevità il 50° anno di età. Ciò trova riscontro comparando la tavola VI e VII. La prima di queste tavole mostra il comportamento della longevità dei figli rispetto all'età di ambo i genitori. Anche qui valgono le osservazioni già esposte rispetto alle altre tavole, è però evidentissimo il distacco netto della negatività delle differenze percentuali (tav. VII) tra il gruppo riferito all'età dei genitori di 31-50 e quello tra 51-65. Infatti da una negatività del 33,34 per le figlie si passa ad una positività del 23,26. Il criterio limite minimo dei 50 anni è dunque sicuramente affermabile: tra i due sessi non vi è comportamento troppo diverso tra le differenze percentuali se si eccettua una negatività più notevole per le donne.

Ciò trova riscontro anche nell'esame del gruppo riferito singolarmente al padre, alla madre decorrente dai 31-50, i valori di positività massima per i gruppi riferiti ai genitori considerati insieme e partitamente decorrenti dai 65-75 ai 50. In conclusione, da quanto ho esposto, si può stabilire:

- 1) che esiste un rapporto diretto tra longevità del genitore e dei figli sia riferendosi singolarmente al padre e alla madre che, con entrambi presi insieme;
- 2) che non ci sono differenze notevoli di comportamento delle differenze percentuali tra i due sessi, se si eccettua una negatività più pronunciata nelle donne per il gruppo riferito all'età dei genitori decorrenti dai 31 ai 50;
- 3) che il limite inferiore di longevità al lume delle presenti esperienze riferito alla popolazione degli esposti al rischio deve intendersi il 50 anno di vita;
- 4) che la distribuzione del fenomeno per quanto non sia graduata non influisce sulle presenti conclusioni.

Intravisto dunque il principio che esiste una relazione tra la durata della vita dei genitori e quella dei figli, inteso dal punto di vista statistico, ciò senza specificare che l'esistenza di una tale relazione implichi l'ammissione di un nesso causale tra i due fenomeni, in quanto uno stesso fattore può riscontrarsi in diversi fenomeni nei quali può agire direttamente e più spesso indirettamente tenendo anche presente che la dimostrazione di una dipendenza anche manifesta tra le variazioni di due fenomeni può sussistere nell'assenza di un nesso causale e che quindi la misura di questa dipendenza non può in nessun modo essere intesa come misura del nesso causale stesso, restava da dimostrare che esisteva una correlazione tra i due fenomeni.

A tale scopo mi sono servito dell'indice di correlazione del Bravais tavola IX sulla cui lettura, di ordine elementare non mi trattengo in modo particolare.

Questa tavola dimostra come esiste correlazione tra età di ambo i genitori e figli e come nei rapporti tra i genitori e i figli considerati i primi singolarmente il Bravais sia indifferente. Solo tra la durata della vita tra figli maschi e madre il Bravais è positivo. I risultati ottenuti avrebbero potuto anche soddisfare per la dimostrazione della correlazione, ma tenuto conto che questo indice è fondato sulla variazione dei due caratteri e non sulla intensità dei medesimi a chiarire questo concetto era necessario servirsi di un indice che meglio rispondesse a questo scopo.

Ho adottato a tale fine l'indice di Omofilia del Gini.

Questo indice che prende in considerazione sia l'intensità che gli scostamenti

e le variazioni, è certamente il più adatto nel caso ispecie e può dare dei dati molto più precisi che non il Bravais, che in questo caso non è stato nettamente decisivo, in quanto agli aspetti del fenomeno ne ha preso solo in considerazione uno: le variazioni, trascurando le intensità e gli scostamenti, come in precedenza ho accennato.

La positività dell'indice di Omofilia del Gini mi ha condotto alla conclusione

GENITORI

	Figli			
	266	720	1108	
474	1	1	0	2
1784	0	0	1	1
1976	0	0	0	

	Figlie			
	29	75	117	
60	1	1	0	2
172	0	0	1	1
210	0	0	0	

BRVAIS = 0,48

PADRE

	Figli				
	247	1069	4195	5001	
107	1	0	0	0	1
1756	0	0	1	0	1
4008	0	0	0	1	1
4607	0	1	0	0	1

BRVAIS : figli = 0

	Figlie				
	60	131	478	497	
24	1	0	0	0	1
198	0	0	1	0	1
422	0	0	0	1	1
480	0	1	0	0	1

BRVAIS figlie : = 0

MADRE

	Figli				
	119	596	2929	3292	
342	1	0	0	0	1
1886	0	0	1	0	1
2692	0	0	0	1	1
2989	0	1	0	0	1

BRVAIS = 0

	Figlie				
	68	119	302	348	
40	1	0	0	0	1
232	0	0	1	0	1
269	0	0	0	1	1
328	0	1	0	0	1

BRVAIS figlie : = 0,80

dell'esistenza della concordanza tra la durata della vita dei figli e quella dei genitori a prescindere dalla effettiva distribuzione che hanno avuto i due caratteri, ciò che ha molto influenzato il comportamento dell'indice del Bravais.

Esiste dunque una manifesta concordanza e correlazione tra la durata della vita dei genitori e quella dei figli ciò che in altre parole implica il principio della ereditarietà della longevità.

La netta positività del Bravais nei riguardi tra madre e figli maschi suscita particolare attenzione in quanto potrebbe essere una preziosa indicazione per il prognostico sulla durata della vita.

E' già noto come cognizione empirica i caratteri recessivi della madre si possono ereditare con molta più facilità dai figli maschi, ma questo comportamento rispetto alla durata della vita da me osservato su un numero di figli pari a 7883 merita di essere considerato a parte in quanto dato il rilevante ammontare delle osservazioni la correlazione non può essere puramente casuale.

Dal punto di vista della pratica assicurativa è noto, come la mancata longevità dei genitori influisce sulla valutazione del rischio assicurativo, e che la taratura sul gentilizio avviene se i genitori o uno di essi è morto in età giovanile, o se nel gentilizio si riscontrano tare ereditarie. Tutto ciò però è stato finora applicato alquanto empiricamente mancando i criteri basati su studi statistici di notevole entità numerica e anche perchè non sono noti i rapporti che intercedono fra mancata longevità e malattie ereditarie, per potere con giusto criterio, di ordine statistico, applicare un'indice ponderato di ereditarietà facilmente calcolabile. A tale proposito è noto come in Germania tale indice sia stato calcolato, ma non è ancora entrato nella pratica assicurativa in quanto, come ho detto nella antecedente premessa, non si conoscono le correlazioni su accennate, il cui studio dovrebbe essere esteso non solo alle malattie ereditarie ma anche alla meiorpragia ereditaria considerata per singoli apparati organici ciò che costituirà argomento di un mio prossimo lavoro.

ZUSAMMENFASSUNG.

Der Verfasser erforscht die Erbllichkeit der Langlebigkeit auf 23297 Todesfälle des I.N.A. und beweist statistisch durch die Gin'schen Omophilie-wertziffer und die Bravaisschen. Wertziffer dass eine Beziehung zwischen dem Alter der Kinder und dem der Eltern im Augenblick des Todes besteht; der Verfasser hat das 50. Alterjahr a's die niedrigste grenze der Lauglebigkeit festgesetzt.

L'ECO DELLA STAMPA

UFFICIO DI RITAGLI DA GIORNALI E RIVISTE

FONDATO NEL 1901

MILANO - Via Compagnoni, N. 28

Direttore: UMBERTO FRUGIUELE

Semeiotica di medicina delle A. V.**Considerazioni sopra due casi di spina bifida occulta**

Dott. TOMMASO RICCIOTTI

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

In precedenti articoli più di una volta ho creduto di richiamare l'attenzione dei colleghi su talune anomalie del sistema scheletrico rilevabili specialmente alla indagine Roentgen come le costole cervicali sopranumerarie unilaterali o bilaterali, le costole biforcute, ecc. Presento ora due casi capitati recentemente alla mia osservazione nel gabinetto radiologico della Direzione Generale dell'I.N.A. in cui sono ben visibili — sebbene in grado diverso — le manifestazioni radiologiche di una malformazione vertebrale interessante: la rachischisi o più precisamente la schisi dell'arco posteriore.

Il primo caso riguarda un giovane di 18 anni presentatosi alla visita medica per essere assunto come impiegato nell'Istituto. Nulla nei precedenti familiari e personali del soggetto. L'esame clinico dimostrava una modica retrazione dell'emitorace sinistro la cui mobilità respiratoria appariva leggermente ridotta rispetto a quella dell'emitorace destro; negative la palpazione la percussione e l'ascoltazione del torace.

A causa di un lieve sottopeso (Kg. 10) veniva praticato un esame radiologico e in radioscopia si confermavano i dati riscontrati all'esame clinico (retrazione e ipocinesi respiratoria dello scheletro emitoracico sinistro). La radiografia (fig. 1), oltre ad un restringimento apprezzabile degli spazi intercostali di sinistra, metteva in evidenza a carico della III vertebra dorsale un particolare reperto consistente in una immagine trasparente a fessura con decorso dall'alto al basso e da sinistra verso destra e in più gli esiti di una pleurite basale sinistra passata inosservata. Ripreso in esame il soggetto, le radiografie di dettaglio del tratto cervico-dorsale della colonna vertebrale eseguite con la tecnica speciale per le ossa e in varie proiezioni, confermavano il sospetto formulato al primo esame: si era cioè in presenza di una schisi dell'arco posteriore della III vertebra dorsale (fig. 2).

Più importante e più ricco di rilievi è il secondo caso riguardante una donna di 43 anni, nubile, la quale nella sua storia non presentava alcuna sofferenza degna di nota. All'esame obiettivo si notava una marcata accentuazione della normale lordosi lombare ove scorrendo col dito lungo la linea mediana, in luogo delle apofisi spinose si avvertiva alla palpazione una doppia serie di asperità sovrapposte separate da un avvallamento a doccia. Mancava un sintomo che secondo NUVOLI è abbastanza frequente nei casi di spina bifida lombo-sacrale, il dolore alla pressione vertebrale in corrispondenza del tratto interessato. Ciò che però induceva fortemente in sospetto per l'esistenza della malformazione rachidea era una zona circoscritta di cute della regione lombare che presentava le tracce di una rasatura recente di peli fitti e duri. Venivano pertanto eseguite varie radiografie della colonna le quali non solo confermavano la supposizione ma rivelavano una serie di deformazioni e di deviazioni vertebrali secondarie a processi osteo-artrosici per adattamento al turbato equilibrio statico. Nel radiogramma antero-posteriore del tratto lombo-sacrale della colonna vertebrale (fig. 3) risulta bene evidente una schisi dell'arco neurale della III-IV-V vertebra lombare. L'aspetto anatomoradiografico delle vertebre appare notevolmente alterato: le ultime due di esse presentano un sintomo di grande valore messo in evidenza dal Putti: la platispondilia, ossia una forte prevalenza del diametro trasverso in rapporto al diametro verticale. Anche il sacro si presenta profondamente modificato nel suo svi-

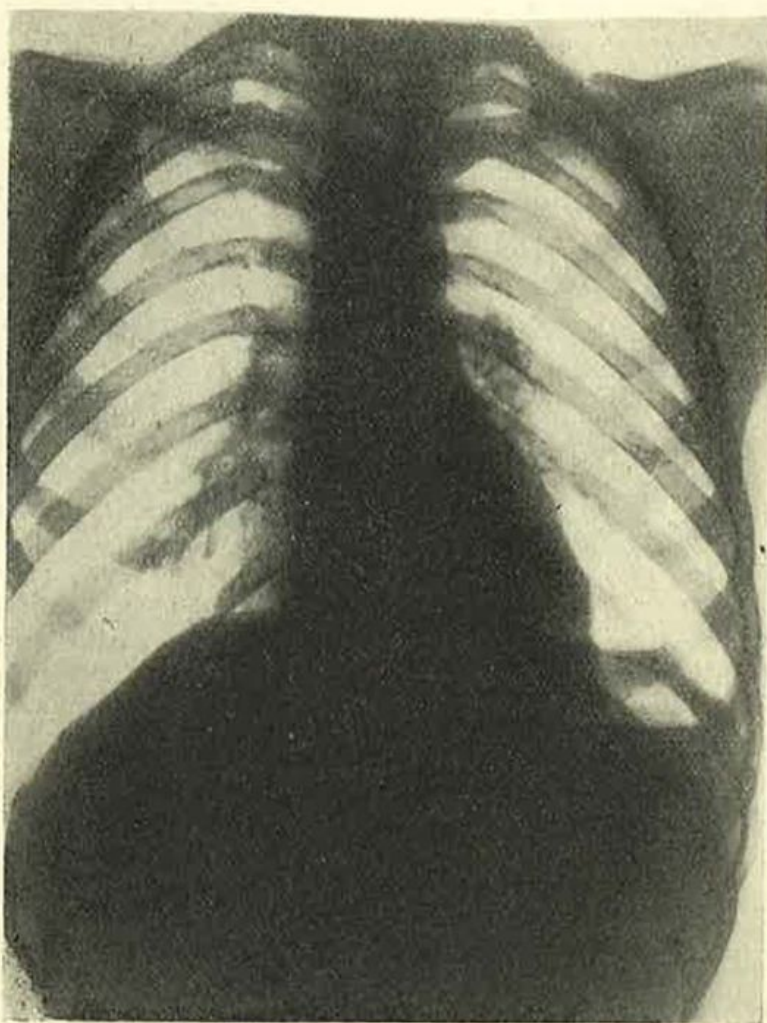


Fig. 1.

luppo e nel suo orientamento e in proiezione laterale (fig. 4) appare molto accorciato per cui un radiogramma di dettaglio eseguito con bacino sollevato e tubo inclinato non è più ricco di elementi dimostrativi (fig. 5). L'apertura del bacino è deformata e asimmetrica e inoltre sono visibili sui contorni delle vertebre e delle ossa iliache irregolarità marginali e osteofiti da mettersi in rapporto a fenomeni di osteoartrosi secondaria. In seguito a questo reperto sono tornato ad esaminare il soggetto, ma all'infuori dei fatti già osservati (esagerazione della lordosi lombare e ipertricosi circoscritta) non ho riscontrato altro: normale la deambulazione, non disturbi nervosi nei territori dipendenti dal plesso lombo-sacrale, non disturbi trofici o dolorifici negli arti inferiori. Fatto importante emerso dal nuovo interrogatorio è stata la confessione da parte della paziente di andar soggetta a perdita spontanea di urina nelle ore notturne fin dalla infanzia.

La spina bifida è, come si è visto, una particolare malformazione della colonna vertebrale in cui — secondo Begouin — entrano due elementi: uno costante, fondamentale, la fessura congenita del rachide o rachischisi; e uno incostante, la ectopia attraverso questa fessura di una parte delle meningi o del midollo. Quando manca quest'ultimo elemento si ha la spina bifida occulta. Per quanto la schisi possa essere anteriore e laterale e comprendere persino tutta la colonna vertebrale (reperiti teratologici incompatibili con la vita) ordinariamente si tratta, come nei nostri due casi, di una schisi posteriore limitata ad un tratto circoscritto del rachide che per lo più è l'estremità cefalica o caudale. Dopo i classici studi di RECKLINGHAUSEN che rimontano al 1886 molti autori si sono occupati dell'argomento, ma il contributo maggiore è stato apportato dai radiologi i quali hanno potuto dimostrare che molti dei casi che prima passavano per calcolosi urinarie, morbo di Pott, pleurite ecc., altro non erano che vere spine bifide occulte rimaste ignorate.

Sono interessanti a questo proposito le ricerche di NUVOLI e quelle di OTTONELLO. NUVOLI ha studiato 12 casi di spine bifide occulte sacrali spesso accom-

pagnate a malformazioni più o meno spiccate del tratto lombosacrale della colonna ed ha trovato che possono distinguersi tre sindromi fondamentali associate alla presenza di spina bifida occulta: una sindrome algida (la meno grave), una sindrome trofica (la più grave) e una sindrome urogenitale. I disturbi trofici su cui NU-VOLI ha fermato maggiormente la sua attenzione possono andare dalle semplici alterazioni vasomotorie alla mutilazione (2 casi dell'A.) con tutti i gradi di passaggio. I disturbi dolorosi si avvertono specialmente alle regioni lombari, alle natiche ed agli arti inferiori e consistono in dolori incostanti, variabili per sede e intensità, ora gravativi a tipo di dolenzia, ora violenti e vivi. La sindrome urogenitale è dominata da disturbi a tipo di cistite: pollachiuria, tenesmo, enuresi notturna nei primi anni.

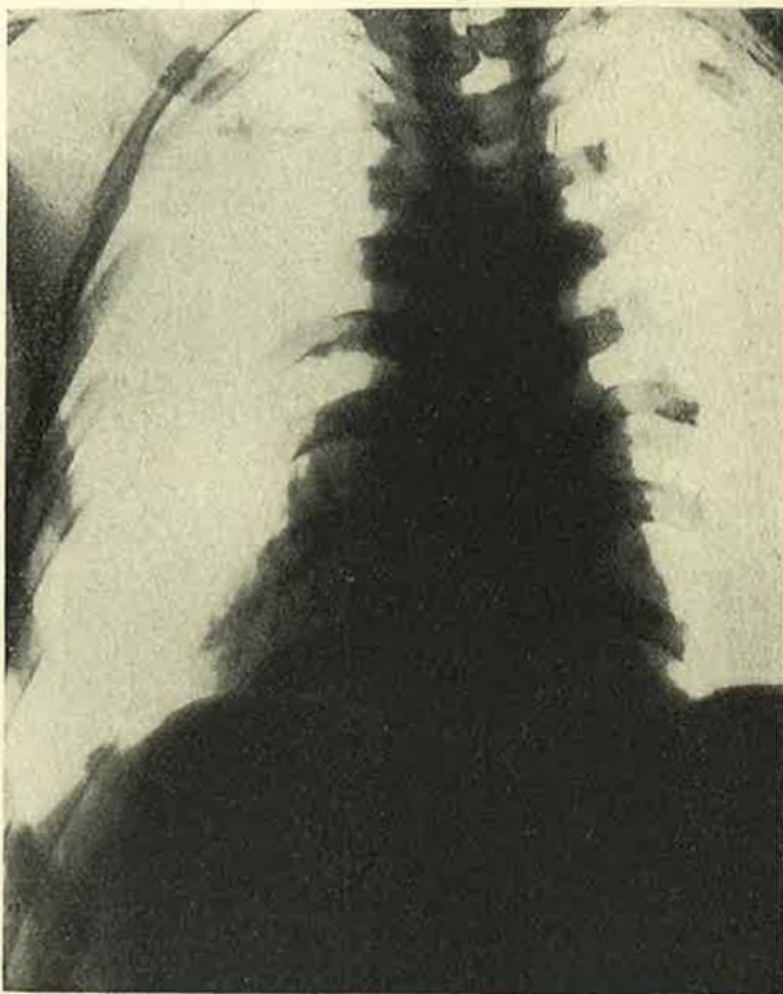


Fig. 2.

Fu il BUSI ad osservare per primo la coesistenza non rara di calcoli renali e di malformazioni vertebrali. In seguito OTTONELLO ha ripreso l'argomento delle anomalie concomitanti dello scheletro e dell'apparato urinario. Egli esaminando 100 casi di calcolosi renale ha scoperto in 10 di essi malformazioni scheletriche: 4 casi di rachischisi, un caso di lombarizzazione della I sacrale, 2 casi di malformazioni di uno dei contorni del sacro, 2 casi di anomalie della I lombare, un caso di anomalia della cresta sacrale. Data la percentuale piuttosto alta di anomalie scheletriche in persone affette da calcolosi urinaria lo stesso A. ha preso in esame altri 100 radiogrammi della colonna lombo-sacrale di individui che non presentavano calcoli ma che erano stati inviati all'indagine radiologica col sospetto di una calcolosi urinaria, ed anche tra questi i portatori di malformazioni vertebrali si sono riscontrati abbastanza numerosi (36%); dal che l'A. conclude ribadendo il concetto già espresso che le anomalie del tratto lombosacrale della colonna vertebrale sono più frequenti di quel che si credeva in passato e se molto spesso non danno luogo a disturbi e costituiscono una sorpresa radiologica, altre volte si accompagnano a sofferenze come bruciore e dolore alla minzione, dolore lombare a tipo di colica, ecc., che fanno nascere il sospetto di

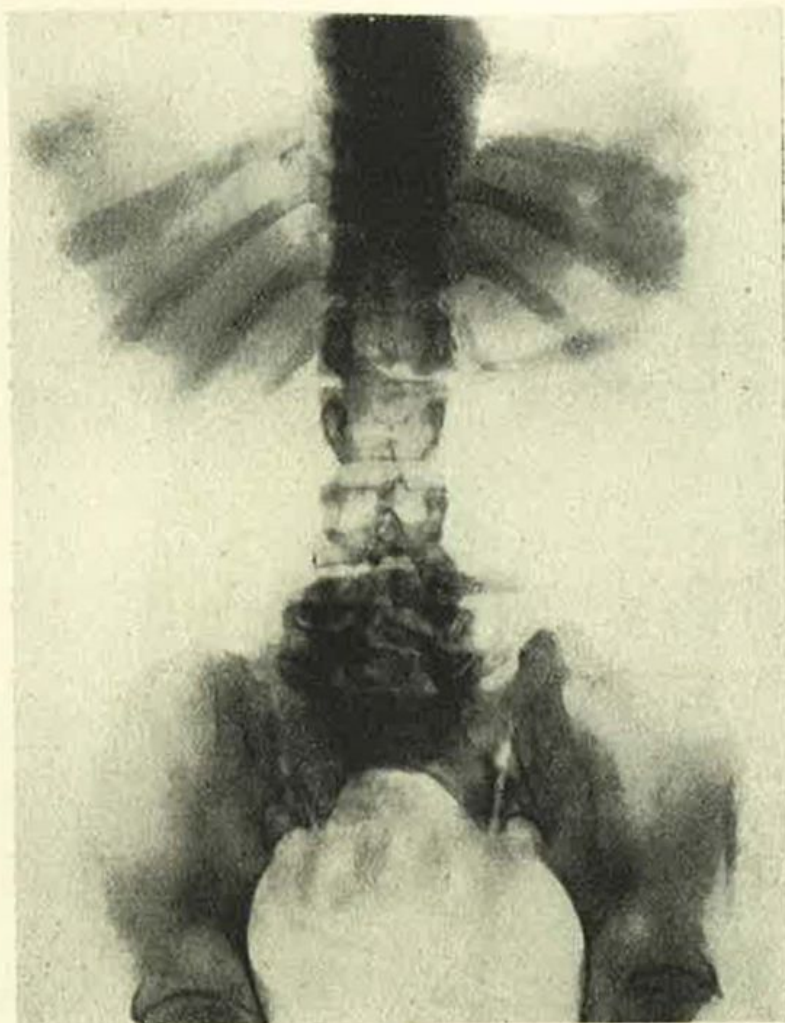


Fig. 3.

vertebrale coi relativi muscoli quanto gli organi dell'apparato urinario. E' verosimile quindi, secondo l'A., pensare che una causa qualunque, provocando una perturbazione in un sistema possa influire sullo sviluppo anche dell'altro. Dall'embriologia sappiamo che nel periodo di formazione della colonna i prolungamenti dorsali delle corna dell'arco primitivo che danno origine alle lamine vertebrali cartilaginee invadono a poco a poco gli archi membranosi costituiti dalla membrana reuniens superior. Tale invasione avviene lentamente di modo che il canale rachideo, limitato avanti e lateralmente da cartilagini, si trova chiuso indietro soltanto da una lamina membranosa. Quando a causa di un arresto di sviluppo questa disposizione persiste nell'adulto si ha il fenomeno della spina bifida. Dal punto di vista della patogenesi la spina bifida è dunque un'alterazione congenita della colonna vertebrale dovuta alla mancata riunione delle placche vertebrali primitive destinate a formare un involucro continuo attorno al tubo midollare.

La causa di questo arresto di sviluppo sarebbe dovuta secondo alcuni a raccolta di liquido entro il canale vertebrale, secondo altri a pressione esterna, a presenza di aderenze amniotiche o a interposizione delle membrane dell'uovo, secondo altri ancora a difettosa separazione del tubo midollare dal foglietto corneo

una calcolosi urinaria per cui i pazienti vengono inviati al radiologo.

Inoltre OTTONELLO ha trovato una frequente associazione tra anomalie della colonna vertebrale e anomalie dell'apparato urinario (rene a ferro di cavallo, rene policistico, megauetere, diverticolosi vescicale, ecc.). Non esiste — egli afferma — alcun parallelismo tra gravità della malformazione scheletrica e gravità della sindrome, e la prima non è la causa patologica della seconda bensì l'espressione rivelatrice di altre alterazioni di sviluppo neuromeningee le quali rappresentano la vera causa delle entità morbose in questione. Il fatto si spiegherebbe ricordando come dallo stesso foglietto germinativo prendano origine tanto lo scheletro del tratto lombosacrale della colonna

della cute. RECLIKNGHAUSEN ritiene che si tratti di agenesia primaria ed ipoplasia delle eminenze dorsali che dovrebbero formare la doccia degli archi vertebrali. Questo arresto di sviluppo delle lamine vertebrali che porta alla formazione della spina bifida è in fondo la persistenza oltre il termine fisiologico di una disposizione normale durante la crescita. Alla nascita si trova una schisi completa degli archi posteriori di tutta la colonna. Alla fine del primo anno sono saldati gli archi delle ultime dorsali e delle prime lombari e persiste la schisi delle restanti vertebre lombosacrali e cervicodorsali. A 4 anni rimangono aperte la V e la IV lombare, l'atlante e l'asse. A 10 anni sono aperte le prime 3 sacrali (fontanella lombosacrale). Fra i 15 e i 17 anni la chiusura è totale, però le anomalie sono frequenti; nel 20 % dei casi è una mancata fusione della I vertebra sacrale e nel 15 % di altre vertebre. L'assenza dei sintomi si spiega data la mancanza di alterazioni dello speco vertebrale e delle radici nervose.



Fig. 4.

* * *

A parte ogni altra considerazione quello che soprattutto conta ai nostri fini e che interessa più direttamente noi medici di A.V. è la valutazione prognostica di queste malformazioni. Sebbene tra i vari A. non sia stato ancora raggiunto l'accordo circa il limite oltre il quale un difetto di saldatura vertebrale cessa di essere una anomalia e diventa un fatto patologico, io ritengo che sia pratico per noi accostarsi all'opinione dell'Hintze accettata dal Köhler secondo cui sono sicuramente patologici quei difetti di ossificazione che si presentano estesi anche alle vertebre lombari più alte; nell'adulto avrebbe già carattere patologico la compartecipazione della IV vertebra lombare come pure i difetti che presentano una disposizione spiccatamente asimmetrica o una abnorme distribuzione della massa ossea che si manifesti con la formazione di apofisi spinose grandi e irre-



Fig. 5.

sono da farsi per quello che riguarda il secondo caso. Qui si tratta di una persona anziana in cui la schisi non è limitata ad una vertebra sola ma interessa un certo tratto della colonna vertebrale e si accompagna a profonda modificazione della sua struttura nonchè a segni evidenti di osteoartriosi. Per quanto gli elementi forniti dall'esame clinico si riducano ad accentuazione della lordosi lombare, ipertricosi circoscritta e presenza di doppia cresta lungo la linea delle apofisi spinose alla palpazione senza che siano riscontrabili disturbi urogenitali o atrofici o dolorifici a carico di questo o di quel territorio, bisogna tener conto della eventualità che la paziente possa aver avuto interesse a tacere — a parte l'enuresi notturna denunziata — più gravi disturbi renali o neyralgici nel timore di vedersi precluso l'impiego. Oltre ai dati anamnestici scrupolosi e veritieri sarebbe indispensabile, in relazione alle osservazioni di Ottonello sulla frequente concomitanza di lesioni renali con le schisi vertebrali, uno studio completo dell'apparato urinario con le relative prove funzionali e indagini radiologiche, cosa non sempre facile a realizzare nelle nostre particolari condizioni di ambiente. Ci sarebbe poi da chiedersi se anche nell'assenza accertata di ogni alterazione dell'apparato urinario un rachide ridotto in queste condizioni potrà a lungo consentire uno stato di salute compatibile con una buona capacità lavorativa

golari poste al disopra o al disotto dei difetti ossei. Invece sarebbero da considerarsi come semplici anomalie, e perciò senza alcun significato prognostico cattivo, quei difetti di ossificazione in forma di fessure sottili che interessano l'arco di una sola vertebra che per lo più è la prima sacrale o una vertebra contigua.

Nel caso nostro scarsa importanza presenta il reperto della schisi dorsale alta nel giovane della prima osservazione in cui la scoperta della malformazione vertebrale in assenza di ogni elemento patologico anamnestico e clinico costituiva un fatto puramente accidentale. Il rischio infatti è stato giudicato mediocre non per la anomalia vertebrale ma per il sottopeso e il soggetto è stato ammesso in servizio.

Ben altre considerazioni

quando è noto che i fenomeni artritici tendono ad estendersi e ad aggravarsi col crescere degli anni. Sono problemi questi che noi ci dobbiamo porre in presenza di assicurandi non solo per il rischio morte ma anche per il rischio invalidità; nel caso in questione, trattandosi di personale temporaneo, tutte queste considerazioni potevano ritenersi superflue ed il rischio è stato accettato con lieve sovrappremio.

Ho voluto illustrare questi due casi per richiamare l'attenzione su una malformazione rachidea non tanto rara in cui l'indagine Roentgen, quando non costituisce l'unico strumento di diagnosi, apporta sempre un notevole contributo per un'esatta interpretazione diagnostica e valutazione prognostica. Di fronte a certe sindromi a tipo di calcolosi urinaria o sciatica o lombaggini, ecc., si tenga anche presente la eventualità che possa trattarsi di una spina bifida occulta e si pratichi o si consigli un esame radiologico della colonna vertebrale e possibilmente una radiografia diretta dell'apparato urinario per la ricerca di eventuali calcoli.

BIBLIOGRAFIA

- NUVOLI, *Sindromi di spina bifida occulta*. Policlinico, 1928.
PUTTI, *Die angeborene Deformatäten der Wirbelsäule*. Fort. a. d. Geb. der Rontg., Vol. XV.
BEGOUIN, *Patologia chirurgica*. Vallardi, 1933.
OTTONELLO, *Anomalie concomitanti dello scheletro e dell'apparato urinario*. Rivista di Radiologia e fisica medica, N. 4, 1929.
KÖHLER, *Limiti del normale e inizi del patologico in Röntgendiagnostica*. 1932.

Varie

NEL TRENTENNALE DELL' ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

(1 9 1 3 - 1 9 4 2)

Servizio Sanitario. - Le pubblicazioni di medicina preventiva ed assistenziale dell' I.N.A.

Il programma assistenziale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha avuto inizio dalla primavera del 1930 ed esaminando lo svolgimento di esso, si rileva con facilità lo scopo cui tende ed i mezzi che adotta.

Lo scopo è quello di cercare di ottenere che la vita dei propri assicurati sia possibilmente prolungata e nelle migliori condizioni di salute, poichè l'I.N.A., oltre il rischio vita, assicura anche il rischio di invalidità precoce. La salute è la ricchezza più grande che l'uomo possa possedere, con essa si possono superare le difficoltà della vita, senza di essa, anche la gioia più grande intristisce.

In questo fine gli interessi dell'Istituto coincidono perfettamente con quelli dell'assicurato e con quelli dello Stato.

Lo Stato ha interesse che i cittadini, come membri di una famiglia, siano validi e produttori di ricchezza per lungo tempo; è interesse dell'assicurato vivere a lungo e, col lavoro, migliorare le condizioni della propria famiglia, poichè nessun capitale e nessuna rendita derivante da una assicurazione potrà mai sostituire l'attività lavo-

rativa di un uomo. E' interesse dell'assicuratore che i sinistri di premorienza e di invalidità siano ridotti al minor numero possibile e che l'antidurata (cioè il tempo che trascorre dall'assicurazione alla morte) dei contratti di assicurazione sinistrati, sia la più lunga possibile.

Perciò dal 1930 ad oggi, parecchie pubblicazioni sono state diffuse dal Servizio Sanitario dell'I.N.A.

Trascuro qui le relazioni sull'argomento fatte nei vari Congressi e di cui si è parlato nel n. 1 dell'anno in corso di questa Rivista.

Il primo articolo comparve nel « Giornale Italiano degli Attuari », nell'anno I, n. 1, luglio 1930, dal titolo: « Gli utili di mortalità delle Imprese di assicurazione vita e le Provvidenze Sanitarie a favore degli assicurati ». In esso si esponeva il risultato di una indagine fatta presso tutte le Compagnie di Assicurazione vita nel mondo per conoscere quale opera assistenziale esse svolgevano a favore dei propri assicurati.

Seguì l'altro, sulla stessa Rivista, del 2 ottobre 1930, circa « La concessione delle visite mediche periodiche agli assicurati dell'I.N.A. ».

Nell'ottobre 1931, l'Istituto bandì un concorso a premi per due pubblicazioni d'igiene, di cui una, destinata agli assicurati in forma ordinaria, alla quale adiscono specialmente professionisti, industriali, impiegati, commercianti, ecc., e l'altra agli assicurati in forma popolare.

Le pubblicazioni dovevano illustrare con molta chiarezza le norme d'igiene atte a prolungare la vita umana nelle migliori condizioni di salute.

Il concorso ebbe esito felicissimo.

Nel tempo stabilito pervennero sessantanove lavori. La Commissione giudicatrice, costituita dai Professori: Sen. Ettore Marchiafava, Presidente; Ecc. Dante De Blasi, Accademico d'Italia; On. Silvestro Baglioni, recentemente nominato Accademico d'Italia, Prof. Arcangelo Ilvento, Vice Direttore Generale della Sanità pubblica del tempo e dal Capo del Servizio Sanitario dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni; giudicò che i lavori più adatti e meglio rispondenti al bando di concorso erano, per gli assicurati in forma ordinaria, quello pubblicato successivamente col titolo « Viver sani » e per gli assicurati in forma popolare, quello presentato dal Prof. Dott. Oreste Bellucci pubblicato poi col titolo « Salute, tesoro della vita ».

Le due pubblicazioni edite dall'I.N.A. furono largamente diffuse ed attualmente sono esaurite.

Nel novembre del 1931, nella « Rassegna della Previdenza Sociale » fu illustrato « Lo sviluppo del programma di assistenza sanitaria agli assicurati sulla Vita dell'I.N.A. » e le « Forze Sanitarie » del luglio 1932 fecero conoscere il risultato di un primo esperimento di visite mediche periodiche realizzato dall'Istituto.

Nel dicembre 1932 ebbe inizio la pubblicazione periodica della Rivista « L'Assistenza sanitaria agli assicurati », Rivista bimestrale che continua tuttora a pubblicarsi regolarmente e che ha avuto durante questo periodo di tempo una larga diffusione ed evoluzione.

Nata in primo tempo per diffondere tra gli assicurati la conoscenza delle provvidenze sanitarie adottate dall'Istituto a loro favore, illustrandone l'utilità di servirsene e dare consigli d'igiene e di medicina preventiva agli assicurati, si arricchì subito di scritti di medicina di assicurazione vita allo scopo di studiare i vari problemi per permettere la previdenza assicurativa, anche a coloro cui precedentemente era inibita per le loro condizioni di salute.

Dal quarto anno di vita, 1935, la Rivista si è divisa in due edizioni; una « normale », per i cultori della medicina delle assicurazioni vita e l'altra, « edizione speciale » per gli assicurati e che contiene consigli d'igiene e di medicina preventiva.

Alla Rivista hanno collaborato attivamente tutti i Medici di Direzione dell'I.N.A. e tranne qualche rara collaborazione, la Rivista è tutta opera del Servizio Sanitario dell'I.N.A.

Le provvidenze sanitarie furono illustrate anche negli « Annali » dell'I.N.A. del 1934 « Le provvidenze sanitarie a favore degli assicurati vita » e nel « Giornale Italiano degli Attuari », n. 2, aprile 1935: « Le realizzazioni dell'assistenza sanitaria agli assicurati dell'I.N.A. all'inizio del 1935 ».

Nel 1935 fu inaugurato il I Centro Sanitario di Torino e da quel tempo, alla inaugurazione di ogni Centro Sanitario o sub-Centro o Consultorio di medicina preventiva e d'igiene, nel discorso inaugurale, si è sempre illustrato il programma di assistenza realizzato dall'I.N.A.

Ed il « Giornale degli Attuari » dell'anno VII, n. 1 del gennaio 1936 tratteggiava le linee dell'organizzazione dell'« Ufficio di assistenza sanitaria agli assicurati vita ».

L'esame delle cause di sinistri di morte, intanto, dimostrava come le malattie dell'apparato cardiovascolare mietono largamente tra gli assicurati. Perciò nel gennaio 1936 l'Istituto bandì un concorso a premi per una pubblicazione di medicina preventiva destinata ai propri assicurati. La monografia doveva contenere una chiara e semplice esposizione di *norme atte a prevenire le affezioni del cuore e dei vasi sanguigni e le norme che possono consentire una vita relativamente lunga e di lavoro proficuo a coloro che da tali affezioni fossero stati colpiti.*

Tra i numerosi lavori pervenuti alla Commissione esaminatrice, costituita da: l'Ecc. Prof. Dante De Blasi, Accademico d'Italia, Presidente; Prof. Dott. Giulio Galli, Direttore del Policlinico Umberto I di Roma; Prof. Dott. Antonio Sebastiani, Primario degli Ospedali di Roma; Prof. Dott. Agenore Zeri, Emerito di Patologia Medica nella R. Università di Roma, scelse come più adatta allo scopo la monografia che fu poi pubblicata col titolo « Cuore sano e cuore infermo »: essa è stata largamente diffusa tra gli assicurati ed è attualmente esaurita.

Frattanto l'Italia per dare lavoro alla sua popolazione esuberante conquistava l'Impero di Etiopia.

L'Istituto, nell'interesse dei propri assicurati che volevano recarsi a colonizzare le terre d'Oltremare, istituiva presso i propri Centri e Consultori, il *consultorio per la idoneità alla vita coloniale*, gratuito per tutti, comunque assicurati, e bandiva un concorso a premi per una pubblicazione di medicina preventiva. La monografia doveva contenere *norme di vita igienica e di lavoro proficuo nell'Impero Italiano di Etiopia e nelle altre Colonie e possedimenti italiani, e norme per prevenire le malattie che risultano ivi più frequenti.*

Il concorso fu bandito nel 1936.

La Commissione costituita da: l'Ecc. Sen. Prof. Dott. Aldo Castellani, Conte di Chisimaio, Direttore della Clinica delle malattie tropicali della R. Università di Roma; dal Prof. Dott. Guido Vernoni, Direttore dell'Istituto di Patologia Generale della R. Università di Roma, dal Generale Medico Prof. Dott. Alcibiade Andruzzi, Capo del Servizio Sanitario del Ministero dell'Africa Italiana; dal Capo del Servizio Sanitario dell'I.N.A., scelse come più adatta allo scopo la monografia del Prof. Giuseppe Penso: e propose ed ottenne dall'Amministrazione un premio a favore del Prof. Mario Girolami autore di altro pregiato lavoro.

Il volume del Prof. Penso dal titolo: « Igiene di vita coloniale » è stato largamente diffuso tra gli assicurati.

Come ho già accennato, nel 1932 si iniziò la pubblicazione della Rivista « Assistenza Sanitaria ».

Ogni numero della Rivista contiene consigli d'igiene e di medicina preventiva agli assicurati: Per lo più il numero degli articoli è di due o tre, di cui uno, illustra un sintoma subiettivo per farne conoscere l'importanza, l'altro tratta di un argomento di dietetica ed il terzo ancora questioni d'igiene generale e speciale.

Dal 1935 questa parte è stata staccata dalla Rivista per costituire una edizione speciale, destinata agli assicurati ed i vari articoli sono stati raccolti in due volumi dal titolo « Sotto il platano di Coò » ricordando il maestro Ippocrate che fu il primo volgarizzatore della medicina laica nella attuale nostra isola egea di Coò.

Il primo volume ha visto la luce nel 1937 e contiene gli articoli pubblicati nella Rivista dal 1932 al 1936. Il secondo volume, dal titolo « Sotto il platano di Coe » (seconda giornata) è stato pubblicato nel 1940 e raccoglie gli articoli dell'« Assistenza Sanitaria » dal 1937 al 1938.

Sarà prossimamente pubblicata la « terza giornata » che raccoglierà gli articoli pubblicati dal 1939 in poi.

L'« Assistenza sociale » nel 1939, nel numero del gennaio, pubblicò un articolo che illustra « l'opera dell'I.N.A. per la difesa della stirpe » e la « Mutualità rurale fascista » nel maggio dello stesso anno, additava la « Collaborazione tra l'I.N.A. e le Mutue Malattie » e gli « Annali dell'I.N.A. » del 1940 davano « Alcune indicazioni per l'assistenza sanitaria agli assicurati vita ».

Le contingenze attuali hanno sospeso la serie dei volumi destinati agli assicurati, ma l'esame dei sinistri di morte e di invalidità, indica la vasta azione ancora da compiere nel campo dell'assistenza sanitaria agli assicurati e che solo un Ente che abbia la importanza e la organizzazione dell'I.N.A., può svolgere. r. i.

Notiziario

Il Centro sperimentale delle malattie infettive ed il Centro di Propaganda igienica presso la R. Università di Firenze.

Presso la R. Università di Firenze si è costituito un Centro Sperimentale per lo studio della profilassi e della terapia delle malattie infettive. Gli scopi del Centro non si limitano allo svolgimento di ricerche puramente teorico-scientifiche, ma avranno larghi sviluppi pratici in rapporto specialmente alla prevenzione e alla cura delle malattie infettive ad a carattere sociale. Il nostro Istituto che promuove ogni iniziativa di medicina preventiva vi contribuisce con una ragguardevole sovvenzione annua.

* * *

Contemporaneamente, per iniziativa del GUF fiorentino è stato costituito un Centro di propaganda igienica presso l'Istituto di Igiene della Università stessa nel cui Consiglio l'I.N.A. viene rappresentata dal Dirigente Sanitario Regionale.

Il buono gratuito per visite mediche generali preventive, in Germania.

La Camera Medica del Reich, annunzia una innovazione della « Vereinigte Krankenversicherung A. G. » di Berlino, nell'organizzazione dell'assicurazione malattie. L'iniziativa consiste in ciò, che ogni assicurato, il quale nel corso di tre anni non è mai ricorso alle prestazioni della Cassa e che avrebbe quindi diritto ad un rimborso di premi, riceve un buono gratuito per una visita medica generale preventiva. Per tale visita la Compagnia paga al Medico 6 marchi. Le visite intese a stabilire le diagnosi precoci devono essere eseguite soprattutto al cuore, ai polmoni, agli organi digerenti, al sistema nervoso.

Libera docenza.

Il Dott. Stefano Galloro medico di direzione dell'I.N.A. ha brillantemente conseguito la libera Docenza in Medicina del Lavoro.

Rallegramenti vivissimi.

Promozione.

Il nostro medico di Direzione Dott. Marchesi Fausto, ufficiale di complemento nel R. Esercito è stato promosso recentemente al grado di Capitano Medico.

Congratulazioni vivissime.

Capitali delle polizze sinistrate esaminate dal Servizio Sanitario I. N. A. durante l'anno 1941-XIX.

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	Portafoglio diretto e precostituito		Collettive		Cessioni legali e riassicurazioni attive		Popolari	TOTALI
	con visita medica	senza visita medica	con visita medica	senza visita medica	Capitali Istituto	Capitali Compagnie		
Ogni forma di tbc	2.373.014	177.510	842.455	1.025.444	663.076	2.263.825	959.924	8.305.248
Altre malattie infettive e parassitarie	2.334.067	244.957	78.969	1.509.984	1.060.494	3.459.003	473.550	9.161.024
Tumori	11.313.509	416.893	259.871	867.492	1.189.816	3.930.645	747.897	18.726.123
Apoplexie, trombosi	3.808.068	166.422	226.780	337.054	570.241	1.942.851	386.211	7.437.627
Malattie del sistema nervoso	1.335.361	65.142	40.000	127.371	216.155	682.747	165.203	2.631.979
Malattie dell'apparato circolatorio	13.219.238	536.412	719.815	975.592	2.250.866	7.680.203	1.122.834	26.504.960
Malattie dell'apparato respiratorio	6.538.174	440.712	732.531	1.019.384	945.677	3.389.849	799.364	13.865.691
Malattie dell'apparato digerente	5.582.732	258.251	170.931	1.243.469	1.482.972	4.916.538	537.005	14.191.898
Malattie dell'apparato genito-urinario	3.909.872	323.517	291.217	484.788	503.460	1.616.937	324.808	7.454.599
Suicidi	1.281.237	55.557	—	98.653	135.499	444.862	69.270	2.085.078
Morti violente e accidentali	8.017.913	678.495	809.097	9.861.949	796.632	2.136.270	735.399	23.035.755
Altre cause di morte	5.576.373	248.232	473.742	1.294.841	1.214.916	3.737.198	549.023	13.094.325
Totali	65.289.558	3.612.100	4.645.408	18.846.021	11.029.804	36.200.928	6.870.488	146.495.307



Note ed appunti

SULL'IGIENE DEL SONNO.

Notizie sul sonno ci vengono fornite da « Annali d'Igiene » (n. 10, 1941, Roma). Infatti si distinguono due modalità di sonno: a ritmo semplice e a ritmo doppio. Nel primo tipo, si raggiunge il massimo di profondità del sonno, in mezz'ora ad un'ora, e poi il sonno si mantiene profondo per tre quattro ore e lentamente va attenuandosi (cioè cresce la reattività agli stimoli e quindi facilità di destarsi).

Nel secondo tipo tutto procede allo stesso modo, ma il sonno profondo dura un po' meno di 2-3 ore e poi il soggetto passa rapidamente al limite di veglia: segue una seconda fase identica e quando il soggetto si desta è depresso: non si sente riposato. Queste persone si avvantaggiano, se a completare il sonno, dormono, per un'ora all'incirca, nel pomeriggio. Lo stato depressivo va combattuto non con gli eccitanti, sempre dannosi ma con l'attività e la ginnastica respiratoria.

IL RITMO BIOLOGICO UMANO.

L'importanza pratica della rgomento ha ispirato un articolo di « Rinascenza Medica » pubblicato nel n. 6 di quest'anno. Tutte le funzioni vitali dell'organismo umano obbediscono ad un loro speciale ritmo, ma quasi tutte presentano notevoli differenze della loro intensità fra il giorno e la notte. Così il polso, la pressione arteriosa e quella venosa diminuiscono man mano verso sera, raggiungendo verso l'una il minimo. I capillari cutanei, durante la notte, restano dilatati, come viene dimostrato dalle prove dermografiche, mentre, durante le ore notturne si verifica una diminuzione del tono vasale, che assieme al rallentamento della circolazione sanguigna, conduce ad un accumulo dei corpuscoli sanguigni nei depositi del tessuto cutaneo e del polmone e con ciò ad una relativa ricchezza di plasma nel sangue circolante. Per gli organi respiratori, si verifica durante la notte una diminuzione della frequenza respiratoria, dell'assorbimento O_2 e dell'eliminazione di CO_2 , nonché della capacità vitale. Il fegato, perchè accumula glicogeno durante la notte, da luogo contemporaneamente ad un aumento del tasso glicemico del sangue nelle ore mattutine, e perchè nella notte diminuisce la secrezione biliare, nel giorno si verifica un aumento dell'eliminazione dell'urobilina nelle urine, accompagnato da un'aumentata eliminazione di urea (fase dissimilatoria del fegato di Forsgren).

La diuresi diminuisce durante la notte e diminuisce anche l'eliminazione di alcune sostanze, come il cloro, con una maggiore concentrazione di idrogenioni nelle urine e nel sangue. Nel corso delle 24 ore della giornata si notano anche cambiamenti nel ritmo delle attività delle ghiandole endocrine, dell'eccitabilità dei centri vegetativi e delle funzioni psichiche. La causa vera e propria di tali modificazioni va ricercata in un fattore cosmico, finora sconosciuto, che deve essere in rapporto con il tempo locale. Le conseguenze pratiche dello studio del ritmo, della funzionalità organica nel corso della giornata sono di speciale importanza, in rapporto ad alcune malattie (asma cardiaca e bronchiale, stato di collasso embolie, ecc.), all'impiego delle medicine, il cui effetto varia nelle diverse ore della giornata, al lavoro notturno degli operai, specialmente in periodi di guerra, e relativa assunzione dei pasti.

LA TUBERCOLOSI CONIUGALE.

Il Dr. Piccinelli (« Tubercolosi », n. 2-3, 1942) Primario Medico del Sanatorio « Villa Rinaldi » di Pescina ha esposto i dati riguardanti una personale indagine statistica e le norme profilattiche che se ne possono trarre. Egli su 180 coppie ha notato tubercolosi coniugale nel 5,11% delle coppie povere in cui era ammalato di tubercolosi polmonare uno dei coniugi e nel 2,51% fra le coppie di abbienti, con maggior frequenza di infenzione della moglie da parte del marito che non del marito

da parte della moglie e con maggior frequenza di infezione successiva del coniuge sano in casi in cui la famiglia del coniuge sano presentava precedenti tubercolari. Tali risultati corrispondono nelle linee generali alle conclusioni cui pervenne uno studio pubblicato sulla nostra Rivista, anni addietro.

DIABETE MELLITO E SIFILIDE PREGRESSA.

Rocchini, in una comunicazione fatta all'Accademia Lombarda il 14 novembre 1941 (« La Settimana Medica », n. 14, 1942) ha richiamato l'attenzione sopra soggetti diabetici che in precedenza si erano infettati di lue ed avevano praticato una energica cura, tanto che le ricerche serologiche erano negative per l'infezione luetica stessa. Il precedente anamnestico sebbene remoto ha consigliato il Rocchini a riprendere la cura ed ha notato che in sei casi sopra nove trattati il quadro diabetico è notevolmente migliorato. Ne conclude come anche in diabetici in cui la lue è sierologicamente guarita è bene istituire un trattamento antiluetico con buone probabilità di miglioramento.

UNA NUOVA VITAMINA: L'ACIDO PANTOTENICO.

E' di recente data, la scoperta che i batteri per svilupparsi e riprodursi, richiedono la presenza di tracce minime (10^2 - 10^4 g/mg.) di certe sostanze, come la lattoflavina e l'acido nicotinic. E ancora più recentemente, attraverso lo studio del meccanismo di azione dei sulfamidi, si è aggiunto a queste sostanze l'acido p-aminobenzoico, isolato nel lievito di birra da Kuhn.

Il Wiliam, facendo delle indagini sulla riproduzione dei lieviti, in relazione ai mezzi nutritivi, ha scoperto ora, che aggiungendo un estratto di pula del riso ad una cultura di *saccaromices cerevisiae*, si ottiene un accrescimento straordinariamente intenso. E ciò in virtù di un fattore attivo di natura acida anfolita cui è stato assegnato il nome di acido pantotenico. Questo, oltre ad esercitare la sua azione sul normale accrescimento, influisce pure sulla colorazione del pelo dei ratti: cosa che ha fatto considerare l'acido pantotenico come una vitamina anticanzie. Dobbiamo però aggiungere che i tentativi di applicazione di questa vitamina per la cura della canizie umana, non ha dato finora risultati definitivi. Generalmente questo fattore viene classificato tra i costituenti del gruppo vitaminico B.

Dalla Gazzetta Ufficiale: leggi, decreti e ordinanze

R. Decreto 19 gennaio 1942, n. 368 (G. U. n. 102). — Istituzione per la durata dell'attuale guerra di una « Sezione per l'alimentazione » in seno al Consiglio Superiore di Sanità.

Decreto Min. 17 aprile 1942 (G. U. n. 96). — (Approvazione di nuovi tassi di premio relativi ad una tariffa di assicurazione, presentati dalla Società Anonima « L'Assicurazioni Generali » con Sede in Trieste.

Decreto Min. 17 aprile 1942 (G. U. n. 96). — Approvazione di alcune tariffe di assicurazione presentate dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

R. Decreto 15 gennaio 1942, n. 205 (G. U. n. 90). — Statuto della Federazione Nazionale Fascista degli Agenti di Assicurazione e di Credito.

Ordinanza Ministeriale 16 febbraio 1942 (G. U. n. 87). — Sessione per l'abilitazione della Libera Docenza per l'anno 1942-XX.

Legge 16 marzo 1942, n. 294 (G. U. n. 87). — Aumento della sovratassa speciale annua d'iscrizione dovuta dagli studenti delle Università e degli Istituti dell'Ordine Universitario in dipendenza del R. decreto-legge 21 giugno 1938.

Dai Periodici

Annali d'Igiene, n. 10, 1941, Roma.

CIOGLIA, *Sul potere battericida dei grassi.*

L'A. dal complesso delle ricerche eseguite, ha potuto concludere, che i grassi sono sterili di per sè, e se inquinati, tendono a diventare sterili dopo un certo tempo: il potere battericida è particolarmente sensibile nell'olio di fegato di merluzzo, nella lanolina, nella sugna, nel sego di bue e di cavallo, nell'olio di olive e di papavero ed in gran parte va attribuito alla presenza di una aldeide (probabilmente acroleina).
G.

Annali di Medicina Navale e Coloniale, fasc. I-II, 1942, Roma.

BIANCHI, *Sulla intossicazione dei carenatori.*

L'A. riferendosi agli studi dell'Imbasciati, sugli operai, addetti al raschiamento delle incrostazioni e delle vernici degli scafi navali nei bacini; espone il quadro clinico della malattia in base alle sue osservazioni dirette e alle ricerche sperimentali eseguite e suggerisce le misure preventive più adatte.
G.

Assicurazione Italiana (L'), n. 3, 1942, Milano.

ETRUSCO, *L'assicurazione grandine «ERO» - Autarchia: L'Assemblea degli Agenti Generali I.N.A. - I Bilanci 1941 delle Mutue Riunite: «Grandine», «La terra», «L'Anonima Grandine», «L'Anonima Infortuni» - Notiziario assicurativo.*

Assistenza Sociale Agricola (L'), n. 1-2, 1942, Roma.

DI MACCO, *Il fattore termico del complesso meteorico e la reattività dell'organismo.*

L'A. dopo avere ricordato le strette relazioni che intercorrono tra il decorso delle variazioni atmosferiche e la reattività dell'organismo, prende in considerazione i fattori meteorici più importanti, come la temperatura, la pressione barometrica, il grado igrometrico, la ventilazione, le radiazioni, l'elettricità atmosferica ed infine la costituzione dell'aria. Studia il fattore termico in rapporto del sistema neuro-vegetativo e dei meccanismi termo-regolatori, intesi a mantenere inalterato il livello della temperatura corporea, concludendo che la complessità dei fenomeni che si svolgono nell'organismo richiede ancora studi e ricerche ai fini di una medicina preventiva dei lavoratori.

Atti dell'Accademia Medica Lombarda, n. 1, 1942, Milano.

MILLA, *Il comportamento del tempo protrombina dopo la legatura dei dotti pancreatici.*

In cani aventi i dotti escretori del pancreas legati e sezionati, si nota una diminuzione del 30 per cento nella protrombina del sangue.
G.

Atti della R. Accademia dei Fisiocritici di Siena e Studi della Facoltà Medica Senese, n. 1, 1942, Siena.

BALDI, *La capacità civile dei colpiti da paralisi cosiddetta progressiva, con particolare riguardo alle forme senili della malattia.*

Considerato che la paralisi cosiddetta progressiva è diventata oggi con la malaria terapia perfettamente curabile in molti casi, l'A. afferma che il giudizio sulla capacità civile dei paralitici deve poggiare sulle condizioni psichiche reali effettive dell'individuo e non sulla diagnosi di malattia.
G.

Avvenire Sanitario (L'), n. 7, 1942, Milano.

Schema di programma per la lotta contro le malattie di cuore.

L'articolo che prende le mosse dagli studi del Prof. Spolverini, circa l'esistenza in Italia di 90 mila malati di cuore e dell'apparato circolatorio, cifra che è appena

superata dagli ammalati dell'albero respiratorio (105 mila), propugna la necessità di ingaggiare una lotta a fondo contro le infezioni reumatiche, causa principale delle cardiopatie, ed espone un piano di lavoro a cui dovrebbero collaborare lo Stato, i Comuni, i diversi Enti della Previdenza Sociale e le Casse Mutue di Assistenza esistenti in Italia. G.

Athena, n. 3, 1042, Roma.

BISCEGLIE, *Ormone cortico-surrenale e vitamina C.*

L'A. ha potuto constatare rapporti di interdipendenza tra vitamina C. e ormone cortico-surrenale e ritiene di ravvisare nella vitamina C. non soltanto un'azione stimolante sulla produzione e secrezione del cortico-sterone, ma anche un'azione sinergica dell'ormone cortico-renale e della vitamina C: ciò spiega i buoni effetti ottenuti dalla loro associazione nei casi di malattia addisoniana. G.

Bibliografia Medico Biologica, n. 11-12, 1941, Roma.

Il fascicolo contiene un ricco notiziario di Riunioni e Congressi e la consueta bibliografia, distinta per materia delle pubblicazioni avvenute dall'ottobre al dicembre 1941; segue, per ogni lavoro, una breve e sintetica recensione. G.

Bollettino della Federazione Nazionale Fascista delle Imprese Assicuratrici, n. 3, 1941, Roma.

Atti e comunicazioni della Federazione — Regolamento della Cassa di Previdenza per gli Agenti di Assicurazione — Convenzione 14 marzo 1491 — Per la tariffa incendio — Regolamento dei pagamenti tra l'Italia e la Danimarca.

Bollettino della Società Medico Chirurgica Bresciana, n. 12, 1941, Brescia.

CAREDDU, *Sulla reazione di Ide nella diagnosi sierologica della sifilide.*

L'A. ha eseguito la R. I. contemporaneamente su sangue in toto, siero attivo e inattivato in 999 casi, confrontando i risultati con la W. MTR. MKR. e Citochol, concludendo che la Ide pur dimostrandosi una reazione di notevole attendibilità abbisogna di essere controllata dalle altre reazioni di flocculazione e dalla Wassermann originale. G.

Bollettino della Società Medico Chirurgica di Catania, n. 1, 1942, Catania.

Patogenesi delle crisi stenocardiche nella stenosi mitralica.

L'A. ritiene che si tratti di « crisi stenocardiche da discrepanza » determinate da crisi ipertensive nel piccolo circolo. Riferisce infine i benefici effetti della terapia derivata da questa concezione patogenetica. G.

Bollettino di Segnalazioni, n. 6, 1941, Roma.

Albo di gloria — Attività Federale — Fondi speciali — Notiziario dalla Provincia — Leggi e disposizioni — Previdenza Sociale — La Mutualità nei vari settori.

Bollettino Statistico del Governatorato di Roma, n. 12, 1941, Roma.

A fine dicembre 1941 la popolazione presente in Roma ammontava a 1.415.890 abitanti con un aumento di 47.480 abitanti in tutto l'anno; nello stesso mese sono nati vivi 2341 bambini, in ragione del 19,47‰ abitanti per anno; sono morti 1469 individui in ragione del 12,22‰ per anno di fronte a 1756 morti nel 1940 (15,15‰).

Buona Semente (La), n. 4, 1942, Milano.

DELLA VIGNA, *Ricordo di Romania* — **SOLMI**, *La nostra Marina* — **PINTOR**, *I poeti e l'aprile* — **V. C. L.**, *Diamo ferro alla Patria* — **REBUCCI**, *L'industria dei sogni* — **BERNINI**, *L'aquila e le galline.*

Case di Cura (Le), n. 2, 1942, Milano.

Piante ipoglicemizanti.

L'intensificato studio delle piante officinali ha messo in rilievo come esistono certe piante che contengono sostanze analoghe a quella dell'insulina, cosiddette, « insulinoide vegetali o fitochinine » le quali possono essere utilizzate nella cura del diabete in sostituzione o come coadiuvanti dell'insulina animale. Tra le piante ipoglicemizanti elencate dal Perri si notano l'arancio, il carciofo, il cedro, il lupino, il mirtillo la valeriana, il legno quassio, la cipolla, la china, l'eucaliptus e la genziana. G.

Cultura Medica Moderna (La), n. 12, 1941, Palermo.

FERRO, *Considerazioni sul cosiddetto morbo di Kummel.*

L'A. riferendosi a tre casi clinicamente e radiologicamente da lui studiati, ritiene che il morbo di Kummel sia la conseguenza del carico precoce sulla frattura di un corpo vertebrale non diagnosticata in primo tempo e quindi nè curata nè sufficientemente immobilizzata, e non una malattia a sè stante. G.

Cuore e Circolazione, n. 11, 1941, Roma.

POSTELI, *Osservazioni cliniche sulla sindrome duodeno-cardio-anginosa.*

Vengono descritti quattro casi di sindrome duodeno-cardio-anginosa in cui i disturbi insorgevano in stretto rapporto con il periodo post-prandiale ed erano riferibili ad una spina irritativa duodenale; in tre soggetti l'angina era di natura coronarica confermata elettrocardiograficamente. G.

Dati statistici del Comune di Trieste, mesi di ottobre, novembre e dicembre, 1941, Trieste.

Il fascicolo contiene il movimento demografico della popolazione ed i dati relativi alla meteorologia, alle cause di morte, all'assistenza sanitaria, all'igiene e alla polizia sanitaria e al personale del comune, mettendo in rilievo il magnifico progresso in tutti i Servizi della città. G.

Difesa Sociale, n. 1-2, 1942, Roma.

NARDI, *Particolari aspetti della battaglia demografica.*

L'A. considera il problema demografico in relazione ad alcuni fattori biologici, fisiologici e sociali, dando una grande importanza al genere di alimentazione. Infatti le popolazioni insulari che consumano in massima parte pane integrale, presentano una maggiore fecondità e ciò sarebbe dovuto, secondo l'A., al fatto che detto pane contiene la vitamina E. antisterile e la vitamina liposolubile B. che presiede alle funzioni riproduttive. G.

Fiaccola (La), n. 2-3, 1942, Roma.

AMEDEO DI SAVOIA, *Medaglie d'oro — Pellegrinaggio di Mentone — Ricorsi in materia di pensioni di guerra.*

Fisiologia e Medicina, fasc. 3, 1942, Roma.

MITOLO, *Corpi creatinici e fosforo urinari nello stato emotivo.*

Eseguendo ricerche su 15 giovani studenti universitari sani, dopo una prova di esame orale, l'A. ha constatato con la diuresi aumentata, creatinuria variabile, modica iperfosfaturia assoluta con ipofosfaturia relativa. G.

Folia Cardiologica, n. 1, 1942, Milano.

BARENGHI, *Morbo di Roger con dissociazione atrio-ventricolare completa e sincronismo cardio-respiratorio completo.*

Folia Medica, n. 1, 1942, Napoli.

LUCREZI, *Alterazione dell'apparato cardio-vascolare, negli anchilostomiasici.*

Basandosi sullo studio clinico, radiologico ed elettro-cardiografico, dell'apparato

cardio-vascolare, eseguito in 29 anchilostomiasici, quasi tutti militari reduci dall'Africa, l'A. è venuto alla conclusione che patogeneticamente le lesioni cardio-vascolari non sono dovute tanto all'anemia, quanto all'eventuali tossine dell'anchilostoma.

G.

Fronte Unico Antitubercolare, n. 1, 1942, Torino.

FERRANDO, *Dell'Azione Sanitaria Anno 1940 — Elenco pubblicazione 1940 — Recensione.*

Gazzetta Sanitaria, n. 4, 1942, Milano.

PUPILLI, *I movimenti attivi dei vasi arteriosi.*

L.A. fa rilevare che esistono movimenti autoctoni dei vasi che danno luogo a variazione del tono delle pareti vasali. L'A. espone alcuni dati di elettro fisiologia vasale ricavati con l'uso dell'oscillografo catodico e dimostra come l'ampiezza delle oscillazioni elettriche sulla carotide è in rapporto col tono del nervo pneumogastrico e di conseguenza è di ordine biologico.

G.

Genova, n. 1, 1942, Genova.

La bella Rivista sempre lussuosa ed artistica, riproduce il quadro di Arminia tra i pastori, con un caldo commento di Orlando Grosso sulla pittura di Bernardo Strozzi nel decennio 1620-1630. Seguono altri articoli di Balestreri, Panzeri, Rietmann, e di Nanneri con una ricca rassegna statistica del Comune di Genova relativa all'ottobre 1941.

G.

Giornale di Clinica Medica, fasc. 4, 1941, Parma.

SAMBATI - MORUZZI, *Contributo all'etio-patogenesi delle calcificazioni pleuriche.*

Gli AA. descrivono 4 casi di calcificazioni pleuriche, ne confermano la rarità del riscontro (quasi sempre radiologico) e mettono in fine in particolare rilievo l'importanza della natura diatesica-calcarea.

G.

Giornale dell'Istituto Italiano degli Attuari, n. 3-4, 1941, Roma.

C. T., *Rassegna assicurativa.*

Gli AA. hanno riportato la legislazione emanata fino al 30 settembre 1941 in Italia circa i pagamenti necessari per mantenere in vigore i contratti di assicurazione con Società di Assicurazioni di nazionalità nemica ed ancora l'assicurazione obbligatoria contro i rischi di guerra delle navi di nazionalità Italiana e delle navi in costruzione. Sono anche riportati i provvedimenti adottati per disciplinare l'industria. Fa seguito un'ampia rassegna del movimento legislativo e commerciale delle Imprese Assicuratrici che si è svolto all'Estero con particolare riguardo al Giappone, Olanda, Belgio, Stati Uniti e Svezia.

G.

Giornale di Medicina Militare, fasc. 1, 1942, Roma.

DE GIULI, *Contributo clinico radiologico e medico-legale alla conoscenza della condromatosi articolare.*

L'A. rende nota una osservazione personale di una malattia poco comune « la condromatosi articolare », studia la forma soffermandosi soprattutto sull'aspetto radiologico e sulla differenziazione da altre alterazioni articolari e ne rileva l'interesse medico-legale.

G.

Giustizia del Lavoro (La), fasc. 11-12, 1941, Roma.

GRANDI, *Valore giuridico della carta del lavoro — CHIAPPELLI, I collaterali aventi diritto all'indennizzo di infortunio industriale — IDEM, Il figlio a carico nelle assicurazioni invalidità e vecchiaia.*

Infermiera Italiana (L'), n. 3, 1942, Roma.

UGAZIO, *In morte di Amedeo di Aosta — DI DONNA, L'insegnamento alle infermiere professionali — MATTARELLO, Parole alle sorelle infermiere.*

Infortuni e Malattie Professionali, fasc. 1, 1941, Roma.

LAUHERBACH e SCHRADER, *L'assicurazione infortuni nel Reich Germanico*.

Gli A.A. dopo un'ampia esposizione storica della legislazione sociale germanica mettono in evidenza alcuni principi basilari circa il concetto di infortunio sul lavoro, che può essere sussistente, anche quando l'evento dannoso non sia dovuto all'azione unica e momentanea di un fatto esteriore, ma abbia però un nesso di tempo e di causa con l'occupazione di un'impresa assicurata. G.

Italia Medica (L'), n. 241-242, Milano.

FERLINI, *Medici e Maestri* — BONANNO, *Due vie una meta* — FRENGUELLI, *Un obbligo dimenticato dal medico* — ELLEM, *Medicina e Filosofia* — F. P., *La leptospirosi ittero-emorragica*.

Italia Odontoiatrica (L'), n. 6, 1941, Milano.

Importazione di denti artificiali — *Per un migliore arredamento dei gabinetti in provincia* — *Otturazioni anteriori in porcellana sintetica*.

Lavoro Umano, n. 1-2, 1942, Torino.

DE MARCHI, *Valore prognostico di alcune reazioni sierologiche nel controllo di tubercolotici sottoposti all'esperimento del lavoro*.

L'A. valutando in 94 soggetti il valore prognostico di 4 reazioni sierologiche per la tubercolosi, afferma l'utilità di queste indagini, nel senso, che anche dove non si riesce a stabilire una netta influenza favorevole non si provocano certamente reazioni dannose nei tubercolotici, in fase di stabilizzazione o di regressione. G.

Lotta contro la Tubercolosi, n. 1, 1942, Roma.

Il fascicolo è dedicato esclusivamente allo studio del problema del lavoro nella cura della tubercolosi e si apre con una introduzione del Bocchetti che vede nella restituzione del tubercolotico alla vita attiva e redditizia, un mezzo di ricostruzione della sua personalità. Seguono le proposte della Commissione Ministeriale, circa la rieducazione ed il ritorno al lavoro dei tubercolosi dimessi dai luoghi di cura; e le norme per l'impiego lavorativo di tali individui in un progetto elaborato dalla Reich Tuberkulose Ausschuss con un articolo di Mutti sul lavoro nei sanatori. Notevole un articolo della Mea Colombo, sul pneumo-torace e la capacità lavorativa. G.

Maglio (II), n. 15, 1942, Torino.

FUG, *Missione sociale del giornalismo* — TRINCHIERI, *Attivismo funzionale dell'ordinamento corporativi* — PARODI, *Associazione professionale e categoria* — N. E., *Sulla qualifica impiegatizia del magazziniere* — ROSSI, *La garanzia del posto agli operai richiamati*.

Malati Medici e Medicine, n. 2, 1942, Milano.

GALLE, *L'ostetrica nel cinquecento* — FELIZZANO, *Chiacchierata ai freddolosi* — APERLO, *I Congressi degli Scienziati Italiani (1839-1875) e le loro medaglie commemorative* — BERNARDINO DEL BOCA, *Una grande legge che regge l'Universo*.

Medicina Internazionale (La), n. 3, 1942, Milano.

DE CANDIA, *Diete acide e alcaline*.

Secondo l'A., l'alimentazione carnea, prototipo dell'alimentazione acidificante dà luogo ad una ipertonia del simpatico e ad una prevalenza di ormoni simpaticotropi (tiroxina-andrenalina) mentre un'alimentazione vegetariana, rappresentante dell'alimentazione alcalinizzante, orienta il neuro-chimismo nel senso dell'ipertonia del vago, con tendenza all'iperinsulismo ed aumento degli altri ormoni parasimpaticotropi (ormoni della corteccia surrenale e ormoni linfatici). G.

Medicina dello Sport e dell'Educazione Fisica, Fasc. 6, 1941, Torino.

PRATESI, *Frequenza delle alterazioni cardio-circolatorie ignorate - Loro importanza nel giudizio di idoneità allo sport.*

L'A. ha compiuto esami obbiettivi sistematici inerenti all'apparato cardio-circolatorio con indagini radiologica, misurazione del polso e della pressione e del consumo minuto di O₂, in un gruppo di 667 individui apparentemente sani ed ha riscontrato che soltanto 405 soggetti presentavano dei reperti del tutto normali mentre gli altri 262 erano malati di malattia conclamata o anche sospetta, per cui era nettamente contro-indicato lo sport agonistico. G.

Milizia Sanitaria, n. 6, 1942, Roma.

MUSSOLINI, *Nell'annuale dell'Aeronautica - A proposito di vaccinazione antidifterica - Vita del Medico - La spedalizzazione dei mutuati.*

Minerva Medica, n. 12, 1942, Torino.

DE MATTEIS, DE MATTIA, *Il cuore nella difterite.*

Gli AA. che hanno eseguito numerose e diligenti indagini elettro-cardiografiche su 60 ammalati ammettono, in un primo stadio la paralisi vasale, con caduta grave della pressione arteriosa e danno delle coronarie, nel secondo stadio, le alterazioni paranchimatose gravi con dilatazione del cuore. G.

Mutualità Rurale Fascista (La), n. 1, 1942, Roma.

DI GAETA, *Cisti da echinococco del polmone.*

L'A. nel suo studio fa rilevare l'assenza di segni clinici caratteristici patognomonici e l'incostanza delle indagini radiologiche, che permettono soltanto di porre il dubbio di probabilità della malattia, i soli mezzi di indagine capaci di accertare la diagnosi, restano la puntura esplorativa, l'intradermoreazione della Casoni e la Ghedini - Weinbergh. G.

Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria del Regno, n. 2, 1941, Roma.

Il volume pubblicato sotto gli auspici del Ministero dell'Interno, dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica, contiene pregevoli lavori di Petraghani, Petussi, Di Mattei, Canaperia, Frongia, De Ritis e Gaspari su argomenti relativi all'alimentazione, alle vitamine, alla tossina tetanica, alla difterite, al virus influenzale, all'azione dei vari sulfamidici e alla vaccino profilassi, per via inalatoria contro la pertosse. Vanno segnalate la Conferenza tenuta a Berlino dall'Ecc. Petraghani circa la difesa della salute pubblica, in tempo di guerra, nel quadro dell'organizzazione sanitaria italiana e quella tenuta a Roma dal Dott. Conti Segretario di Stato della Sanità del Reich sullo stesso argomento per la Germania. G.

Ospedale Maggiore (L'), n. 2, 1942, Milano.

PARVIS, *Sul potere antianafilattico dell'urotropina.*

Pensiero Medico, n. 59, 1942, Milano.

TROPEANO, *Scuola e legislazione sociale* — PODESTÀ, *A proposito di Casse Mutue di Malattia* — VITALONE, *Le più recenti affermazioni della nipiologia - Il medico cristiano.*

Policlinico (II) - Sezione Medica, 1942, n. 3, Roma.

MANASSEI, *Contributo alla conoscenza delle caratteristiche ematologiche dei fanciulli eredo-tubercolari curati in Preventorio.*

All'inizio della cura in preventorio, si nota una evidente eosinofilia, relativa ed assoluta, indizio di reazione dell'organismo all'infezione bacillare: l'eosinofilia, si va progressivamente attenuando nei mesi seguenti sino a raggiungere i valori medio-

normali per il sesso e l'età in esame. Lo studio è corredato di numerose tabelle dimostrative e diagrammi. G.

Policlinico (II) - Sezione Chirurgica, n. 3, 1942, Roma.

PAPA, *Il bleu di metilene nelle ferite di arma da fuoco.*

L'A. che ha eseguito numerosi esperimenti *in vitro* su tessuti prelevati da ferite prodotte in animali da esperimento è venuto alla conclusione che, il periodo di guarigione è più breve nelle ferite d'arma da fuoco, trattate con la escissione del tessuto alterato e di avere ottenuto, con questo metodo, una guarigione per prima nel 95 % dei casi presso l'Ospedale da campo 444 durante il periodo 1940-1941. G.

Policlinico (II) - Sezione Pratica, n. 13, 1942, Roma.

MORETTI, *Criteri di orientamento sulla diagnosi e sulla prognosi delle sindromi convulsive nella prima infanzia.*

L'A. data la particolare frequenza delle sindromi convulsive della prima infanzia e le molteplici cause atte a determinarle, procede ad una loro sistematica classificazione esponendo i criteri essenziali di orientamento circa il problema della loro natura e della loro prognosi. G.

Preparazione Materna (La), n. 1, 1942, Salsomaggiore.

FARNETI, *Iperensione arteriosa di origine endocrina e cure termali.*

L'A. riferendosi alle indagini eseguite da Pende e dalla sua Scuola circa l'azione delle acque di Salsomaggiore, sulle ghiandole endocrine; indagini, che hanno dimostrato i profondi effetti che dette acque esplicano sull'ovaio, sulla tiroide, fors'anche su l'ipofisi, sul sistema neuro vegetativo e sul ricambio, ritiene che esse hanno una particolare influenza nella ipertensione disendocrina, nei casi di menopausa naturale di castrazione chirurgica o attinica, agendo sul ricambio, sui centri vaso motori e su altre glandole endocrine, la cui funzione sia in parte o del tutto ancora attiva. G.

Rassegna Clinico Scientifica, n. 2, 1942, Milano.

RED., *Il problema medico sociale della vecchiaia.*

L'A. dopo avere dimostrato con abbondanti statistiche che il numero dei vecchi va lentamente ma continuamente crescendo, mentre va diminuendo il numero dei bambini e dei fanciulli, prospetta il significato sociale di questa situazione in rapporto al lavoro di ricostruzione, lavoro immane, che attende le nazioni alla fine della guerra e che richiede il massimo contributo di giovani energie. Occorre fin da ora stabilire le basi di una razionale valorizzazione della vecchiaia, e tenuto presente che esiste una vecchiaia precoce in rapporto a cause diverse, non naturali (insalubrità dell'ambiente del lavoro, difettosa alimentazione, natura del lavoro, ecc.) l'A. prospetta la istituzione di un Centro Studi sulle malattie dei vecchi, con lo scopo di stabilire quali misure preventive convenga adottare per arginare i fatti morbosi della vecchiaia. Conducono alla vecchiaia precoce, le cause delle attuali condizioni di vita così piena di emozioni, di contrasti e di preoccupazioni che provocano una continua tensione nervosa non meno logorante della fatica. Ciò spiega lo straordinario aumento della mortalità avutasi in questi ultimi tempi per malattie delle arterie coronarie e di angina pectoris e per ipertensione essenziale così strettamente legata con quest'ultima. G.

Rassegna di Clinica Terapia e Scienze Affini (La), fasc. 1, 1942, Roma.

DI MACCO, DOMENICHINI, *Ossigeno e colpo di calore.*

Secondo gli AA. la somministrazione di O² per via endoperitonale, ad organismi esposti ad alta temperatura ambiente, favorisce le reazioni dell'organismo tendenti

ad ostacolare lo stabilirsi dell'ipertermia e fa crescere la resistenza al colpo di calore. G.

Rassegna di Medicina Industriale, n. 2, 1942, Torino.

MASCIOTTA, *Reumatismo e cardiopatia nei lavoratori dell'industria*.

L'A. presenta una statistica per gli anni 1938, 1939 e 1940 dei casi di reumatismo e cardiopatie verificatesi nei lavoratori dell'industria di Torino e Provincia riguardanti oltre 600 mila operai. Rilevati i rapporti tra malattie reumatiche e malattie dell'apparato circolatorio, l'A. mette in evidenza il numero e le percentuali degli ammalati inabili al lavoro per causa di tali morbidità veramente impressionanti, auspicando una legislazione di maggiore protezione. G.

Rassegna di Oncologia, n. 1, 1942, Roma.

MARINO, *Cisti non parassitarie del fegato*.

Rassegna della Sicurezza e dell'Igiene del Lavoro, n. 2, 1942, Roma.

MAURELLI, *La luce e il modo di usarne*.

L'A. ponendo fine ai suoi articoli precedenti sullo stesso argomento si occupa del valore di una buona illuminazione dal punto di vista della produzione e della sicurezza senza trascurare di considerare i fattori psicologici che ne derivano per la vita dello stesso ambiente di lavoro. G.

Rassegna Sociale dell'Africa Italiana, n. 1, 1942, Roma.

PIRRO', *La riforma dell'ordinamento Sindacale della Libia*.

L'A. dopo un accenno alle prime applicazioni organizzative delle categorie professionali libiche, secondo i principi della Carta del Lavoro studia l'ulteriore sviluppo, che venne dato ai rapporti del lavoro nella loro disciplina giuridica, sino alla recente riforma dell'ordinamento Sindacale della Libia disposto dal Governo. G.

Riforma Medica (La), n. 8, 1942, Napoli.

MONASTERIO, *Sulla necessità di abbandonare una metodologia empirica: il dosaggio-emometrico dell'emoglobina*.

L'A. rilevando le profonde differenze fra i valori emometrici in rapporto alla loro corrispondenza con i lavori ponderali dell'Hb. trovati dai vari studiosi, ritiene che l'Hb venga dosata ponderalmente cioè solo con metodi che consentano la determinazione esatta del pigmento ematico in grammi per 100 cc. di sangue tanto più che i metodi sono oggi abbondanti, semplicissimi, di rapida attuazione e alla portata anche del medico pratico. G.

Rinascenza Medica, n. 7, 1942, Napoli.

CIMA, *Condizioni di idoneità dei palombari per il lavoro subacqueo*.

Rivista Italiana di Igiene, n. 1, 1942, Pisa.

BERTARELLI, *Rilievi e considerazioni sul problema dei conservativi*.

L'A. dopo avere esposto le ragioni igieniche ed economiche che consigliano di ricorrere ai conservativi, ritiene che la pratica va consentita anche all'infuori del periodo bellico, ed indica come conservativi più idonei gli eteri dell'acido paraossibenzoico e soprattutto l'etere metilico. G.

Rivista di Terapia Moderna e di Medicina Pratica, n. 3, 1942, Milano.

Nuovi indirizzi Italiani per la Storia della Medicina.

Il Piccinini, che, con lena sempre fresca ed entusiastica, persegue la nobile impresa di pubblicare una Storia della Medicina, valorizzando l'opera degli italiani,

segnala i nuovi indirizzi di lavoro approvati dal Convegno Nazionale di Firenze: spirito di Romanità, deferenza alla nostra Storia Universitaria, rivendicazioni delle nostre priorità scientifiche, caratteri di universalità, benemeritenze della Chiesa Cattolica. G.

Rivista Italiana della Tuberculosis, n. 2, 1942, Udine.

Il Congresso Tedesco contro la tuberculosis. (Baden Baden, 8-10 ottobre 1941).

Tra i temi all'ordine del giorno molto importanti come la costituzione (fenotipo) e tuberculosis - ereditarietà della tuberculosis e trattamento chirurgico della tuberculosis è stato discusso quello del drenaggio aspiratorio delle caverne nelle sue applicazioni pratiche e nei suoi risultati presentato dal Monaldi (Italia). G.

Saggiatore (II), n. 12, 1941, Torino.

P. S., *Infiltrati polmonari fugaci*.

L'A. riferendosi ad uno studio comparso in *Tuberculosis* mette in evidenza l'interesse pratico che ha acquistato in questi ultimi tempi la conoscenza di questa singolare sindrome clinica. Si tratta di un infiltrato polmonare controllabile radiologicamente che a differenza dell'infiltrato tubercolare sarebbe una manifestazione polmonare di alcune parassitosi intestinali, per lo più da ascaridi, con il carattere di una rapida risoluzione e perfetta « restitutio ad integrum » del campo polmonare. Manca ogni sintomo sia locale e generale e la diagnosi viene basata sul reperto di parassiti nelle feci e confortata poi dalla scomparsa del quadro polmonare a seguito di una cura disinfestante. Si pensa che il fenomeno infiltrativo sia dovuto o ad una reazione iperergica locale, da un'allergene di origine parassitaria o alla presenza di forme larvali parassitarie nel lume dei capillari polmonari. G.

Settimana Medica (La), n. 8, 1942, Palermo.

MAZZEO, *Della microflora del latte all'inizio della mungitura*.

Esaminando il latte in fasi successive della mungitura, l'A. ha potuto dimostrare che la ricchezza in germi va diminuendo dai primi spruzzi a quelli successivi. Il latte può ottenersi assolutamente privo di germi del gruppo *coli-aerogenes* applicando rigorose norme d'igiene. G.

Stomatologia Italiana (La), n. 3, 1942, Roma.

PEIRONE, *La vaccino terapia nello piorrea alveolare*.

L'A. dopo aver passato in rassegna i diversi vaccini utilizzati riferisce alcune storie cliniche dalle quali si deduce, che nei casi gravi, specialmente quando le altre cure non hanno corrisposto, la vaccinoterapia dà buoni risultati. G.

Studi Sassaesi, fasc. 3, 1941, Sassari.

BOLETTIERI, *Ricerche sull'azione esplicata dal lievito di birra sopra le modificazioni del quadro ematico indotte da somministrazioni protratte di sulfamidici in pazienti tracomatosi*.

L'A. somministrando del lievito di birra ad alcuni gruppi di individui tracomatosi sottoposti alle somministrazioni sistematiche sulfaminiche ha riscontrato una attenuazione delle manifestazioni tossiche ematiche riscontrate durante tale terapia con un ripristino dei valori normali degli eritrociti e dei leucociti. G.

Svastica (La), n. 3, 1942, Berlino.

Il doppio giuoco Inglese — Storie di due Alleati — Gli ebrei e il Giappone — Il Museo per la protezione sul lavoro — Ponti Germanici all'Estero — Un nuovo tipo di supermicroscopio elettronico.

Tempo (II), n. 2, 1942, Roma.

G. G., *Demagogismo — Nella corporazione della previdenza — Regole professionali per la disciplina dei mediatori e degli agenti nel Belgio* — AURELIO MANARESI, *Gli agenti nella Repubblica Argentina — Il fondo di accantonamento e la polizza di assicurazione.*

Ti con nu - Nu con ti, n. 10, 1942, Spalato.

Un guerriero Sabauda, caduto al servizio della Patria — Panorama di guerra — Il rito celebrativo alla Casa Littoria — Il fiero cordoglio di Spalato — Le camicie nere rendono omaggio e l'estremo saluto.

Tubercolosi, n. 1, 1942, Roma.

GRUPPONI, *La tubercolosi gastrica.*

L'A. riportando un caso di tubercolosi gastrica da lui operato, ne trae argomento per tracciare un breve quadro delle forme anatomo-patologiche e radiologiche della tubercolosi gastrica. G.

Vetro (II), n. 2, 1942, Roma.

GOFFI, *L'esecutore del vetro-cemento* — FACCINI, *I materiali sidero-cementizi del vetro-cemento* — D'OMORKOE, *L'insediamento dei manufatti vetro-cementizi e accorgimenti isolanti.*

Villaggio e i Campi (II), n. 12, 1942, Roma.

Macchine seminatrici e spandi concime — Uomini e macchine per l'agricoltura — Concimi per la terra — La cura del vino che sa di feccia — La lotta contro la peronospera — Il so'e come disinfettante.

Vita Universitaria, n. 13, 1942, Roma.

BOTTAI, *Lineamenti della nuova scuola* — XIX — *Troppi studenti?* — XX — *Gli sbaramenti* — PUNCTATOR, *Il foglio di congedo* — DONATI, *Dei Consigli di Facoltà* — *Dagli Atenei d'Italia* — *Vita culturale* — *Lutti Universitari* — FERNANDO PAGLINO, NAZARENO STRAMPELLI.

Africa Medica, n. 1, 1942, Lisbona.

MOURA, *Edema acuto del polmone.*

L'A. esaminando sotto il profilo etiologico, anatomo-patologico e clinico, questa grave forma morbosa che costituisce sempre un pericolo mortale per l'infermo, espone il trattamento curativo di urgenza da adottare. G.

Alimento e Vita, n. 4-5, 1942, Sofia.

GANOV, *Razionamento del pane e salute della popolazione* — ESTATIEV, *Sull'incontenibilità dei bambini lattanti* — GANOV, *Miscela di pane con patate* — H. HRISTOV, *Il potere nutritivo dei prodotti miscelati* — T. S., *Alimento del bambino dopo un anno* — *Alimentazione della madre gestante* — *Alimentazione della popolazione in tempo di guerra* — *L'alimentazione degli epatici* — *Influenza della civilizzazione sull'alimento.*

Medico Naturalista, n. 7-8, 1941, Varna.

Asma bronchiale — Diagnosi e prognosi dell'asma — Cura dell'asma durante e dopo la crisi — Il metodo Scirumpel nell'asma — I medicinali dell'asma.

Rivista Oftalmologica, n. 1-2, 1941, Sofia.

N. 1 - *Oftalmologia sociale e generale. — L'eredità — Le malattie sociali infettive — Le malattie comuni degli occhi — Le malattie oculari di natura professionale*

— *L'influenza delle condizioni economiche sociali e di ambiente sullo sviluppo delle malattie oculari.*

N. 2 - Oftalmologia sociale e speciale. — Tracoma — Oftalmia gonococcica — Glaucoma — Cancro dell'occhio — Cataratta — Vizi di refrazione.

Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung, n. 3, settembre-dicembre 1941.
NARAT, *Statistiche americane sul cancro.*

L'A. riferisce in un giornale medico americano alcuni dati statistici riguardanti la Metropolitan Life Insurance Company, presso cui sono assicurati ben 17 milioni e mezzo di persone. Dal 1911 al 1935 la mortalità per cancro è aumentata dal 75,8 all'86,8 per 100.000; ciò è in parte dovuto al fatto che ora un numero di persone maggiore raggiunge un'età più avanzata, che i mezzi diagnostici sono migliorati, che le autopsie sono più frequenti e che un maggior numero di pazienti ricorre al medico.

Tra le donne il cancro colpisce più le negre che le bianche; il contrario accade per gli uomini. Il 50 % dei casi di morte per cancro riguardano carcinomi dell'apparato digerente, il 30 % le ghiandole mammarie femminili e gli organi genitali, il 20 % la pelle e gli altri organi. Nelle donne di razza bianca il carcinoma degli organi genitali raggiunge il 28 % e quello della mammella il 15 % rispetto a tutti i carcinomi; negli uomini di razza bianca l'8 % riguardava carcinomi del cavo orale e il 3 % cancri della cute. Nelle donne diminuisce continuamente la mortalità per tumore dello stomaco, del fegato e della colecisti; negli uomini rimane invariata; invece la mortalità per cancro del peritoneo e dell'intestino aumenta nei due sessi, se si paragona la statistica per i singoli anni dal 1911 al 1935.

F. T.

Medizinische Klinik, 27 marzo 1942, Berlino.

O. F. v. VERSCHUER, *L'estensione geografica delle malattie ereditarie.*

La patologia geografica si occupa dell'estensione delle malattie, con le differenze esistenti nella frequenza di una malattia o nel tipo del quadro morboso tra i diversi popoli e le diverse razze. Quando tali differenze non sono dovute a fattori ambientali, ne viene ricercato il motivo nella costituzione o nella razza degli individui. Il fatto che le razze umane sono colpite in diverso modo dalle malattie può essere dovuto a tre gruppi di cause: 1) Disposizioni morbose ereditarie presenti soltanto in una razza e assenti in altre razze; si potrebbe con ciò parlare di predisposizioni patologiche razziali; 2) Ad una razza è legata una speciale costituzione del corpo, che determina una recettività verso determinate malattie, sicchè due razze, esposte alle stesse cause di malattia, ne ammalano con diversa frequenza e forma; 3) Le differenze fra varie razze possono dipendere da condizioni peristatiche, come condizioni climatiche, modo di vita, regole religiose, ecc.

F. T.

Medizinische Klinik, 16 gennaio 1942, Berlino.

E. DÜNTZER, *Sport e mestruazione.*

L'Autrice, che è la dottoressa sportiva dell'Università di Colonia ed ha lunga pratica di medicina sportiva, esamina la questione sotto i diversi punti di vista ed arriva alle seguenti conclusioni:

La partecipazione ad esercizi fisici durante la mestruazione è permessa:

- 1) alle donne sane, anche in rapporto al decorso delle loro mestruazioni;
- 2) soltanto alle donne che sono abituate all'attività fisica;
- 3) un relativo riguardo, specialmente per gli esercizi che interessano la muscolatura del ventre, è consigliabile in molte donne non soltanto durante la mestruazione, ma anche il giorno prima del suo inizio;
- 4) deve essere evitato ogni sopra-affaticamento, che esce dagli ordinari esercizi;
- 5) evitare il più possibile esercizi di lunga durata (corsa prolungata, corse lunghe in bicicletta, ecc.);

- 6) evitare il freddo (umidità) e il caldo eccessivo;
 7) proibire in ogni caso il nuoto in acque aperte;
 8) non fare mai obbligo di partecipare ad esercizi fisici durante le mestruazioni.

F. T.

Nella nostra biblioteca

- BORGHI, *I carboidrati specifici dei batteri*. — Estr. dalla « Rassegna Clinico Scientifica », n. 1, 1937, Milano.
- ID., *Il significato della cute come organo del ricambio degli amino-acidi*. — Estr. dal « Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilografia », fasc. 3, 1940.
- ID., *La chemioterapia delle infezioni batteriche*. — Estr. dalla « Rassegna Clinico Scientifica », n. 9-10, 1940, Milano.
- ID., *Le infezioni da pneumococco alla luce delle recenti ricerche*. — Estr. da « Rassegna Clinico Scientifica », n. 9, 1938, Milano.
- ID., *Recenti risultati di oncologia sperimentale in rapporto alla lotta contro i tumori maligni*. — Estr. dal « Bollettino dell'Accademia Medica Pistoiese - Filippo Pacini », dicembre 1938.

L'A. ritiene che la cellula neoplastica dal punto di vista fisio-patologico, derivata dalla cellula normale, ma differenziata, rappresenta un elemento nuovo insorto per il turbato metabolismo ad opera di uno stimolo generatosi nella compagine stessa del neoplasma secondo un processo di vera mutazione nel senso di MURPHY. L'A. perviene così ad una concezione della natura autogena dell'agente della malignità che può essere comune a tutti i tumori maligni e per tutti gli agenti, siano fisici, chimici, e biologici.

G.

- ID., *Osservazioni sul significato biologico della febbre*. — Estr. dalla « Rassegna Clinico Scientifica », n. 8, 1939, Milano.

La febbre, secondo l'A., è sempre l'espressione di una disfunzione del centro termo-regolatore ipotalmico, provocato da quel complesso di proteine eterogenee rispetto all'organismo e cioè tossiche, che nel corso della loro degradazione vengono riconosciuti quali polipeptidi. La proteina batterica è molto più tossica delle comuni proteine.

G.

- CERRUTI, *Larva di Molops o Vipenny ssp. istrianus G. Mull.* (Col. Sonderabdruck).

- ID., *Potosiakomgi Reitt.* — S. E. Fratelli Pagano, Genova.

- CUCCATO, *Sulfur-piretoterapia e crasi sanguigna - Fenomeno di ostacolo*. — Estr. dal « Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia », fasc. 1, 1941, Ferrara.

- PALMIERI, *Medicina legale assicurativa*, Vol. II, Vallardi, Milano, 1942.

Segnaliamo questo secondo volume, che completa il Manuale del valoroso Direttore dell'Istituto di Medicina legale e delle Assicurazioni di Napoli.

In esso vengono illustrate le forme di assicurazioni di pertinenza della previdenza sociale, le assicurazioni di malattie e le assicurazioni sulla vita. La vasta materia è stata felicemente tratteggiata nelle linee essenziali sia negli scopi che nei procedimenti amministrativi delle forme assicurative. Speciale sviluppo è stato dato allo studio per l'accertamento dell'invalidità nella Previdenza Sociale ed ai provvedimenti in occasione delle controversie relative. Vengono anche svolti alcuni aspetti medico-legali della assicurazione malattia e delle assicurazioni sulla vita.

Siamo lieti che il Palmieri, apprezzato studioso della medicina assicurativa, esponendo la sistematica della Medicina legale assicurativa abbia anche trovato utile tratteggiare i problemi di medicina legale che riguardano l'assicurazione vita.

PICCOLO ANNUARIO CATTOLICO ITALIANO - Anno 1942, Ed. Bevilacqua, e Solari, Genova.

Il bel volumetto di circa 500 pagine, per la ricchezza dei capitoli che riguardano quasi tutto lo scibile religioso e il movimento culturale politico e storico della Chiesa dalle origini fino a nostri giorni è una fonte preziosa di notizie utili ed interessanti dalle quali non può prescindere l'uomo di studio e di cultura. Poichè esso, nella sua concisione sintetica, costituisce un'opera organica collegata ai precedenti volumi pubblicati dal 1939 al 1941, alla fine, è corredato da un'indice di riferimento che ne permette la facile consultazione.

G.

ROSSI, *Dell'azione della vitamina B.* — Estr. dal « Volume Giubilare » del Prof. Osvaldo Polimanti » (Tip. Perugina, 1939).

Id., *Azione dei componenti biliari sul ciclo sessuale della razza.* — Estr. da « Folia Demographica Gynaecologica » (Stab. Fraf., 1940).

Id., *Sostanze estrogene e tumore.* — Estr. da « Ormoni », n. 2, 1940, Torino.

In base alle sue ricerche, l'A. ritiene che tali sostanze esercitino azione inibitoria sulla adeno-carcinoma trapiantabile di Erlich.

S. A. FARMACEUTICI D'ITALIA, Milano. — *Un triennio di terapia Sulfonamido-piridintioseptal* (Ed. Vallecchi, 1941, Milano).

In un grosso volume di circa 600 pagine, edito in bella veste tipografica, sono stati raccolti gli studi pubblicati da diversi Autori, rappresentanti della più alta cultura medica fra cui ci piace ricordare CAMPANACCI, RUTEGA, GAMNA, FORNARA, CLERICI, DONEDDU, FRONTALI, sui sulfamidici, in rapporto alle loro numerose applicazioni in Medicina Interna, Pediatria, Dermato-venereologia, Ginecologia, e Oftalmoiatria.

Il Tioseptal, il preparato più recente della « Farmitalia » forma l'oggetto di una ricca illustrazione clinica, farmacologica e sperimentale nelle più svariate forme morbose, specialmente, nella terapia delle polmoniti e delle broncopolmoniti, della meningite pneumococcica, nell'oftalmia gonococcica e nel tracoma. Il libro inquadra in termini netti i diversi problemi insorti a seguito dell'introduzione dei sulfamidici nella pratica medica, sia per quanto riguarda la loro specifica indicazione nei diversi casi, quanto la posologia e le intolleranze di cui si è fatto tanto parlare in questi ultimi tempi.

G.

VUOTI NELLE FILE.

- Dr. DALLA TORRE AUGUSTO, Grigno (Trento).
» ROLLA ANTONIO, Calvenzano (Bergamo).
» MEDRI GUIDO, Cavacurta (Milano).
» BOLIS-LUIGI, Cassiglio (Bergamo).
» FILIPPI SETTIMIO, Badia Polesine (Rovigo).
» NUCCI LUIGI, Marsciano (Perugia).
» BETTAZZI CARLO, Annico (Cremona).
» MANCUSO SALVATORE, Godrano (Palermo).
» PICCOLI UMBERTO, Erbezzo (Verona).

Il 29 maggio u. s. in un incidente ciclistico è deceduto il nostro preparatore GAETANO ALLEGRUCCI del Centro Sanitario di Milano.

Alla famiglia le più sentite condoglianze.

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

(202) 3-1942-XX - Soc. Tip. Castaldi - Via Casilina, 49 - Roma

LOCALITÀ		ORARIO	LOCALITÀ		ORARIO
PIEMONTE					
Torino	Via Maria Vittoria, 1	Giorni feriali	MARCHE E DALMAZIA		Giorni feriali
Alessandria	Via Roma, 14	1° e 3° lunedì 8,50-12,50 14,50-17,50	Ancona	C. Mazzini, 15	1° e 3° mercoledì 10,50-12,50, 15-17
Asi	Via Alberti, 2	Giorni feriali	Ascoli Piceno	P. Popolo - V. Archivio	Ultimo mercoledì 10,50-12,50, 15-17
Biella	Via Arnolfo, 20	Lunedì 1-12	Macerata	V. Ricci, 2	2° e 4° martedì 10,50-12,50, 15-17
Novara	Via S. Giacomo, 2	Giovedì 9-12	Pesaro	V. Rossini, 2	2° giovedì 10,50-12,50, 15-17
Vercelli	C. Carlo Alberto	2° e 4° martedì 8,50-15	Zara	Calle Larga	
LOMBARDIA					
Milano	P. Diaz, 6	Giorni feriali	ABRUZZI		Giorni feriali
Bergamo	V. Geronzi, 33	1° e 3° lunedì 9-12,50	Pescara	C. V. E. 146	
Brescia	P. Vittoria - Pal. INA	1° e 3° martedì 9-12,50	LAZIO E UMBRIA		
Como	V. D. Fontana, 2	2° e 4° giovedì 9,50-12,50	Littoria	P. XXIII mar. Pal. I.N.A.	Domenica 8-12
Cremona	V. Campi, 1	1° e 3° mercoledì 9,50-12,50	Perugia	P. Vittorio Emanuele, 1	2° e 4° martedì 9-13
Legnano	G. Vittorio Emanuele, 5	2° e 4° martedì 9-12	Roma	Via Sallustiana, 1	Giorni feriali
Pavia	C. Mazzini, 3	2° e 4° sabato 9-12,50	Roma	V. Tritone, 142	Giorni feriali
LIGURIA					
Genova	V. Carlucci, 3	Giorni feriali	Trani	V. Tacito	Mercoledì 8,50-12
VENEZIA TRIDENTINA					
Bolzano	V. Rosmini, 20	mercoledì e sabato 9-12 15-18	Tivoli	V. S. Croce	2° e 4° sabato 14-17 (sospeso)
Bressanone	V. Roma, 5		Viterbo	V. G. Marconi, 7	1° e 3° sabato 9-12
Rovereto	Piazza Rosmini	4° venerdì 9-12 15-18	CAMPANIA		
Trento	V. Bellanzani, 14	martedì, giovedì 9-12 15 18 (1)	Avellino	P. Libertà, 52	2° e 4° martedì 11-14
VENEZIA VENETA					
Padova	P. Spalato, 1	Giorni feriali	Benevento	V. Isabella Morra, 6	1° e 3° mercoledì 9,50-12,50
Belluno	V. Garibaldi, 1	2° sabato 9-12	Caserta	C. Umberto, 53	2° e 4° giovedì 9-12 (sospeso temp.)
Isola Scalo	P. Nazario Sauro	2° venerdì 9-12 15-18	Castell. Stabia	V. S. Maria dell'Orto, 8	1° e 3° giovedì 9-12
Legnago	P. Duomo	1° e 3° venerdì 9-12 15-18	Napoli	P. Costanzo Ciano, 82	Giorni feriali
Treviso	V. Vitt. Emanuele, 29	1° e 3° martedì 8,50-12 (2)	Portici	V. Bellucci Sessa, 17	2° e 4° sabato 9-12
Udine	V. Suro, 1	2° e 4° martedì 9-12, 14,50-18,50	Salerno	C. Garibaldi (Pal. Natella)	lunedì e mercoledì
Venezia	Calle larga XXII Marzo	Giorni feriali	PUGLIE		
Verona	V. Vitt. Emanuele, 11	lunedì 9-12 15-18	Bari	Via A. Gimma, 73	Giorni feriali
Vicenza	P. Roma, 11	3° lunedì 8,50-12	Lecce	V. Augusto Imperatore, 16	Giorni feriali
VENEZIA GIULIA					
Trieste	P. Dalmazia, 3	Giorni feriali	LUCAANIA		
Fiume	V. XXX Ottobre	2° e 4° martedì 9-12 15-18	Potenza	P.azz. Prefet., Pal. I.N.A.	Venerdì e Sabato
Gorizia	V. Crispi, 9	1° e 3° giovedì 8,50-12 dal 1°-5 al 80-4 e 14,50-18,50 dal 1°-10 al 80-4	CALABRIA		
Monfalcone	V. Duca d'Aosta, 26	1° e 3° mercoledì (sospeso)	Catanzaro	P. Roma, 20	Giorni feriali
Pola	V. Garibaldi, 13	2° e 4° venerdì 14-17	Cosenza	C. Mazzini	2° martedì 9-12
EMILIA					
Bologna	V. Pignattari, 1	Giorni feriali	Reggio Cal.	C. Garibaldi, 2	1° e 3° mercoledì 9-12
Modena	P. Mazzini, 4	1° e 3° lunedì 9-13	SICILIA		
Parma	V. Garibaldi, 23	2° e 4° giovedì 9-13	Catania	V. A. Mussolini, 16	Venerdì e sabato 9,50-13
Piacenza	P. Cavalli, 2	2° e 4° mercoledì 9,50-12,50	Messina	V. Colombo, 40	Giorni feriali
Reggio Emil.	V. Emilia S. Stefano, 8	1° e 3° martedì 9-12,50	Ragusa	V. M. Coffa, 13	
TOSCANA					
Firenze	Piazza Stazione, 2	Giorni feriali	Stracusa	V. dei Mille, 2	
Livorno	V. Cairoli, 9 (Pal. Galleria)	Lunedì 10-12, 14,50-16	Agrigento	V. Roma, 291	
Prato	P. S. F. d'Assisi, 5	1° e 3° Lunedì	Enna	V. Vitt. Eman., 2	
			Palermo	V. Maqueda, 192	Giorni feriali
			Trapani	V. Torrearsa	
SARDEGNA					
			Cagliari	V. Roma, 73	



Corporate Heritage
& Historical Archive

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 » del- l' I. N. F. A. I. L. . . .	20%, 1 ^a e 2 ^a cl. 10%, 3 ^a cl.	MODENA	Casa Prof. Marchetti - Via Giardini 20	80%
BRESCIA	Poliambulanza - Piazzale Garibaldi	20, 25 e 80%		Casa « Berti »	80%
CAGLIARI	Casa Prof. G. Baggio - P. S. Benedetto	80%	NAPOLI	Sanatorio « C. Forlanini »	80%, diaria L. 20
CALTANISSETTA	Casa Dr. Ballati	80%	PALERMO	Clin. Prof. Arnone - Via Ugdolena, 2	80%, 30% retta 20% interventi e ricerche
CATANZARO	Ist. clin. diagn. fisioter. Dr. G. Mazza - V. Duomo	80%		Casa « Noto »	
COMO	Ist. Card. Prof. G. Galli - Via Volta 46	80%	PIACENZA	Casa « Piacenza »	20%
COSENZA	Casa Catalani - Villa Amelia	80%	REGGIO EMILIA	« Villa Ida » - Prof. Dr. G. Zironi	80%
GENOVA	Poliambulatorio del Lavoro - Via Benedetto XV	ass. popolari L. 10 visita annuale	S. PELLEGR. TERME (Bergamo)	Casa Dr. M. Quarenghi .	20 e 25%
	Ist. Inalaz. Dr. B. Oxilla - Via XX Settem. 1-2 .	80%	TORINO	Ist. Med. preventiva - V. delle Orfane, 8	40%, ass. popolari L. 11 visita annuale 35%
LOCRI (Reggio C.)	Casa di Cura Barillaro .	80%		Clin. malattie profess. - R. Università	
MESSINA	Ist. ter. fisica Dr. G. Spagnolio - P. Stazione	80%		Istit. terapia oteozonica - Corso Oporto 10	30 e 40%
MESTRE (Venezia)	Osp. Civ. « Umberto I » .	10 e 20%		« Villa Maria » - V. Principe pessa Fellicita, 15-bis, 17	15%, prestazioni med. - chir. che
				Ospedale Maggiore S. G. Battista e della Città di Torino	
			TREVI	« Villa Bianca » - Prof. A. Grollo	80%
			TRIESTE	Casa di Cura Duttogliano	20 o 10%

Cliniche specializzate e case di cura

CAGLIARI	Casa B. Salvatore (ostetr. e ginecologia)	80%	ROMA	Casa « Immacolata Concezione » (artr., sciatica e reumatismi) - V. Pompeo Magno, 14	50%, ambulanza 1 ^a cl. L. 50 retta 2 ^a » » 40 » 3 ^a » » 25 »
ROMA	Clin. Ostetr. Ginecologica R. Univ. di Roma Cura della sterilità .	A tutte le assicurate visite gratuite giovedì e sabato ore 15	PADOVA	Casa « La Salutare » (località Altichiero) (neurologia)	80%
	Osp. S. Gallicano (dermosifilopatia)	diaria 80,50	TREVI	Casa Prof. P. Brisotto - Ponte Garibaldi (otorinolaringologia)	80%
	Ist. « Regina Elena » (tum.)	» 35 —	MIAZZINA (NOVARA)	Casa « Eremo » (malattie polmonari)	15 e 80%
	Clinica Odontoiatrica R. Università	20%			
	Guardia Ostetrica permanente E. Pestalozza .	50, 30, 20%			