

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL' ISTITUTO NAZIONALE
DELLE ASSICURAZIONI



ANNO XII - N. 1-3

GENNAIO-GIUGNO 1943

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: ROMA, VIA SALLUSTIANA N. 51



Corporate Heritage
& Historical Archive



Corporate Heritage
& Historical Archive

L'ASSISTENZA SANITARIA

AGLI ASSICURATI DELL' I. N. A.

BIMESTRALE DI MEDICINA PREVENTIVA E DELLE ASSICURAZIONI

Fondatore: *Dott. Prof. ILARIO ROMANELLI*

Direttore: *Dott. PIETRO TROTTARELLI*

Redattore Capo: *Dott. ALBERTO STARNA*

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA SALLUSTIANA, 51 — ROMA
ABBONAMENTO ANNUO: ITALIA L. 20; ESTERO L. 40; PER I MEDICI FIDUCIARI L. 10

SOMMARIO

Sen. Prof. NICOLA PENDE: La conoscenza dell'individuo nell'assistenza sociale dei lavoratori	Pag. 2
1. Studi e ricerche di medicina delle Assicurazioni Vita:	
Dott. C. CONFORTO: La sopravvivenza degli operati di tumore della parotide	» 5
Dott. L. RISOLDI: La calcolosi renale nella medicina della Assicurazione Vita	» 15
Dott. F. MANOZZI: La cardioneurosi e la medicina delle Assicurazioni Vita (<i>continua</i>)	» 27
2. Semeiotica di medicina delle Assicurazioni Vita:	
Dott. Prof. G. LUCREZI: Il valore dell'indagine radiologica dell'apparato respiratorio per la diagnosi di tubercolosi pleuro polmonare nell'Assicurazione Vita	» 35
Dott. Prof. M. VELE: La frequenza dei sintomi oculari nel diabete mellito	» 45
3. Medicina legale delle Assicurazioni Vita:	
Dott. Prof. F. MARSELLA: Problemi medico-legali dell'Assicurazione Vita nelle vecchie disposizioni di legge e nel nuovo Codice Civile	» 51
4. Notiziario	» 57
5. Dai periodici	» 60
6. Nella nostra biblioteca	» 69
7. Vuoti nelle file	» 72
8. Provvidenze sanitarie	» I-IV

Il ritardo del presente numero è dovuto alla distruzione dello Stabilimento Tipografico, avvenuta in seguito al bombardamento nemico del 19 luglio, mentre eravamo già in macchina.

La conoscenza dell'individuo nell'assistenza sociale dei lavoratori^(*)

Sen. Prof. NICOLA PENDE

Sempre più il principio individualistico e costituzionalistico della conoscenza, della valutazione dinamica-psicologica, dell'orientamento lavorativo, della selezione, dell'assistenza igienica e della medicina preventiva dell'individuo che lavora trionfa oggi sul principio comunista o collettivistico, soprattutto in uno Stato, come il nostro, organizzato secondo la legge biologica umana-spirituale, che considera ogni cittadino come una cellula produttiva di un organismo unitario, in cui le singole cellule e le categorie cellulari lavorano unitariamente, altruisticamente, ciascuna secondo le proprie attitudini, per il bene dell'insieme.

Il valore uomo, come corpo e come spirito, è e sarà sempre il fattore decisivo della grandezza vera, in pace come in guerra, di una nazione, purchè tale **valore uomo** non rimanga un concetto astratto ed una affermazione, come tante altre, scritta sulla pietra e non nei cuori e negli intelletti: ma sia tradotto nella pratica concreta di una valutazione dinamica-spirituale, per quanto è scientificamente possibile, dei valori, delle attitudini che ogni elemento della collettività statale possiede, si tratti di lavoratori del braccio o della mente, di soldato, di dirigente, di scolaro, di uomo e di donna considerati come

(*) Siamo lieti di pubblicare la presente Nota dell'illustre Sen. Prof. Pende, sull'assistenza sociale dei lavoratori nella quale viene sapientemente lumeggiata la funzione del medico totale ed alla quale appunto si ispira la nostra opera tra gli assicurati in una attività ultra decennale.

generatori e conservatori della vita, della sanità, della potenza della stirpe.

Nel campo del lavoro come in quello militare come in quello della scuola come in quello della generazione, la conoscenza e valutazione scientifica del terreno umano individuale deve oramai rappresentare la prima e più importante esigenza di uno stato razionalmente organizzato.

Anche Stalin ha riconosciuto che l'uomo fatto in serie, secondo il principio comunistico, l'uomo **macchina** costruito artificialmente per farne quello che il Governo sovietico si proponeva di ottenere ad uso della collettività nazionale, l'uomo senza iniziativa individuale, e valutato a chilogrammi di produzione, è completamente fallito allo scopo. « Non è vero, egli ha detto qualche anno fa, che la tecnica decida di tutto: ma è l'uomo che decide di tutto, l'uomo è il più prezioso capitale ».

Noi diremo, come già tante altre volte abbiamo detto, che è il terreno-uomo, ben conosciuto, secondo il principio che abbiamo chiamato **biotipologico-unitario**, e valutato, e vagliato e coltivato ortogeneticamente, ed assistito, mercè una igiene individualistica, che tenga conto delle speciali predisposizioni morbose individuali, ed applicato al lavoro il più adatto alle sue attitudini individuali fisiche e psichiche, e meno nocivo ai punti deboli della sua costituzione; è questo **terreno-uomo** il vero cardine di ogni saggia organizzazione ed assistenza del popolo lavoratore.

Per attuare tale **scienza del terreno umano** alla pratica occorre non la comune medicina clinica curativa delle malattie, ma la medicina biologica, costituzionalistica, preventiva, medicina fisica e psicologica al tempo stesso.

E nessuno meglio del **clinico dei sani**, del medico cioè che sia anche sufficientemente profondo nella scienza dell'uomo così detto normale, oltre che in quella del-

l'uomo malato, può adempiere questa modernissima missione salutare del medico, utile all'individuo ed alla nazione al tempo stesso.

Noi crediamo che le visite mediche periodiche dei soggetti sani, a scopo preventivo, rappresentano già una utile applicazione, ma parziale, del principio sopra illustrato. Occorre la **visita biotipologica del lavoratore**, cioè lo studio delle caratteristiche fondamentali morfologiche-funzionali-psicologiche, che lo distinguono, oltre che l'accertamento delle disposizioni morbose e delle malattie latenti: visite registrate periodicamente in apposito **Libretto biotipologico-sanitario individuale**, come quello da molti anni in uso nell'Istituto speciale da me diretto.

E credo sia errore pratico affidare oggi a **psicologi** anzichè a **clinici** o medici colti nella scienza del corpo oltre che in quella dell'anima, la valutazione degli individui — lavoratori o soldati — a scopo d'orientamento lavorativo e di selezione professionale.

Giacchè è innegabile che gli psicologi e psicotecnici specializzati hanno necessariamente scarsa preparazione nel vastissimo campo del **soma**, dell'organismo fisico normale o malato, pur essendo profondi nella ricerca psicologica. Non volendo, essi dissociano quel che è inscindibile nella natura umana, la psiche del corpo.

Prepariamo dunque d'ora innanzi, nelle nostre università, buoni **medici totali**, come io concepisco i medici che fanno non solo le malattie e la loro cura, ma anche i metodi per la conoscenza e valutazione del composto corpo-anima normale, differente da un individuo all'altro.

A questi **medici totali** sarà affidata l'**assistenza igienica totale** dei lavoratori come dei fanciulli e dei soldati: assistenza intesa come bonifica umana individuale, come valorizzazione razionale dell'uomo individuo, come difesa preventiva e curativa d'ogni individuo dalla malattia, dall'infortunio, dall'invalidità precoce da lavoro.

Studi e ricerche di medicina delle A. V.

La sopravvivenza degli operati di tumore della parotide

Dott. CORRADO CONFORTO

Medico principale dell'I. N. A.

Uno dei capitoli più studiati e meno chiari della patologia è certamente quello dei tumori della Parotide (*Pd*). E' un annoso e complesso problema, che si agita sotto vari aspetti: anatomo-patologico, clinico e terapeutico e per conseguenza prognostico, che non ha avuto ancora una soddisfacente messa a punto, perché la clinica di questi tumori esula dai comuni criteri adottati finora, per lo studio dei neoplasmi di altra sede. Inoltre i tumori della *Pd* hanno una speciale tendenza alla degenerazione maligna e soprattutto a riprodursi in modo particolarmente frequente, ciò che li differenzia anche tra i tumori delle altre glandole salivari. La più elementare divisione dei tumori in benigni e maligni non trova, generalmente, applicazione fra i tumori della *Pd*, perchè, come è stato largamente dimostrato, si può verificare il caso che neoplasmi, clinicamente e morfologicamente considerati benigni, possono, improvvisamente, comportarsi come maligni, sia per degenerazione cancerigna, sia senza alcun carattere peculiare, che possa dimostrare la prevalenza del tessuto epiteliale o connettivale sugli altri tessuti propri della costituzione originaria del tumore.

Infine si è verificato anche il caso che un tumore originariamente considerato benigno, biopsicamente controllato, ha dato recidive e anche metastasi nettamente a carattere maligno. Viceversa sono riportati nella letteratura casi di tumori, ritenuti maligni che hanno avuto decorso benigno e non hanno dato alcuna recidiva, nè metastasi linfatiche, pur essendo in maggioranza costituiti da tessuto epiteliale con manifesta mitosi e presenza di cellule immature.

Queste osservazioni, tutt'altro che infrequenti, hanno fatto sì che una classificazione clinica dei *Tm* della *Pd*, se non è del tutto impossibile è per lo meno poco rispondente alla realtà, per cui se ne è tentata una anatomo-patologica, che se non trova sempre la sua corrispondenza clinica e soprattutto prognostica, serve ad evitare la complessa denominazione di una lunga serie di *Tm* tendente a descrivere, nel nome, la loro struttura. Molte

sono le classificazioni tentate finora; la più recente (1937) e anche la più facilmente adottabile è quella proposta da VAN VIERSSEN TRIP che qui viene riprodotta:

TAVOLA I.

Classificazione dei Tm della Pd secondo Van Vierssen Trip.

A) TUMORI MISTI	1 - di semplice struttura	per es. Endoteliomi, non si riscontrano Tm di struttura condroide e pseudolixomatosa
	2 - di struttura complicata	pseudo cartilaginei o mucosi
	3 - cilindromi	in questo tipo di tumori vi sono opinioni discordi, in quanto alcuni AA. li considerano carcinomi.
B) CARCINOMI	non sono stati tuttora riscontrati papillomi.	
C) TUMORI BENIGNI MESENCHIMALI	fibromi neuromi	
D) SARCOMI	(rarissimi)	

Uno dei caratteri più salienti di questi Tm è la loro struttura mista con la partecipazione di più specie di tessuti, per cui le forme pure sono rarissime a riscontrarsi, tanto che comunemente i Tm della Pd vanno sotto la denominazione di misti; da ciò risulta che non esistono dei limiti netti tra l'uno e l'altro tipo di Tm e i criteri di benignità e di malignità, desunti dall'aspetto morfologico tissurale, non sono spesso corrispondenti al decorso clinico.

Poiché il problema prognostico è quello che più interessa la Medicina delle Assicurazioni, per poterlo trattare nel modo più ampio possibile, ho raccolto e studiato nella letteratura italiana, francese, inglese e americana 881 casi di Tm della Pd, due ne ho ricavati dallo spoglio delle schede sanitarie dei sinistri dell'I.N.A. Tutti questi casi sono stati studiati anche dal punto di vista istologico, nella proporzione dell'80 %; con esami fatti sul tumore primitivo nel 60 % dei casi, mentre nel 20 % circa solo nelle recidive; nel restante 20 % manca l'esame istologico, per quanto sia stato fatto un accurato esame clinico spesso con esame macroscopico eseguito al tavolo operatorio.

I.

I tumori della *Pd* sono poco frequenti: su 30.000 sinistri di morte dell'I.N.A. io ne ho riscontrato solo 2 casi, morti entrambi per carcinoma della *Pd* pari a 0,006 %. Gli americani STEIN e GESCHICKTER su 50.000 pazienti ne hanno riscontrato solo 241 pari a 0,48 % in ragione di un tumore ogni 208 persone. Dei 241 tumori solo 42, pari al 17,4 %, erano considerati maligni in seguito ad esame istologico. In quanto all'età, a parte che PILLER ha riportato un caso verificatosi in una bambina di 2 anni e MAC FARLAND in un bambino di un anno e WOOD in una bambina di 7 mesi, i *Tm* della *Pd* sono frequentemente riscontrabili dagli 8 agli 80 anni di età; ma la maggiore frequenza si ha dai 20 ai 45 anni. Dai 45 ai 65 anni sono più facilmente riscontrabili i *Tm* maligni, mentre i cosiddetti benigni danno in questo gruppo di età più facilmente recidive e degenerazioni maligne (MARTIN). Su 676 casi riportati da MAC FARLAND, BENEDICT MEIGS e STEIN solo 455 in ragione del 67,3 % sono incidenti tra i 20 e i 45 anni. La stessa proporzione, con qualche trascurabile variante, è riportata da altri AA. quali HARTMANN, TRUFFERT, LERICHE, ecc. Per quanto riguarda la razza, secondo gli AA. americani, la più colpita è la bianca (80,1 %), mentre la nera lo è in ragione del 19,9 %. I due sessi non danno alcuna disparità di frequenza notevole. La durata media di un *Tm* benigno della *Pd*, dai primi segni clinici fino alla operazione va dai 6 ai 9 mesi fino a 8 anni (STEIN e GESCHICKTER). Per i tumori maligni la media va invece da uno a 5 mesi, oppure nei casi trascurati sopra ai 4 anni. Circa l'insorgenza dei sintomi cosiddetti maligni dei *Tm* della *Pd* gli AA. americani danno delle cifre medie sulla loro durata, che hanno scarsa importanza pratica, potendo essi insorgere improvvisamente in un tumore benigno o in una sua recidiva, che ha durato per anni con decorso lento come un lipoma. Sulla degenerazione maligna di detti tumori, secondo MAC FARLAND, possono influire le flogosi locali (influenza, ascessi dentari, piortrea, parotide, ecc.) e anche traumi (HERRENSCHMIDT).

STEIN a tale proposito riporta 10 casi nei quali la degenerazione maligna era conseguente a traumi mentre in 14 vi era una storia di flogosi locale. Ma questi fattori concomitanti hanno per altri AA. come VAN VIERSSEN TRIP, LEROUX, LEROUX ROBERT, TRUFFERT scarsa importanza, in quanto questi ultimi AA. ammettono nei *Tm* della *Pd*, uno stato di malignità latente, che si manifesta anche indipendentemente da fattori intercedenti. La Scuola francese e anche la tedesca sono del parere che tutti i *Tm* della *Pd*, a causa della frequentissima loro trasformazione maligna, debbono sempre essere trattati come « mali moris » anche quando il decorso è nettamente benigno. Non condividono questo parere alcuni autorevoli AA. italiani come UFFREDUZZI, ALESSANDRI e anche MAGGI i quali ammettono che una notevole quantità di tumori della *Pd* sono realmente benigni e dimostrano solo una

tendenza ad un lentissimo accrescimento, per cui il chirurgo interviene in alcuni casi solo per ragioni estetiche. Anche nelle recidive essi non presentano caratteri di malignità; infatti, se totalmente estirpati, non recidivano. Ma le opinioni in proposito sono molto disparate; basta osservare le seguenti percentuali per convincersene. Infatti WOOD e SPRING ammettono che solo il 65% dei *Tm* benigni non presenta recidive, mentre MONTIÈ e REDON il 55%. STÖHR e RISAK su 39 casi di *Tm* misti benigni studiati nella II Clinica di Vienna ne osservarono 32 che non recidivarono in ragione dell'88%, mentre EHRLICH ne riporta il 66%. EGÜES su 13 casi trattati con enucleazione precapsulare, ne ha seguiti 6 da più di 10 anni, 3 da 7 a 10 anni, 4 da 2 anni e $\frac{1}{2}$ a 10 anni, 4 da 2 anni e $\frac{1}{2}$ a 3, nessuno di essi ha recidivato. MAC FARLAND, che è della opinione degli AA. francesi, che i *Tm* benigni della *Pd* debbono essere considerati, agli effetti della terapia, alla stessa stregua dei maligni, annovera 29 casi di *Tm* guariti tra il 5° ed il 25° anno, senza recidive. HINTZE della clinica di Bier ha osservato che i *Tm* misti benigni della *Pd*, estirpati in modo totale, dopo 5 anni dall'intervento si mantengono nel 100% dei casi senza recidive. Come si vede il numero dei *Tm* benigni non è scarso; ma la possibilità di recidive è legata soprattutto alla tecnica adoperata nella estirpazione, in quanto, se l'ablazione è totale, senza avere lasciato un residuo, anche minimo del *Tm*, allora la recidiva è pressochè impossibile.

Il concetto è altrettanto vecchio come quello della malignità latente; KOENIG nel 1883 raccomandava che l'estirpazione fosse completa e extracapsulare. EGÜES ha fatto più volte notare che la recidiva è quasi sempre dovuta ad una asportazione incompleta o parzialmente intracapsulare; bastano piccolissimi lembi di capsula lasciati « in situ » o attaccati al nervo facciale, o nel cavo faringeo, per dare la recidiva. Questa però non è solo dovuta alla tecnica operatoria difettosa, sarebbe un negare il carattere preponderante dei *Tm* della *Pd*: quello della « malignità latente », ormai universalmente ammessa. Malgrado che la controversia, se la recidiva si debba a difettosa tecnica o alla insita tendenza alla malignità latente, sia tuttora dibattuta, pure è innegabile che la degenerazione maligna dei *Tm* della *Pd* è di una impressionante frequenza. Molti sono gli AA. che alla degenerazione maligna negano i caratteri di una entità clinica; BLAIR e OELCH hanno osservato che questa degenerazione avviene nella cosiddetta età del cancro, per intervento di cause esogene, ammettendo con WOOD che il 25% di questi *Tm* subisce tale degenerazione, KÜTTNER l'ha riscontrata nel 28%, mentre KENNA, riportando una serie di 137 casi, l'ha riscontrata in ragione del 35%. I caratteri di malignità possono insorgere improvvisamente senza cause apprezzabili e ciò avviene secondo DUNET e CREISSEL nel 98% dei casi sotto forma di trasformazione epiteliale, eccezionalmente essa avviene a spese del tessuto connettivale. Ciò è negato da KÜTTNER che afferma, che

una distinzione netta tra la prevalenza connettivale e quella epiteliale è semplicemente teorica. Avvenuta una tale trasformazione il tumore, per quanto in origine si sia comportato in modo benigno, diviene nettamente maligno, tanto da dare metastasi maligne, come se in origine fosse stato maligno (KÜTTNER e HEINECKE).

Clinicamente i caratteri della malignità sono così poco apprezzabili, che la biopsia si impone sempre per la diagnosi; in quanto alcuni segni, che sono tipici per i *Tm* di altra sede, sono nel caso di quelli della *Pd*, di nessuna importanza. Per esempio l'accrescimento rapido, secondo BRÜNING, non è segno di malignità, nè tanto meno la formazione di recidive. Sono invece segni gravi di degenerazione: l'usura della barriera capsulare, l'infiltrazione nei tessuti circostanti e l'invasione delle stazioni linfatiche corrispondenti. Anche in questo campo vi sono notevoli incertezze in quanto non pochi sono i casi di *Tm* della *Pd*, all'esame istologico diagnosticati benigni, che si sono comportati, nel loro decorso, come maligni. Viceversa tumori ritenuti maligni hanno qualche volta avuto un decorso nettamente benigno. Vi sono AA., come SISTRUNK della clinica dei Fratelli Mayo e più recentemente VAN VIERSSEN TRIP, che ritengono che l'esame istologico è sempre in grado di stabilire una sicura diagnosi.

KÜTTNER afferma che quando un *Tm* presenta molto tessuto cartilagineo è quasi sempre benigno. WOOD ha tentato una classificazione istologica che può avere un certo impiego a scopo prognostico. Sono benigni secondo questo A.:

1) i *Tm* fibrosi poveri di cellule, con scarsa degenerazione mucosa e scarso tessuto cartilagineo;

2) i *Tm* cartilaginei con poco tessuto connettivo e scarsi di cellule.

Hanno invece una tendenza alla malignità i *Tm* poveri di cartilagine e di connettivo, ma ricchi di parenchima.

Accanto all'esame istologico non è da trascurarsi, benché il più delle volte sia atipico, l'esame dei segni clinici. Per alcuni AA. americani (MARTIN, STEIN, GESCHICKTER, ecc.) hanno grande importanza diagnostica i seguenti sintomi:

1) la mobilità del tumore;

2) lo stato delle glandole linfatiche consensuali;

3) il tipo del dolore che può essere o irradiante o gravativo, cioè o con il solo interessamento dei nervi locali o con irradiazioni extra territoriali;

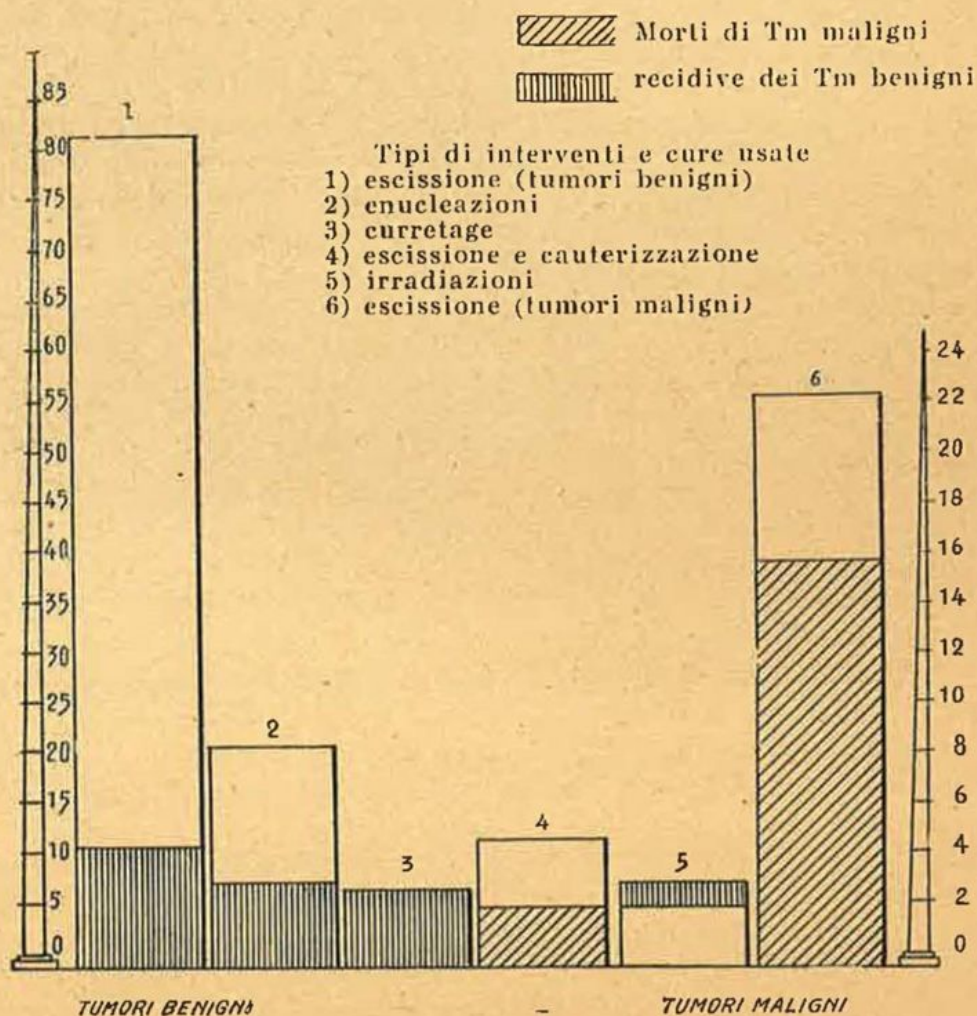
4) lo stato dei tessuti circostanti.

Finché un *Tm* è intracapsulato, mobile, con dolore puramente gravativo e il suo accrescimento, per quanto notevole, non è continuo, ma ha periodi di sosta, esso può essere definito benigno. Ma fino a quando resterà tale? Un intervento operatorio eseguito in questo stato del *Tm* può garantire di una futura recidiva? L'esperienza degli AA. più competenti indica

come sempre possibile una recidiva, malgrado la migliore tecnica usata. Bisogna però ammettere con molti AA. francesi e americani che alcuni tipi di interventi danno un maggiore contributo di recidive (fra questi figurano le escissioni, le enucleazioni, il curretage, le irradiazioni senza intervento operatorio).

Riporto una tavola tratta dalla statistica operatoria di STEIN e GESCHICKTER:

TAVOLA II.



Questa tavola dimostra l'esito del trattamento di 85 casi di tumori della glandola parotide. A sinistra si leggono i risultati del trattamento nei *Tm* benigni. Le recidive dei *Tm* benigni sono indicate con le linee verticali, le morti nei casi di *Tm* maligni con linee diagonali.

Su 85 casi di *Tm* benigni si sono avute 11 recidive (12 %) e 72 guarigioni (84 %), 2 morti (2 %). Dei 22 casi di tumori maligni 16 sono morti (72,7 %) e 6 sono stati seguiti fino a 5 e 6 anni dopo una recidiva. Il maggior numero di morti si è avuto con l'escissione, specialmente quando si è trattato di tumori maligni. Con le stesse proporzioni si comportano i casi illustrati da

MARTIN; il maggior numero di recidive si ebbe tra gli operati di escissione. Gli AA. francesi parteggiano per l'enucleazione intraparotidea, perché si sono avuti buoni risultati lontani (TRUFFERT). Essa però non trova sempre la sua indicazione, specialmente nei grossi *Tm* che hanno invaso tutta la *Pd*; in questo caso si impone la parotidectomia totale, che peraltro porta una vasta depressione retromascellare. Questo atto operatorio trova però la sua indicazione nei casi di tumori voluminosi, più o meno fissati e profondi, di natura sospetta e a più forte ragione quando si è in presenza di una recidiva (TRUFFERT). Di parere opposto a questo A., per quanto riguarda l'enucleazione intraparotidea, sono ROUX BERBER e M. JADLOVKER, che sostengono che la recidiva è costante in seguito all'enucleazione intracapsulare.

Non vi è dubbio che il tipo di operazione usato ha una grande influenza sull'esito lontano dei *Tm* della *Pd*. Tanto più radicale è l'intervento tanto più sicuri sono gli esiti lontani. HARTMANN, che ha una larga esperienza su questo argomento, così conclude: « le recidive dei *Tm* misti della *Pd* sono lontani di essere costanti, a condizioni di asportare in modo radicale il *Tm* ».

Ma il solo sistema operatorio non è spesso sufficiente a garantire dalle recidive, ad esso bisogna fare seguire il trattamento del cosiddetto letto del *Tm*.

Sono stati usati vari procedimenti e sostanze chimiche: cauterizzazione, trattamento con fenoli, iodo e etere, ma soprattutto è usata la curiterapia in congrue dosi per evitare la cachessia, assai frequente specialmente nei *Tm* della *Pd*. Ma anche nel caso della curiterapia e della roentgenterapia post-operatoria si hanno opinioni discordi: ROUX BERBER e M. JADLOVKER sostengono che tanto l'una che l'altra delle due terapie fisiche, anche associate alla operazione chirurgica, non sono in grado di impedire le recidive. Questi AA. sono per la parotidectomia e la consigliano in tutti i casi di *Tm* della *Pd*, in quanto è difficile stabilire se si ha da fare con un *Tm* benigno o maligno. In conclusione ho voluto esporre l'opinione degli AA., che maggiormente si sono occupati di questo argomento, per dimostrare come sia di capitale importanza, agli effetti della prognosi, conoscere quale metodo operativo è stato seguito e quale il trattamento post-operatorio. Ma questi elementi non sono ancora sufficienti a stabilire la prognosi se non si conoscono gli anni che sono trascorsi dopo l'operazione.

II.

Per maggiore chiarezza di esposizione in questa seconda parte della presente trattazione riassumerò i criteri da seguire per poter prognosticare la sopravvivenza degli operati di *Tm*

della *Pd*. Seguendo quanto si conosce finora su questo argomento è necessario stabilire, a tale scopo, i seguenti dati:

- 1) Età.
- 2) Se il *Tm* estirpato era primitivo o trattavasi di una recidiva.
- 3) Se questo era stato classificato benigno o maligno, mediante esame clinico o anche con l'esame istologico.
- 4) Quale tipo di intervento fu usato.
- 5) Quale fu il trattamento post-operatorio.
- 6) Quanto tempo è trascorso dall'ultimo intervento.
- 7) Quale è lo stato fisico del soggetto in esame, sia considerato dal punto di vista dell'affezione, sia da quello dello stato generale con speciale riguardo ad eventuali metastasi.

Un *Tm* della *Pd*, di natura benigna accertata istologicamente, con precedente decorso a tipo lento, può non dare recidive, se l'intervento fu radicale e fu usata la curiterapia post-operatoria; anzi, secondo alcuni AA. italiani e americani, se il soggetto ha superato la cosiddetta «età del cancro» e sono trascorsi dai 5 a 10 anni dall'ultimo intervento, può essere considerato come guarito. I casi di recidive dopo 10 e più anni sono di percentuale così ridotta, da non potere essere tenuti in considerazione se non come casi eccezionali. Ma su questo criterio molto influisce l'età.

I *Tm* che si verificano dai 40 ai 55 anni e danno recidive entro il sesto mese dal primo intervento, sono quasi sempre da considerarsi maligni.

MARTIN STEIN e GESCHICKTER sono di questo parere, senza dire che i francesi (LEROUX, LEROUX ROBERT, TRUFFERT, ecc.) sono ancora più espliciti: essi trattano come maligno qualsiasi *Tm* della *Pd* che insorge dai 40 ai 65 anni. MARTIN definisce questo periodo come «l'età cancerigna». In genere questo A., che ha molta esperienza sul presente argomento, ritiene che le recidive più frequentemente si verificano entro i sei mesi dopo l'intervento e vanno decrescendo di frequenza fino ai 5 anni dopo. Trascorso questo periodo la probabilità della recidiva non cessa del tutto, ma decresce distanziandosi di tre e quattro anni, fino ad essere considerata eccezionale. Dei 689 casi da me esaminati il 60 % delle recidive si verificò entro l'anno dell'operazione, il 30 % da 1 a 6 anni, l'8 % dai 6 ai 10 anni, il 2 % dopo i 10 anni.

TAVOLA III.

Tm della Pd. presi in esame 883

Maligni 194				Benigni 689			
morti	%	seguiti 5-6 anni dopo 1-2 recidive	%	guariti		recidivati	
144	74 %	50	26 %	565	82 %	124	18 %

Tm benigni recidivati 124

entro l'anno		da 1-6 anni		da 6-10 anni		dopo i 10 anni	
74	60 %	37	30 %	10	8 %	3	2 %

N.B. — Non è stato possibile riassumere la mortalità dei tumori benigni in quanto le cause di morte sono riferite all'accidente terminale o alle affezioni intercorrenti.

Nei *Tm* maligni le recidive si verificano poco dopo l'operazione, talvolta appena cessato il trattamento Roentgen o curiterapico. Il carattere predominante di queste recidive è una accentuata malignità, che si manifesta con una spiccata tendenza ad invadere i tessuti circostanti e una rapida invasione delle stazioni linfatiche consensuali. Per quanto riguarda le metastasi non vi sono organi preferiti in modo particolare; esse possono avere sedi più disparate (testicoli, polmoni, fegato, sistema osseo, ecc.); pare che negli uomini il testicolo sia più frequentemente sede di metastasi dei *Tm* della *Pd*. Può considerarsi peraltro benigno il *Tm* che asportato non ha dato recidive dopo i 5 anni, e che all'esame istologico presentava preponderanza dei tessuti mucoso e cartilagineo. Ciò però non preserva dalle recidive, perchè un intervento difettoso e incompleto può fare che queste si verifichino anche con caratteri di *Tm* « mali moris ». Ne consegue che il trattamento operatorio ha, come ho accennato, una grande importanza sulla prognosi e solo la parotidectomia seguita da curiterapia, in tumore accertato benigno, se sono trascorsi i sei anni dall'intervento, senza che si siano accertate recidive, può dare una certa sicurezza nella prognosi.

I *Tm* maligni della *Pd* si verificano, come frequenza nell'80 %, sotto forma di carcinomi; mentre i sarcomi sono rarissimi, tanto che alcuni AA. come KÜTTNER, ne negano l'esistenza. Ma agli effetti della medicina delle Assicurazioni questi *Tm* non possono essere presi in considerazione per la loro estrema malignità. I casi riportati nella letteratura di *Tm* maligni della *Pd* con decorso lento e quasi benigno, debbono essere ritenuti come errori di diagnosi. La tendenza che modernamente si ha di usare gli interventi più radicali in qualsiasi forma di *Tm* della *Pd* rende difficile stabilire, ad intervento avvenuto, se un tumore fu benigno o maligno, venendo a mancare uno dei criteri più in uso, quello di stabilire il tipo di operazione usato. A tale scopo, ha molta importanza accertare quanti sono gli anni trascorsi dall'ultimo intervento, perchè come ho detto, i *Tm* maligni si riproducono subito mentre i benigni, se trascorsi i cinque anni non hanno dato recidive, possono essere ritenuti guariti. Il rischio però, ammettendo tali soggetti in assicurazione, è sempre forte in quanto, anche trascorso questo periodo,

La calcolosi renale nella medicina della Assicurazione Vita

Dott. LUIGI RISOLDI

Medico di Direzione dell'I. N. A.

La calcolosi renale è una malattia che per certi caratteri talvolta fa apparire sano il soggetto che ne è portatore, ed offre a considerare dei periodi del suo decorso che si inseriscono proprio nel limite fra il normale ed il patologico.

A differenza del malato di colelitiasi, il nefrolitiasico può presentare dei sintomi (in ispecie quelli urinari) documentabili con esami di laboratorio molto semplici, che fanno sorgere il sospetto della malattia.

L'etiopatogenesi della malattia, cioè della formazione e della presenza di calcoli nel bacinetto renale, non ha ancora trovato una spiegazione soddisfacente, e vi sono delle incertezze sui vari problemi che la malattia offre a considerare da questo punto di vista.

Possiamo scindere in due ordini questi problemi e cioè anzitutto identificare cause esterne ed interne, capaci di perturbare l'organismo facendolo ammalare, e successivamente distinguere i processi attraverso i quali i calcoli si formano e la vera e propria malattia si instaura con tutte le sue manifestazioni cliniche ed i suoi segni di laboratorio.

Le cause esterne generali sono state ricercate in particolari condizioni del clima, dato che la nefrolitiasi è sconosciuta in certe regioni e riveste un carattere geografico o topografico; cioè nella composizione delle acque, nella qualità e nella quantità della alimentazione, come l'uso smodato di vino, di alcoli, nella vita troppo sedentaria, nei patemi d'animo; così pure il fattore razziale è importante, poichè si è visto che la razza bianca è la più colpita dalla malattia.

In quanto al sesso, il maggior numero di AA. propende per una prevalenza nel sesso maschile; i limiti di età in cui insorge sono molto vasti tra i 20 e i 50 anni secondo la maggior parte degli A.A., per altri non è rara anche subito dopo i 15 anni.

Le cause generali interne o endogene predisponenti alla malattia sono state ricercate nella costituzione organica dei malati.

Per lo più i nefrolitiasici appartengono alla terza costituzione del DE GIOVANNI, cioè dei brachitipi megalosplancnici, con

le recidive sono sempre possibili in rapporto all'8 %, cifra ancora alta se si considera la frequenza dei *Tm* benigni rispetto ai maligni, però la probabilità delle recidive decresce sempre man mano che ci si allontana dalla data dell'ultimo intervento.

Per quanto i *Tm* della *Pd* siano piuttosto rari a verificarsi nella pratica assicurativa, pure la trattazione del rischio merita di essere valutata alla scorta delle moderne conoscenze scientifiche.

In un caso di *Tm* della *Pd* per cui fu chiesto il parere internazionale dal C.I.R.T., si vede chiaro come sul criterio della taratura regni una vera e propria disparità di vedute, così mentre alcune Compagnie di Assicurazione ammettevano una taratura bassa, altre invece davano delle cifre alte.

La rassegna già esposta mostra chiaro come i tumori della parotide rappresentano per l'Assicurazione Vita un grave rischio, la cui entità non è facilmente delimitabile, considerata anche l'incertezza della prognosi e la rarità degli affetti di tali neoplasmi. Solo l'applicazione dei criteri esposti può in parte discriminare il complesso problema che merita, per la singolarità dei suoi aspetti, per quanto numericamente poco efficiente, l'attenzione dei medici di assicurazione.

RIASSUNTO

L'A. studia in 881 casi raccolti nella letteratura italiana e straniera con l'aggiunta di altri 2 casi avvertiti tra i sinistrati dell'I. N. A. la sopravvivenza degli affetti di Tm della Pd. Dopo avere illustrato il particolare comportamento di detti tumori, che non si possono con precisione prognostica classificare in benigni o maligni, conclude riportando la media di sopravvivenza per ogni singolo tipo di tumore riferendosi però sempre al tipo di intervento operatorio.

BIBLIOGRAFIA.

- MAC FEE: *Annales of Surgery*, 109, n. 4, aprile 1939.
 MAGGI: *Archivio Italiano di Chirurgia*, n. 4, novembre 1937.
 MARTIN: *Archives Surgery*, 1938, Vol. 36, n. 1.
 VAN VIERSSEN TRIP: *Bruns Beitrage zum klinischen chirurgie*, tom. 165, n. 1, 1937.
 STEIN et GESCHICKTER: *Archives of Surgery*, 1934, n. 3.
 TRUFFERT: *Accademia di chirurgia di Parigi. Presse Médicale*, 1939, n. 56.
 HARTMANN: *Accademia di chirurgia di Parigi. Presse Médicale*, 1939, n. 38.
 LÉRICHE: *Accademia di chirurgia di Parigi, Presse Médicale*, 1939, n. 7.
 ROUX BERBER et JADLOVSKY: *Presse Médicale*, 1936, n. 26.

eccedenza notevole del tronco sugli arti e distribuzione della massa corporea in senso orizzontale più che verticale; spesso sono forti mangiatori.

Le tendenze patologiche che interessano la nefrolitiasi sono quelle del ricambio, che si fa più lento in tutti i suoi processi e che associato ad iperalimentazione può condurre a manifestazioni di polisarcia, di pletora, di gotta. Più importante per le associazioni della malattia, sono le così dette diatesi litogene, in cui si ha formazione di calcoli oltrechè renali, anche biliari.

Si ha cioè spesso in questi soggetti, anche se non ammaleranno mai di calcoli, l'eliminazione con le urine di ossalati, di fosfati e di urati, ed in casi più rari di cistina.

L'ossaluria è il fenomeno di una precipitazione abituale di ossalato di calcio nelle urine, per lo più indipendente dalla introduzione normale od aumentata, e quindi dall'aumento dell'ac. ossalico nel sangue: l'eliminazione della sostanza si ha anche quando i soggetti sono tenuti privi di cibi che contengono ac. ossalico preformato. La fosfaturia non è dovuta ad aumento di eliminazione del fosforo, ma ad una abnorme alcalinità delle urine dovuta a varie ragioni, come le fermentazioni ammoniacali della vescica causate da alcuni germi, la scarsa acidità urinaria da ricca alimentazione vegetale, e forse da uno stato di dispersione dei colloidi urinari: questo insieme di cause produce la precipitazione dei fosfati. L'uraturia si ha quando, dopo il raffreddamento precipitano nelle urine l'a. urico e gli urati a formare il così detto sedimento laterizio; quando tale fatto sussiste sempre in un soggetto, indipendentemente dagli stati febbrili, da cardiopatie scompensate, m. di fegato, ecc., l'uraturia soprattutto, costituisce una stigmata di alterata composizione chimico-fisica urinaria, una anomalia che predispone alla formazione di calcoli uratici nei reni e altre sezioni delle vie urinarie. La cistinuria si ha quando si ritrovano nelle urine cristalli di questa sostanza, che è uno dei prodotti di scissione delle proteine.

Queste diatesi litogene assai spesso presenti nei brachitipi, costituiscono certamente dei punti di partenza della nefrolitiasi, di natura endogena: con l'andare del tempo le precipitazioni delle sostanze possono aumentare al segno da dare luogo a calcoli veri e propri.

Cosicchè il problema etiopatogenetico si ripromette di indagare il perchè di queste anomalie in questi soggetti, la ragione per cui in alcuni si ha la malattia ed in altri no, e perchè in alcuni dei soggetti, in cui la stigmata di ossaluria, ecc., è assente si manifesti ciò nonostante la nefrolitiasi.

Pertanto potremo riconoscere che le cause generali (tra le quali l'alimentazione, l'iperalimentazione, il clima, ecc.) che una volta erano considerate di capitale importanza nel determinismo della malattia, possono riacquistare importanza se ravvisiamo in esse una spina irritativa capace di far sì che

l'anomalia congenita costituzionale si aggravi fino a determinare la formazione dei calcoli.

L'introduzione in eccesso nell'organismo di sostanze, o per iperalimentazione incongrua o per cura, che poi si trovano come componenti dei calcoli renali, ha condotto gli AA. a studiare il problema, pare con risultati interessanti.

L'alimentazione perciò dovrebbe avere un ruolo non trascurabile, nella patogenesi della malattia.

Tra le cause generali non può essere taciuto il fattore infettivo, che già ammesso pacificamente nella calcolosi secondaria, comincia ad essere riguardato come importante, specie quando esiste anche nella calcolosi primaria.

Gli stati infettivi generali (tifo, colibacillosi, sepsi) in cui si eliminano germi attraverso l'emuntorio renale, e quelli locali del rene e della pelvi (ascessi renali, pieliti) forse potrebbero preparare il terreno per la formazione di calcoli renali associati o no ad anomalie costituzionali (fosfaturie, ecc.) ed altri fattori.

Circa la patogenesi del calcolo, superata la teoria del catarro litogeno (che EBSTEIN ha cercato di riesumare pensando che l'aumento dell'acido urico nelle urine provochi uno sfaldamento dell'epitelio dei calici e dei tubuli i cui residui sarebbero i nuclei di origine dei calcoli, per la quale teoria occorrerebbe che in ogni calcolosi coesistesse aumento di acido urico, fatto invece che non si verifica) oggi prevale la teoria chimico-fisica della precipitazione dei colloidi e dei sali.

Si pensa cioè ad un turbamento di equilibrio tra i colloidi ed i cristalloidi urinari. ORD pensa che i cristalloidi urinari presenti nelle urine in soluzione soprasatura precipitino assorbendo i colloidi. LICHTWITZ sostiene che i primi a precipitare siano i colloidi, e che successivamente i sali disciolti nelle urine precipiterebbero a loro volta. ASCHOFF e KÖHLER contestano tale teoria e condividono le idee di ORD. Una riprova sperimentale, della protezione dei colloidi sui cristalloidi, si può avere nel fenomeno osservato che per mantenere soluti in acqua distillata degli urati e dell'acido urico in percentuali eguali a quelle delle urine normali, è indispensabile la presenza di un colloide.

La teoria fisico-chimica suscitata può spiegare la formazione del calcolo: quanto alle cause della rottura dell'equilibrio tra colloidi e cristalloidi, si può pensare probabilmente ad una di quelle già citate, esterne od interne: fra le cause esterne già dicemmo dell'alimentazione, specie se questa possa far introdurre in eccesso delle sostanze come il fosforo, il calcio. Da indagini eseguite da FLOCKS sopra malati di calcolosi renoureterale sottoposti alternativamente ad una dieta povera di calcio e di fosforo (gr. 0,30 e 0,80 rispettivamente per giorno) e ad una dieta ricca di questi due elementi (gr. 2,40 di ognuno per giorno), risulta che in questa ultima il conseguente aumento della concentrazione urinaria del fosforo e del calcio è capace

di turbare l'equilibrio colloidale delle urine e ciò potrebbe dar luogo a calcoli.

Sono pure interessanti le osservazioni fatte in America su pazienti ammalati di ulcera gastrica e sottoposti a cure intense di alcalini. Nelle urine di questi malati si trova aumento del peso specifico e raddoppiata escrezione di sostanze solide, ed un Ph nettamente alcalino. KEISER, SNAPPER e POLAK, sono arrivati a produrre sperimentalmente calcoli urinari in animali con l'aggiunta di forti dosi di carbonato ed ossalato di calcio alla loro nutrizione.

Accanto a questi esperimenti condotti sugli animali il cui valore può essere relativo, meritano menzione alcune osservazioni fatte sull'uomo. Così nella clinica di Chicago dall'esame di 505 nefrolitiasici, risulta che 43 avevano presentato sintomi netti di ulcera gastrica e 34 di essi avevano fatto intense cure di alcalini; inoltre altri 13 sofferenti di turbe gastro-intestinali erano stati trattati pure con alcalinoterapia; complessivamente cioè 56 nefrolitiasici erano stati sottoposti alla terapia alcalina, il che rappresenta una percentuale dell'11 %.

Senza scendere a dettagli anatomici sulla formazione e sull'accrescimento dei calcoli urinari, nel campo della assicurazione vita importa ricordare le complicità e le successioni morbose che essi provocano a seconda della loro dislocazione lungo le vie urinarie. Così un calcolo del bacinetto, specie se è sufficientemente piccolo, può essere eliminato all'esterno, dopo aver determinato una colica più o meno violenta: se si arresta lungo l'uretere, dà luogo alla calcolosi ureterale; se si ferma in vescica produce la calcolosi vescicale secondaria. I calcoli di grosso volume possono invece dimorare a lungo nel bacinetto talvolta senza recare fastidi gravi anche per lungo tempo.

Se si ferma lungo l'uretere, quando il calcolo è molto piccolo, non si ha neppure ostruzione del lume, che rimane in parte pervio e può assicurare lo scarico dell'urina in vescica.

Se invece è di grandezza sufficiente, si ha l'ostruzione più o meno completa dell'uretere, e le condizioni propizie all'instaurazione di una idronefrosi del rene; il bacinetto si dilata e si distende per il ristagno dell'urina che non riesce più a defluire attraverso l'uretere in vescica.

La stasi comprime il parenchima renale, le piramidi dapprima si appiattiscono (per la pressione dell'urina e per lo stiramento dei calici dilatati che ne fanno aumentare il diametro trasverso e diminuire quello longitudinale), poi si incavano; si ha quindi la progressiva diminuzione della sostanza corticale e midollare, fino alla trasformazione del rene in un sacco gibboso a pareti sottili, in cui può essere scomparsa ogni traccia di tessuto nobile: i setti che producono le prominenze nell'interno del sacco sono i resti delle colonne di BERTIN e vasi sanguigni ingrossati.

La sacca se assume un grande volume può rompersi e produrre lo scollamento della capsula adiposa e costituire la così detta idronefrosi pararenale.

Il contenuto della sacca è urinoso dapprima, poi perde tale carattere per riassorbimento di urina da parte dei linfatici trasformandosi in liquido albuminoso. Se un'infezione perviene ad attecchire nella sacca, il suo contenuto può farsi purulento e dare luogo a quella entità morbosa che dicesi idropionefrosi renale.

Calcoli molto piccoli vengono eliminati anche all'esterno: quando però si arrestano lungo l'uretra possono dar luogo alla anuria meccanica o riflessa con tutte le funeste conseguenze che tale sindrome produce, se non si interviene a tempo con adeguata terapia.

I calcoli giunti in vescica tendono ad accrescersi per ulteriori apporti di sostanze quali ossalati, urati, cioè di quei cristalli di cui sono già stati composti in precedenza, ma talora assumono anche una composizione mista, e naturalmente producono sulla mucosa vescicale fatti patologici che vanno da un semplice traumatismo di contatto con sintomi funzionali di disuria, stranguria, ecc. fino al determinismo di infezioni vescicali, cioè di cistiti, di emorragie, di piuria vescicale; e ciò però esula dal nostro campo.

Quanto alla sintomatologia della nefrolitiasi, al medico di assicurazione non interessa il quadro classico della colica che conduce assai spesso con sicurezza alla diagnosi, ma le altre modalità del dolore che rivestono un'importanza maggiore per il nostro argomento, cioè le manifestazioni di dolore, diciamo così cronico e che assume tonalità varie ed importanti da studiare.

Sappiamo che il dolore lombare, quello che i profani chiamano « dolore alle reni » ha una quantità di cause, tra le quali una è rappresentata dalla presenza nel bacinetto renale di calcoli. Alcuni pazienti affetti da nefrolitiasi, pur senza aver mai avuto coliche, si lamentano di dolori lombari, senza alcuna caratteristica speciale, o sempre presenti, o che appaiono ad intervalli in ispecie dopo fatiche fisiche (lungo cammino, passeggiate in mezzi vari di locomozione, cioè in dipendenza da quelle cause che sono anche patogenetiche della colica). I dolori sono localizzati a livello della dodicesima costa o più avanti, talora agli ipocondri.

Se vi sono irradiazioni, si hanno verso la spalla omolaterale, o anteriormente all'addome, alla radice delle cosce, al perineo, alle regioni glutee, all'ano. Anche l'epigastrio può essere uno dei punti di irradiazione e talora una nefrolitiasi estrinsecantesi con simile fenomenologia, con vomiti e con nausea, è stata etichettata come ulcera gastrica.

Talvolta il dolore può assumere la fisionomia del dolore da lombaggine, da mialgia, da rachialgia e con la sua lunga

durata induce anche posizioni anormali del corpo, che hanno significato di posizioni antialgiche, con tronco piegato da un lato in avanti.

Un criterio abbastanza valido per l'attribuzione di tale fenomenologia alla nefrolitiasi è quello già accennato della tendenza ad insorgere o ad accentuarsi dopo viaggi a cavallo, in bicicletta, in treno, o dopo fatiche fisiche varie.

Questi sintomi subiettivi così poco appariscenti, che sembrano avere scarsa importanza, non sono presi talvolta nella considerazione che invece essi meritano. Essi rappresentano netti segni di sofferenza dell'organo per la pressione del calcolo e per la lieve flogosi reattiva del bacinetto, invece i dolori renali, sono spesso nell'anamnesi raccolta in occasione della visita di assicurazione, frettolosamente analizzati ed attribuiti ad una causa più che dubbia.

E' anche difficile, nei pazienti che dichiarano di aver sofferto di una colica renale non chiara e senza sintomi classici, valutare il rischio, e decidere se debba presumersi o no una nefrolitiasi. Concorrono a delucidare alquanto il dubbio la costituzione del soggetto, il gentilizio e le diatesi già menzionate.

Anche un'entità morbosa come l'idronefrosi può essere, in qualche periodo, povera di sintomi obbiettivi e subiettivi e manifestarsi con dolori lombari e disturbi urinari che per qualche tempo neanche attirano l'attenzione del malato. E' ovvio che in questi casi l'esame obiettivo dei reni deve essere quanto mai accurato.

L'ispezione può far notare qualcosa; in caso di idronefrosi voluminosa la palpazione ci dirà se il volume del rene è aumentato, e se palpandolo se ne desta la dolorabilità.

Nel caso della nefrolitiasi in stato di latenza possono essere importanti i punti dolorosi più noti, che se presenti, debbono confermare o far nascere il sospetto della malattia: intendo dire dei punti costo-vertebrali di GUYON, al disotto della 12^a costa, nel punto di unione con il rachide, e costo-muscolare di GUYON al disotto dell'ultima costa ove si attacca la massa muscolare lombare. Anche la manovra di GIORDANO, se presente, può avere valore: è bene esplorare anche le eventuali dolenzie dei punti pielici ed ureterici.

Dopo la valutazione dei segni subiettivi e obbiettivi che un paziente può presentare, occorre dire dei segni urinari della nefrolitiasi, che oltre ad essere presenti nei casi chiari della malattia, con coliche già ripetutesi per varie volte, possono essere presenti in certe fasi latenti del suo decorso.

Non rara è l'albuminuria che può aversi in quantità di tracce più o meno evidenti fino al 0,50‰ e che se non ha valore assoluto di per se stessa, lo acquista quando si inquadra con altri segni che il soggetto presenta.

L'ematuria, dopo colica renale, è sempre presente, ed è provocata dalle abrasioni che producono i calcoli nella pelvi,

nell'uretere e può essere macroscopica. Nel nostro caso è per lo più intermittente, microscopica ed appare più spesso dopo le cause provocatrici di dolore.

La piuria non è sintomo obbligato, ma può verificarsi in quantità minima come espressione di infezione urinaria; ne parliamo già come una delle cause predisponenti alla calcolosi dell'apparato urinario sia del rene, come della vescica.

I segni urinari riflessi sono costituiti da pollachiuria, stranguria e anuria (riflessa e vera).

Nello stato di latenza è talora presente la pollachiuria, cioè il bisogno di urinare spesso in stretta connessione con i movimenti corporei con gli strapazzi e con l'accentuazione dei dolori già esistenti o il loro insorgere *ex novo* con le irradiazioni solite.

La stranguria e l'anuria seguono talora alla colica.

Cosicchè in una calcolosi latente i dolori con i caratteri descritti ed eventualmente estrinsecantesi nei noti segni semiologici, l'albuminuria, l'ematuria, la piuria, la pollachiuria, possono indirizzare il pensiero ad una nefrolitiasi, sì da ricorrere per la delucidazione del sospetto diagnostico, all'indagine radiologica semplice o con mezzo di contrasto.

Naturalmente i sintomi subiettivi ed obbiettivi ed i segni urinari non si trovano nè riuniti sempre insieme, nè tutti presenti, ché allora la diagnosi potrebbe essere semplice e chiara. D'altra parte però anche se uno soltanto di essi è presente, richiede alla mente del medico la sua spiegazione, e viene, per questo solo fatto, ad assumere un valore essenziale, perché lo induce a fare ampie ricerche per studiarne la genesi.

Questo deve avvenire sia nella medicina interna comune, sia nella medicina di assicurazione. La diagnosi, se sono presenti i sintomi elencati e tanto più se si ha notizia di coliche, non è difficile.

Più delicata è invece quando una ematuria isolata deve essere attribuita a calcolosi.

La tubercolosi renale può mentire una nefrolitiasi, sia con la sua fenomenologia dolorosa, sia con l'ematuria microscopica, almeno ai suoi inizi, allorchè non sono ancora presenti quei segni vescicali della tubercolosi renale (stranguria, disuria) derivanti da cistite tubercolare, che attirano dapprima l'attenzione del paziente e del medico. Nella tubercolosi è però sempre presente la piuria, che è per lo più acida ed è priva di germi, e l'ematuria che è più abbondante: l'ematuria e la piuria sono sempre accoppiate, il che ci fa distinguere la sindrome, perchè nel caso di nefrolitiasi latente, la piuria per lo più manca.

Anche i neoplasmi renali possono entrare in discussione, ma le loro ematurie sono imponenti e gli altri caratteri della malattia rischiarano il diagnostico. Sia i neoplasmi che la tubercolosi possono dare episodi dolorosi a forma di colica per migrazione di coaguli sanguigni attraverso l'uretere.

L'esame radiologico è però probativo nella nefrolitiasi e spesso in una gran parte di casi, anche l'esame diretto riesce a mettere in evidenza i calcoli: la loro composizione li rende opachi ai raggi X, se si eccettuino quelli di urati piuttosto trasparenti, che però sono talora opachi perchè composti oltre che di acido urico, anche di carbonato di calcio. Una lastra che riesca negativa, non basta naturalmente ad escludere la calcolosi, perchè certe concrezioni, come quelle di cistina, possono essere trasparenti.

Purtroppo i mezzi di contrasto quali l'uroselectan, non possono essere adoperati in medicina delle A. V. per cui può permanere il dubbio diagnostico.

Se la lastra diretta è positiva per ombre di calcoli, occorre discriminarle da una quantità di processi cronici a carico della cute, del sottocutaneo (linfoghiandole calcificate, ecc.) dello scheletro (esostosi dell'osso iliaco, ecc.) dei reni stessi (come focolai tubercolari calcificati) ecc., dell'apparato genitale femminile (cisti ovariche e fibromi calcificati).

Secondo alcuni AA. una radiografia diretta dei reni eseguita correttamente può far vedere i calcoli nel 95% dei casi: i calcoli ureterali sono difficilmente visibili perchè le loro ombre si confondono spesso con quelle del bacino. Occorre radiografare tutto l'apparato urinario e non limitarsi alla radiografia di un solo lato, dove per esempio, il soggetto avverte dolore, perchè la litiasi renale come si sa, è spesso bilaterale.

Riguardo le complicazioni della malattia, abbiamo già accennato alla idronefrosi tratteggiando l'anatomia patologica; si tratta di una lesione che compromette spesso irrimediabilmente l'organo e a noi interessa soltanto quella consecutiva a calcolosi renale; in tal caso se il rene colpito, ha l'adelfo sano e le lesioni sono avanzate, la maggior parte dei chirurghi preferisce asportare il rene. L'idropionefrosi, è una complicazione ancora più grave della nefrolitiasi, caratterizzata dalla frequenza di coliche, senso di peso al fianco, piuria con germi nelle urine (b. coli, b. colisimile, stafilo e streptococchi) e crisi di ritenzione che conducono a manifesti segni di tossiemia. La gravità di tali successioni morbose come pure la frequente rottura dell'idropionefrosi è ovvio che sono di competenza chirurgica se le condizioni dell'altro rene non lo impediscono.

Una complicanza che può presentarsi nella nefrolitiasi semplice, quanto in entrambe le successioni morbose surricordate, è l'anuria. Essa va tenuta presente nella valutazione del rischio in A. V. perchè non esistono elementi obbiettivabili per poterla prevedere e se spesso la crisi risolve con cura medica, ciò non sempre accade, anzi qualora non ne venga rimossa la causa, conduce a morte per uremia.

Le infezioni, cioè le pieliti, le cistopieliti, sono altre complicazioni che possono pure portare a morte il paziente.

A prescindere poi da queste complicanze, anche le nefrolitiasi semplici, possono col permanere dei calcoli nella pelvi, portare ad una atrofia del parenchima dell'organo, nelle forme bilaterali e condurre così all'uremia.

La prognosi della calcolosi di per sè è buona poiché in assenza delle successioni morbose e delle complicanze ricordate, può essere compatibile con una vita anche attiva del malato, che è soltanto immobilizzato di tanto in tanto a letto da una colica; diventa cattiva o riservata, con la comparsa delle complicanze e successioni morbose di cui abbiamo già detto.

Nel chiudere questa rassegna non dobbiamo dimenticare le recidive false e le recidive vere. Le recidive false sono dovute a calcoli o frammenti di essi che non vengono asportati durante l'intervento, specie quando i calcoli erano profondamente innicchiati nei calici o in qualche recesso dell'organo e che l'esame Röntgen diretto, subito dopo l'operazione avrebbe svelato.

Le recidive vere sono dovute a nuova formazione di calcoli pur dopo l'asportazione completa di essi. La loro frequenza è varia: CABOT ha trovato all'Osp. Gen. del Massachusset, il 56% di ricadute dopo nefrotomia ed il 51% dopo pielotomia; BARNEY trovò il 32% di recidive e l'esecuzione di radiogrammi dopo interventi gli diedero la presenza di calcoli nel rene operato, in 9 casi su 29 (cioè il 45%); BRAASCH e FOULDS nel 1924 rilevarono il 10,79% di recidive nella Clinica Mayo. OPPENHEIMER nel 1937 trova il 14,9% di recidive dopo pielotomia, il 32% dopo pielonefrolitotomia, il 29% dopo nefrotomia.

Come causa di recidiva i chirurghi hanno richiamato l'attenzione sull'infezione delle vie urinarie; BRONGERSMA trova recidive in misura del 3-6% in assenza di infezione; del 27% con infezione lieve e del 50% con infezione grave. ROVSING trova il 60% di recidive se l'infezione è sostenuta dai germi che trasformano l'urea in ammoniaca favorevole alla precipitazione dei sali alcalini nelle urine.

Frequente è la stasi urinaria trovata nel 72% delle recidive alla Clinica di Cleveland e causata da restringimenti post-operatori degli ureteri. Il trauma chirurgico favorisce pure la nuova formazione dei calcoli, forse in conseguenza delle alterazioni apportate nei calici per estrarre le concrezioni, della formazione di coaguli sanguigni, e di nuovi nuclei organici cui attorno possono stratificarsi i cristalloidi urinari.

I nefrolitiasici che non risentono benefici dalla cura medica vanno affidati al chirurgo, quando le coliche si fanno frequenti e violente, si accompagnano ad ematurie ostinate e nei casi di incuneamento di calcoli nell'uretere, fenomeno che può portare facilmente all'idronefrosi, alla pionefrosi ed a gravi pieliti e pielocistiti.

Degli interventi il più usato è la pielotomia che la maggior parte dei chirurghi applica per asportare i calcoli. La nefro-

tomia è più adatta in casi di calcoli che si addentrano nel parenchima, specie se sono coralliformi; è però un intervento più pericoloso e che espone ad emorragie tardive. La nefrectomia infine si pratica in caso di nefrolitiasi settica e nei casi di atrofia del parenchima (previo accertamento preoperatorio dello stato anatomico e funzionale dell'altro rene) in cui il rene è trasformato in un sacco contenente dei calcoli, e nei casi di idronefrosi e pionefrosi che lo richiedono.

Per trarre delle conclusioni che possono servire ai fini della medicina delle assicurazioni vita, pensiamo che nel raccogliere l'anamnesi degli assicurandi, oltrechè informarsi se essi hanno sofferto di coliche renali, bisognerebbe indagare se soffrono di insidioso dolore lombare, con le caratteristiche che abbiamo illustrato, ed in caso affermativo, dopo gli esami di laboratorio sarebbe assai utile richiedere un esame Röntgen diretto, e possibilmente con mezzo di contrasto.

Le ricerche volte all'accertamento della malattia dovrebbero essere estese, qualora esiste un sospetto anamnestico, a quelle albuminurie di cui troppo raramente viene indagata la causa. In tal modo avendo appurato la genesi dell'albuminuria ne risulterebbe grande utilità per la valutazione del rischio tarato; un uguale accertamento dovrebbe essere richiesto per gli assicurandi che si presentano con ematuria microscopica, senza altre sofferenze renali ed in quelli che accusano disturbi della diuresi e della minzione.

L'ematuria è talora l'unico segno di una calcolosi e quando è microscopica, con buone condizioni generali del soggetto, può far escludere, sebbene non in modo certo, la tubercolosi renale e i tumori maligni del rene. Il tipo di costituzione dell'assicurando avrà pure la sua importanza specie se apparterrà alla 3^a costituzione del DE GIOVANNI.

Gli assicurandi operati di nefrotomia, di pielotomia, e di nefrectomia, vanno pure esaminati per l'evenienza delle recidive con speciale attenzione.

Non riteniamo si possano comunque accettare gli operati che presentano recidive, allorquando si dimostra radiograficamente la formazione di calcoli dal lato sano o dallo stesso lato, già operato.

Ci sembra utile dunque insistere sul fatto che un certo numero di casi di calcolosi latente possano venire diagnosticati dalla visita medica di assicurazione, con lo studio della costituzione del soggetto, di una sua accurata anamnesi ed esame obiettivo, del reperto urinario, cui sarà da aggiungere l'azotemia e l'esame radiologico ottenuto per via diretta.

Tali indagini debbono essere praticate sempre in quei casi in cui l'assicurando, fortemente sospetto di calcolosi, cerca di nascondere o sminuire il quadro clinico della propria malattia perchè non raramente tali soggetti sono portatori delle forme più avanzate o complicate.

E' ovvio pure che le tarature stabilite per la calcolosi devono essere ritenute crescenti anzichè costanti, dato che il decorso della malattia, tende nella maggior parte dei casi, all'aggravamento o allo stabilirsi di complicazioni. A questi casi si aggiungono quelli di soggetti che muoiono per uremia da atrofia semplice bilaterale del parenchima renale. Solo dopo diversi anni dall'intervento, in assenza di recidive il rischio potrà essere considerato tarato in forma decrescente.

Tra le schede dei sinistri dell'I. N. A. per calcolosi renale, nel Portafoglio Ordinario abbiamo riscontrato dal 1926 al 1941 soltanto un numero esiguo di casi di tale malattia che ascendono in tutto a 73 fra uomini e donne, in cui queste ultime sono rappresentate soltanto da pochi casi. Si tratta però di individui morti, come mostra la tabella, in età non avanzata.

TAB. 1.

30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 e oltre
7	8	11	14	12	14	5	2

La maggior parte sono morti in età (51 soggetti) dai 40 ai 59 anni: 15 dai 30 ai 39 anni e 7 soltanto dai 60 ai 61 anni ed oltre. Ciò dovuto alla frequenza delle polizze Miste, nelle quali l'assicurato viene a maturare la polizza in età poco più che matura; pertanto la maggior parte dei calcolosi soggetti alle complicate mortali che si verificano nella maturità inoltrata e nella senilità, sfugge alla nostra statistica.

Come si vede anche la nefrolitiasi insidia la vita nell'età media; ed ancora riteniamo che qualora l'esposizione del rischio fosse costante, le cifre per le età presenti sarebbero in aumento. La professione sembra convalidare a riguardo della distribuzione delle varie categorie professionali fra gli assicurati, quello che si sa sugli inconvenienti della vita sedentaria, predisponente alla calcolosi; infatti oltre il 60 % dei sinistri è stato riscontrato tra commercianti, impiegati e professionisti liberi nei quali non sono rari gli eccessi alimentari, e la vita sedentaria.

La scarsità del materiale non ci offre dati probativi sulla costituzione del soggetto, sul gentilizio e sull'anamnesi personale.

TAB. 2.

Agricoltori	5	Personale subalterno	1
Industriali e commercianti	17	Forze armate	4
Venditori in genere	4	Impiegati	14
Operai	5	Professionisti liberi	15
Personale F. S.	1	Proprietari benestanti	2
Personale fatica e servizio	1	Professionisti vari	4

Dalla nostra casistica le cause ultime determinanti la morte, risultano dovute alle seguenti complicanze: l'uremia da anuria e da cause non specificate, l'idronefrosi semplice ed infetta, le infezioni dell'apparato urinario generalizzate a un solo rene (ascessi pararenali e renali). L'ematuria imponente dopo colica e forse anche intervallare, ha dato 3 casi con anemia secondaria e probabile collasso circolatorio durante le crisi dolorifiche; gli interventi operatori hanno determinato 5 casi di morte, come appare dal seguente prospetto.

TAB. 3.

morte post- operatoria	}	nefrotomia e		uremia		colica ed ematu-	
		nefrectomia 4		8		ria 3	
		embolia post-		infez. gener. ap-		5	pielocistite 2
		operatoria 1		par. urinario		4	pielite purulenta 2
		idronefrosi 13		idronefrosi		4	ascesso pararen. 1
colica renale 12	anuria	4	ascesso renale 1				
pielonefrite 9	non specificate	4					

L'anuria e l'uremia contano 4 e 8 casi rispettivamente; le notizie non specificano le circostanze in cui esse sono insorte, ma possiamo intuirle pensando alle calcolosi bilaterali decorse benignamente fino all'atrofia del parenchima renale, e alle anurie riflesse e da ostruzione. Le morti post-operatorie non rappresentano all'incirca che la cifra usuale della mortalità operatoria che si aggira sul 5-7 %.

Abbiamo rapidamente illustrato come i soggetti portatori di calcolosi renale debbano essere esattamente vagliati in occasione della visita di assicurazione, sia perchè l'accertamento della malattia fuori della colica è di valutazione più che difficile se non soccorre l'anamnesi e l'indagine radiologica, sia perchè la prognosi della malattia tende ad aggravarsi col passare del tempo, almeno in certi casi, per lo stabilirsi di pericolose complicanze per la vita.

RIASSUNTO

L'A. si intrattiene brevemente sulla genesi della nefrolitiasi passando in rassegna le più probabili cause determinanti la malattia; richiama l'attenzione sulle forme di dolore lombare cronico che spesso è il solo segno di calcoli renali latenti, ed insiste perchè nella visita agli assicurandi tale dato anamnestico sia indagato ed accuratamente vagliato; pertanto se tale segno viene rilevato, crede che l'esame delle urine diretto a svelare eventuale albuminuria, piuria, ed ematuria microscopica possa, insieme all'esame radiologico anche diretto, far diagnosticare alcuni casi di nefrolitiasi latente.

Accenna poi alle complicanze e alla tendenza che per lo più ha la malattia ad aggravarsi, rilevando che la taratura degli assicurandi che la presentano, debba farsi in maniera crescente.

Le cardioneurosi e la medicina delle Assicurazioni Vita

Dott. FERNANDO MANOZZI
Medico principale dell'I. N. A.

Nell'esercizio della medicina militare, dall'inizio dell'attuale conflitto ad oggi, ho potuto osservare circa 150 casi di sindromi cardioneurotiche in giovani soldati, alla maggior parte dei quali, inviati in osservazione negli ospedali militari, è stato concesso un lungo periodo di licenza di convalescenza od il provvedimento della limitata idoneità.

Purtroppo non sono in grado di presentare, in un convincente studio analitico e critico, la notevole casistica, perché le vicende della guerra non mi hanno permesso di avere a disposizione i mezzi e il tempo per eseguire tutte le ricerche occorrenti ad avvicinarmi con buona approssimazione ad una diagnosi di nevrosi cardiaca pura.

Siccome l'argomento mi avvince da tempo, mi sono dovuto limitare a prendere nota in alcune cartelle, dei dati più salienti dei vari casi, solo alcuni dei quali ho potuto arricchire del risultato di ricerche cliniche e strumentali eseguite successivamente in ambienti ospedalieri, militari e civili.

E' perciò certamente probabile che una imprecisabile percentuale dei casi sia stata esclusa, per gli ulteriori accertamenti, dal novero delle cardioneurosi pure e sia stata invece riconosciuta alla sintomatologia circolatoria una origine organica, che io non avevo potuto apprezzare.

A me però è risultato questo: che l'indagine anamnestica e clinica, in nessuno dei soggetti esaminati ha messo in rilievo momenti etiologici che potessero essere supposti come il punto di partenza di una cardioangiopatia a base organica o sintomi che, comunque, potessero in modo indubbio far pensare ad una lesione strutturale del viscere o dei vasi. Al contrario, i precedenti famigliari e personali erano spesso suggestivi ed i risultati dell'esame generale del malato convincenti per includere la sindrome nel quadro delle neurosi vegetative.

La diagnosi di cardioneurosi pura deve essere però soltanto posta con grande cautela e sempre in via presuntiva, col concorso di tutte le prove e con la esclusione, dopo le più accurate ricerche, di ogni segno riferibile ad una alterazione

organica; anche allora rimarrà pur sempre inesplorata l'ampia zona delle lesioni latenti, il cui silenzio spesso nessuna ricerca, per quanto minuziosa, varrà a rompere.

Ritengo che lo studio delle nevrosi cardiache sia di grande interesse per la medicina delle Assicurazioni Vita, soprattutto allo scopo di tentare la valutazione di un rischio che la vita moderna e l'attuale periodo di guerra rendono anche più frequente.

* * *

E' arduo definire in termini precisi il sistema nervoso vegetativo, delimitandone il substrato morfologico o la regolazione delle funzioni, perchè, nonostante i progressi notevolissimi raggiunti in tale suggestivo campo d'indagini, specialmente in questi ultimi venticinque anni di ricerche cliniche e sperimentali, ciò costituisce ancora oggi una difficoltà insuperabile, perchè non è possibile stabilire un limite tra le strutture e le funzioni neuro-vegetative e quelle del sistema nervoso di relazione, così intimamente connesse tra loro.

BUFANO definisce il s. n. v. « quell'insieme di centri e di vie nervose che regolano tutte quelle funzioni che servono al normale sviluppo e alla normale crescita di tutte le parti dell'organismo; al mantenimento dell'organismo, sia *in toto* sia nelle sue singole parti, nello stato morfologico normale e nello stato normale di equilibrio metabolico, che preparano negli organi della vita di relazione le condizioni più propizie per il pieno esplicarsi di questa e che pongono gli apparati genitali dei due sessi nelle condizioni più opportune perchè avvenga l'accoppiamento, la fecondazione e tutte le altre funzioni inerenti alla propagazione della specie ».

Questa definizione risponde al criterio più logico di differenziazione del s. n. v.: quello funzionale, perchè il criterio morfologico deve essere abbandonato non potendo risolvere il problema dell'appartenenza di un elemento nervoso al s. n. v. Considereremo perciò sempre facente parte integrante del s. n. v., quel raggruppamento di elementi nervosi che regola una determinata funzione di indole vegetativa, anche se l'embriogenesi e la morfologia contesterebbero tale appartenenza.

Evidentemente tale criterio è, in patologia, l'unico da seguire.

L'alterazione funzionale del s. n. v. genera le nevrosi; queste consistono in un aumento od una diminuzione della labilità o del tono delle due sezioni del s. n. v. (vago e simpatico): nevrosi cioè da labilità e nevrosi da ipertonìa: queste abitualmente generalizzate ed a carattere di continuità, quelle a decorso critico variabile ed abitualmente localizzate.

Le nevrosi localizzate sono di gran lunga più frequenti delle altre.

La nevrosi cardiaca è localizzata ma non in senso assoluto, in quanto l'indagine accurata può svelare, in molti casi, squi-

libri neurovegetativi diffusi, consistenti eventualmente in particolari atteggiamenti costituzionali o temperamentali di alcuni settori neuro-umorali.

Di nevrosi pure, si parlava frequentemente in passato, perché non era possibile, con i mezzi di diagnosi allora a disposizione, mettere in evidenza una causa organica scatenante. I progressi compiuti in seguito hanno cancellato dal numero delle nevrosi essenziali molte sindromi che poggiavano invece su alterazioni strutturali di una o più parti del s. n. v., su stati morbosi di ghiandole endocrine, su condizioni di ipersensibilità allergica, su spine irritative organiche che inducono una eccitazione sulle sezioni del s. n. v.

Le nevrosi pure, anche se notevolmente ridotte di numero, esistono però ancora « o meglio esistono casi di nevrosi vegetative in cui, con le ricerche più accurate di ogni specie, fino a quelle anatomo-patologiche o anatomo-istologiche più fini, non si è riusciti a mettere in evidenza una causa organica o una causa estranea al s. n. v. » (BUFANO). Esistono indubbiamente anche nevrosi cardiache pure, nel senso sopradetto.

L'etiologia endogena ha un peso addirittura determinante su alcune sindromi nevrosiche. L'ereditarietà in tutte le forme, sia simile che dissimile, omotopa od eterotopa, è spesso la sola responsabilità di nevrosi vegetative nei discendenti.

Si può senz'altro affermare che in tale campo, vasto e multiforme quant'altri mai, l'ereditarietà è un fattore decisivo, perché il s. n. v. dà l'impronta alla costituzione individuale ed in essa tenacemente si insinua, cementandone le note dominanti strutturali, funzionali e temperamentali.

L'anamnesi dei nevrosici mette spesso in evidenza negli ascendenti o nei collaterali, sindromi o temperamenti affini.

Tra i precedenti ereditari hanno importanza, sebbene in misura diversa, tutte le endocrinopatie ed i vari temperamenti endocrini (il temperamento è nel campo psichico quello che l'*habitus* è nel campo morfologico; questo è la combinazione di alcuni caratteri anatomici prevalenti che conferiscono all'organismo un determinato aspetto morfologico; quello è invece la risultante dei caratteri funzionali che delineano una determinata situazione psichica di reazione all'ambiente). Quasi sempre con una indagine endocrina minuziosa, si riuscirà a poter obiettivamente documentare nei malati di nevrosi vegetative un'anomala funzione di una o di più glandole endocrine.

Si è già detto che è impossibile stabilire una zona di transazione tra s. n. v. e sistema nervoso di relazione, perché si compenetrano e si completano: orbene, questi così intimi e vicendevoli rapporti nervosi sono messi in luce da quei casi in cui l'ereditarietà si fa responsabile con una nevrosi vegetativa delle psicopatie, delle epilessie, delle siringomieli, delle polineuriti, delle sindromi extrapiramidali degli ascendenti.

Nella disamina dei fattori ereditari va anche attribuito indiscutibile valore a tutte le malattie che rientrano nel quadro della diatesi artritica ed è molto frequente il riscontro di nevrosici che denunciano negli antecedenti malattie artritiche, diabete pancreatico, litiasi biliare od altra sindrome morbosa della stessa categoria diatesica: espressioni patologiche di un neurotono vegetativo in posizione di equilibrio instabile, che generalmente si rompe in una crisi da eccitabilità, quale può essere, ad esempio, ritenuta la colica biliare, anche se giustificata dalla presenza di calcoli; infatti molti malati sono da tempo portatori di calcoli senza che mai la presenza di questi corpi estranei abbia drammatizzato il decorso della malattia con gli episodi dolorosi dello spasmo.

Un fattore endogeno di singolare importanza per la patogenesi delle neurosi vegetative è il così detto temperamento allergico.

I soggetti ipersensibili ad alcuni antigeni che possono in essi penetrare attraverso le vie del respiro o per la cute o per il tubo digerente che presentano: orticaria, emicrania, asma anafilattica, coliche da anafilassi dell'apparato digerente, tendenze spasmofile, manifestazioni dermatologiche eczematoidi da allergeni, od altre crisi della stessa natura, sono in genere dei vagotonici con disfunzioni endocrine che i singoli esami possono svelare e sono predisposti, per il loro particolare temperamento umorale, alle neurosi vegetative, anche dell'apparato cardiovasale che è in causa in buon numero delle manifestazioni anafilattiche.

Tra i fattori esogeni acquisiti: i traumi psichici, i traumi fisici, le variazioni della temperatura ambiente e delle condizioni atmosferiche, le intossicazioni e le infezioni, rappresentano i momenti etiologici di più abituale riscontro, quali cause dell'insorgenza delle sindromi nevrosiche.

Però, ad eccezione delle infezioni e solo per la topografia e l'entità di alcuni traumi fisici, se determinano lesioni organiche macroscopiche o microscopiche nei centri nervosi od in uno o più punti delle vie recettorie, connettorie, effettorie dell'arco diastaltico neurovegetativo, con conseguente scatenamento di turbe nevrosiche da eccitamento riflesso; per gli altri fattori esogeni invece, debbono essere invocati, a giustificazione della comparsa delle crisi, costituzione singola e singolo temperamento, perchè una emozione, per quanto viva ed un perturbamento climatico, per quanto brusco e prolungato, *purchè non eccedano i limiti normoreattivi di un organismo sano*, possono solo causare fenomeni transitori, anche se molto pronunciati ed immediatamente appariscenti, in individui i cui componenti anatomici e funzionali, fisici e chimici, endocrini e nervosi, siano armonicamente correlati.

Le neurosi del s. n. v. sono, in definitiva, vere e proprie malattie costituzionali che insorgono per stimoli che sono quasi sempre, se non comuni, certamente innocui per la generalità degli individui.

Ho avuto modo di riscontrare delle nevrosi cardiache in soldati ritornati dalla Russia dopo 18-20 mesi di guerra. In qualche caso poteva indubbiamente ritenersi che l'atteggiamento costituzionale del soggetto avesse risentito esageratamente di momenti emozionali ai quali invece la maggioranza degli altri combattenti aveva risposto soltanto con un fugace turbamento reattivo delle funzioni organiche e della cenestesi; ma dobbiamo considerare la eccezionalità degli eventi di guerra e la inconsueta intensità e frequenza degli episodi che urtano violentemente il s. n. v.; si può avere certamente una risposta inadeguata allo stimolo ma bisogna rendersi esatto conto delle componenti dello stimolo prima di riferirsi al grado della sensibilità costituzionale.

Oserei perciò affermare che, purché transitorie, sindromi nevrosiche possono manifestarsi in soggetti non predisposti se la causa scatenatrice è violenta.

Un ufficiale, sanissimo di corpo e di mente e con un sistema nervoso saldamente equilibrato, è tornato da due mesi dalla Russia con una nevrosi cardiaca molto accentuata per crisi tachicardiche di 130 battute al minuto. A conferma della buona tempra della sua costituzione sta il fatto che la sindrome nevrosica si è andata attenuando di giorno in giorno, dopo il suo ritorno nel riposante ambiente familiare e di essa il paziente è ora quasi completamente guarito; a piena giustificazione invece della sua comparsa, sta il fatto che questo ufficiale è reduce dall'inferno del Don, coi suoi orrori di morte, di gelo e di stenti.

I rapporti di correlazione tra centri corticali e subcorticali e l'influenza psichica sui riflessi vegetativi rientrano nella norma funzionale di ogni organismo e di ogni temperamento ma i soggetti la cui eccitabilità vegetativa è alterata, sono molto più sensibili alla efficienza della corteccia che influisce sugli umori e sui tessuti in modo più decisivo con una amplificazione reattiva delle cariche emotive.

Nella genesi delle nevrosi vegetative il fattore emozionale od ideologico, è di grande importanza: i nevrosici sono dominati dalla esagerata eccitabilità del loro s. n. v., che sembra avere rotto l'armonia che per legge biologica lo inseriva nell'euritmia dell'organismo vivente.

Il nevrosico è dunque, direi per definizione, influenzabile in alto grado da rappresentazioni emotive che gli vengono dall'ambiente o scaturiscono dalla sua personalità, traducendosi in grossolane manifestazioni disfunzionali.

Riferisco due casi che sono stati da me sufficientemente studiati e che ritengo di qualche interesse, oltre che per la

drammaticità dell'episodio critico di uno di essi, anche per il criterio anamnestico che mette in luce l'importanza del fattore ereditario.

CASO I. — Individuo di 19 anni meccanico. Anamnesi familiare: madre sofferente di asma anafilattica, con remissione degli accessi da oltre tre anni. Padre epato-paziente per litiasi biliare confermata all'esame radiologico della colecisti. Un fratello, del 1921, da un anno in licenza di convalescenza per « disturbi funzionali di cuore ».

Anamnesi personale remota e prossima: morbillo e parotite in età infantile. Crisi di asma anafilattica dall'età di 11 anni: gli attacchi si presentavano abbastanza ravvicinati fino all'età di 16 anni, circa una volta al mese, indipendentemente dalla stagione (in primavera erano più prolungati). Da tre anni, le crisi sono esclusivamente primaverili ed iniziano nel marzo per cessare nel maggio (tre-quattro ogni anno). Ogni attacco è preceduto di qualche giorno da un oculorinite, con iperemia delle mucose, lacrimazione, fotofobia, starnuti, abbondante secrezione acquosa nasale. Egualmente da tre anni, da quando cioè gli accessi asmatici si sono raggruppati nella stagione primaverile, il paziente accusa disturbi cardiaci, consistenti in cardiopalmo, senso di costrizione precordiale, dispnea dopo sforzo.

Il militare riferisce che alcuni mesi fa ha sofferto per la prima volta di « forte dolore al petto con violenti colpi di cuore ». Durante l'attacco, protrattosi per alcuni minuti, il paziente ricorda che aveva le mani rattappite in uno spasmo doloroso ed era in preda ad una grande agitazione generale.

Esame obiettivo: individuo longitipo microsplanenico. Cute e mucose visibili tendenti al pallido. Sistema scheletrico bene sviluppato e armonico. Muscoli lunghi, sottili ed a paccilo ventre. Microadenia al collo, alle ascelle e agli inguini.

Dell'esame obiettivo riporto i soli dati patologici e premetto che la tiroide era apparentemente normale e non si apprezzava, all'esame generale, alcun sintomo di tireotossicosi.

Il torace è lungo, simmetrico, con angolo epigastrico acuto. All'ascoltazione, si apprezza soltanto un lieve prolungamento della fase espiratoria e qualche rumore secco di genesi bronchiale. Apparato circolatorio: al quinto spazio intercostale sinistro si vede l'itto puntale del cuore, evidentissimo ed esteso su zona più ampia. Alla palpazione il battito della punta si percepisce molto vibrato; alla percussione, i limiti dell'ottusità relativa, sono all'interno del profilo normale: il limite superiore è al margine inferiore della quarta costa, il destro quasi alla mediosternale, il sinistro tre cm. circa all'interno dell'emilclaveare. All'ascoltazione i toni sono ambedue molto forti ed il primo, su tutti i focolai, anche quelli della base, è impuro e con un accenno di sdoppiamento. La frequenza è di 92 con rispondenza ai polsi delle radiali. In un minuto di ascoltazione in stazione eretta si apprezzano al cuore due extracontrazioni seguite da pausa compensatoria. In decubito supino la frequenza scende a 80 e le extrasistoli compaiono isolate ed a salve (6-8 in un minuto primo). Dopo fatica (15 energiche flessioni sulle ginocchia), la frequenza del cuore e del polso sale a 130 e ritorna ai valori precedenti in circa 5 minuti. La pressione arteriosa oscilla tra i 110 ed i 120 di massima ed una costante minima di 65 (tre misurazioni in 10 minuti: 2 a paziente supino, una a paziente seduto).

Il soggetto, durante il lungo esame eseguito dopo un periodo di riposo ed in ambiente tranquillo, mostra palesi segni di eccitabilità e di irrequietezza ansiosa; durante la misurazione della pressione arteriosa, gli compaiono sul viso e sul torace delle chiazze e delle larghe strie irregolari di arrossamento ed il braccio libero presenta un lieve tremito superficiale diffuso. Il paziente suda abbondantemente dalle ascelle che erano asciutte prima della visita.

A dodici giorni di distanza dalla precedente visita medica, dopo la quale decisi l'invio in osservazione del militare che fu giudicato idoneo ai soli servizi sedentari per «disturbi funzionali di cuore», il paziente mi venne trasportato a braccia da due soldati all'infermeria, in preda ad una violenta agitazione generale.

Presentava *facies ansiosa*, con occhi lucidissimi e fissi ed il volto dai lineamenti stirati per la sofferenza e bagnato di sudore. Un tremito diffuso gli scuoteva tutto il corpo, come ho veduto in Africa rabbrivire i soldati per un attacco di terzana. Le dita delle mani erano contratte ad artiglio e questo spasmo doveva indubbiamente essere doloroso, perchè il paziente si ribellava decisamente alle manovre di distensione delle dita.

Lo feci rapidamente spogliare del tutto; il tremito non accennava a diminuire; il paziente era coperto di sudore. Le dita dei piedi avevano lo stesso atteggiamento di quello delle mani, in spasmo di flessione plantare.

Sensorio vigile, attenzione integra.

Il torace era scosso dal palpito del cuore, che aveva una frequenza di 148. Alla percussione, limite superiore al margine inferiore della quarta costa, limite sinistro sull'emiclavare, destro alla marginale dello sterno (dilatazione acuta del cuore?). Toni vibrati ma puri; nessun rinforzo ai focolai della base; nessuna extrasistole nonostante la lunga ascoltazione.

I rapporti di tempo tra battiti e pause, nonostante la difficoltà dell'ascoltazione di un ritmo così concitato, mi sembravano alterati per l'abbreviamento della grande pausa.

La crisi durava da circa 10 minuti ed aveva colpito il militare mentre traversava il cortile della caserma.

La respirazione era normale, di venti atti respiratori nell'unità di tempo. La pressione arteriosa presentava i seguenti valori: 138 di massima e 75 di minima ad un primo prelievo; 142 e 78 dopo 5 minuti.

L'attacco si risolse in una quindicina di minuti: cuore e polso scesero gradualmente ad una frequenza di 90; il tremito cessò; gli spasmi si risolsero ed il malato ricompose il suo atteggiamento e si alzò dal lettino di visita molto depresso, rivestendosi da solo.

CASO II. — Individuo di anni 25, contadino. Anamnesi famigliare: padre di anni 55 epilettico e inabile al lavoro; una sorella di anni 18 ricoverata in manicomio per schizofrenia.

Anamnesi personale remota e prossima: morbillo, scarlattina, parotite in età infantile; otite media purulenta sinistra a 18 anni; polmonite lobare destra a 19 anni. Dai 10 a 15 anni qualche attacco convulsivo dei quali il paziente non sa riferire alcun dato attendibile. La mamma, interrogata per iscritto, ha dichiarato che il figlio è epilettico ma che le crisi convulsive sono assenti da 10 anni.

Dall'età di 18 anni, il paziente soffre di disturbi cardiaci consistenti in senso di palpitazione, dispnea dopo sforzo, dolori puntori in regione precordiale e, qualche volta, specie quando il cuore si fa soggettivamente presente col cardiopalmo, netta sensazione di dolorabilità a tipo costrittivo, senza irradiazioni.

Esame obbiettivo: soggetto di bassa statura (m. 1,61), di costituzione riferibile al mixotipo di Viola (tipo misto tra le due costituzioni, in quanto non sono prevalse in modo deciso cause che abbiano agito in un senso polare o nell'altro).

Buone condizioni generali di nutrizione e sanguificazione. Scheletro armonico; cute e mucose ben colorite; muscolatura sviluppata, tonica e trofica: micropoliadenia nelle comuni sedi.

Riferisco soltanto i dati relativi all'indagine dell'apparato circolatorio centrale, perchè gli altri sistemi non presentavano segni apprezzabili di deviazione dalla norma. La tiroide non era aumentata di

volume e clinicamente non si apprezzava alcun sintomo che potesse essere riferito a tireotossicosi. (Questo paziente e l'altro di cui ho precedentemente riferito sono stati in seguito sottoposti alle prove di funzionalità neurovegetativa e cardiaca: ne riporterò i risultati in quella parte del presente lavoro dedicata alla diagnosi).

Alla ispezione, la punta si vede nettamente pulsare al quinto spazio intercostale, sull'emiclaveare: pulsazione a carattere sollevante ed estesa su una superficie più ampia che normalmente. La mano che palpa riceve, alla regione dell'itto, un urto molto pronunciato ad ogni sistole. Alla percussione i limiti del cuore non oltrepassano in alto, a destra e a sinistra, le linee di confine fisiologiche di ottusità relativa. All'ascoltazione i toni sono puri e netti: il primo molto vibrato. La azione è concitata. Non si ascoltano rumori patologici né rinforzi sui focolai della base; i rapporti di tempo fra toni e pause sono conservati.

Spiccata aritmia respiratoria.

La frequenza dei battiti del cuore, sincroni al polso radiale subisce durante l'esame notevoli variazioni, entro limiti di tempo molto brevi: nello stesso minuto, controllando ogni 15 secondi, si sale da 90 a 110 e si scende a 85-80.

Questa labilità di frequenza è il dato più caratteristico del cuore in esame. Il paziente è stato riveduto parecchie volte, prima che venisse ospedalizzato in osservazione e mai sono riuscito a constatare due valori di frequenza sovrapponibili.

Anche la pressione arteriosa, misurata di 10 in 10 minuti, oscillava fra i 110 ed i 125 di massima, mantenendosi invece la minima entro limiti meno ampi: 68-75.

Se il paziente veniva invece esaminato in posizione supina, la frequenza del cuore si manteneva intorno agli 80 e la pressione arteriosa saliva a 130-134 di massima, mantenendosi press'a poco intorno a questi valori ad ogni misurazione. In posizione verticale la frequenza del cuore risaliva e la pressione scendeva di 10-20 mm. di Hg.

Questa tachicardia ortostatica, descritta per la prima volta nel 1732 dal BYRON ROBINSON, sembra essere appannaggio degli astenici vagolabili e, in quanto alla sua patogenesi, l'ipotesi più probabile è che, nel passaggio dal decubito supino alla stazione eretta, per l'ipotensione arteriosa e l'astenia circolatoria, si ha un aumento brusco dell'ipotensione e quindi, come riflesso delle zone vasosensibili, la tachicardia (BUFANO).

Il militare in questione è stato assegnato ai servizi sedentari dalla Commissione di osservazione dell'Ospedale Militare per « disturbi funzionali di cuore ».

(continua).

Semeiotica di medicina delle A. V.**Valore dell'indagine radiologica dell'apparato respiratorio per la diagnosi di tubercolosi pleuro polmonare nell'A.V.⁽¹⁾**

Dott. Prof. GIUSEPPE LUCREZI
Medico principale dell'I. N. A.

Per quanto la mortalità per tubercolosi sia diminuita e la vita media del tubercolotico sia di parecchio allungata negli ultimi decenni, pur tuttavia tale malattia incide ancora dannosamente in modo tutt'altro che indifferente sul rischio vita che una Compagnia di Assicurazione corre nei riguardi dei propri assicurati. Tale rischio è stato notevolmente aggravato da quando le Compagnie hanno deciso di accettare in assicurazione anche individui già sicuramente affetti da tubercolosi, sia pur cautelandosi convenientemente dal punto di vista sanitario e finanziario.

Come si comprenderà facilmente il problema industriale viene ad essere eminentemente legato al problema sanitario: trattandosi infatti di valutare e selezionare un rischio futuro, è indispensabile che il medico assicuratore conosca nel modo più esatto possibile quale è il reale stato di salute dell'assicurando all'ingresso in assicurazione; nonchè i suoi precedenti morbosità. Per rimanere nel campo della tubercolosi polmonare, egli deve sapere cioè se il suo assicurando ha sofferto precedentemente di tubercolosi, se ne è affetto al momento dell'ingresso e, nel caso positivo, quale è lo stato anatomo-clinico delle sue lesioni. Ora tutti i medici, e in special modo quelli che hanno approfondito le loro nozioni nel campo della tubercolosi, sanno quali e quante difficoltà offra la diagnosi di questa malattia e sanno anche come sia talora molto difficile pronunziarsi sullo stato anatomo-clinico delle lesioni al momento della visita e sul loro futuro decorso.

Tali difficoltà vengono notevolmente aggravate nella medicina assicurativa.

In questa speciale branca della medicina applicata all'industria non si può prescindere infatti da determinate considerazioni, legate alla necessità della propaganda e allo sviluppo

(1) Tesi di specializzazione in radiologia presso l'Istituto Radiologico della R. Università di Napoli.

della industria stessa. E' da tener presente, innanzi tutto, la particolare mentalità dell'assicurando, persona che — quasi sempre — deve essere invogliata, convinta a contrarre una assicurazione sulla sua vita. Si tratta poi di individui che si ritengono in buona salute e che non sono certo entusiasti di sottoporsi ad una minuziosa visita medica, che reputano inutile. Molto spesso capita di dover visitare questi assicurandi nei luoghi più disparati, come uffici, magazzini, ecc. Condizioni dunque morali ed ambientali certo non ideali per praticare un esame accurato del paziente, quale è quello necessario per stabilire se un individuo è sano od ammalato dal punto di vista respiratorio. Difficoltà tuttavia queste superabili con la pazienza, il tatto, il garbo e soprattutto la valentia tecnica dei medici addetti a tali visite.

Tralasciando tali considerazioni, vediamo ora quali sono i dati utili nella diagnostica della tubercolosi polmonare e come essi possono essere adoperati nella medicina assicurativa.

Anamnesi. — E' difficilmente utilizzabile, per ovvie ragioni, dal medico assicuratore, a meno che non gli sia fornita dal medico di famiglia o dal medico curante (cosa anche questa non facile, né possibile in tutti i casi).

Difficile quindi sapere se l'assicurando ha avuto nel gentilizio casi di tubercolosi, se ha convissuto con persone affette da tale malattia, se egli stesso ha avuto forme chiaramente tubercolari.

Difficile sapere pure, nei riguardi del soggetto, tutta quella piccola sintomatologia subbiettiva, quei dati precisi, che possono essere utilizzati in modo prezioso per la diagnosi, come astenia, anoressia, disordini intestinali, sudorazione notturna, termolabilità, febbricole, algie toraciche specie apicali, facilità ai catarri, scarsa espettorazione mattutina spesso nummulare, come piccole lenticchie, ecc.

Anche sintomi subbiettivi recenti e di non lieve entità possono essere sottaciuti dall'assicurando, non sempre in buona fede.

Nel campo assicurativo quindi non bisogna contare molto sui dati anamnestici, utili se riferiti, e la diagnosi deve essere ricavata essenzialmente dall'esame fisico corredato, ove si ritenga necessario e sia possibile, dall'indagine radiologica.

Abbiamo accennato ad alcune peculiarità e difficoltà della medicina assicurativa; tali difficoltà ed altre facilmente intuitibili, di ordine essenzialmente economico, limitano di molto la pratica di tali esami agli assicurandi.

Non è certo chi non veda il tempo e l'onere che verrebbe a richiedere, da un punto di vista strettamente assicurativo, l'esame radiologico sistematico dell'apparato respiratorio a tutti gli assicurandi anche se tale pratica verrebbe ad essere utilissima; esame clinico e radiologico si integrano infatti nella diagnostica della tubercolosi polmonare.

Indubbiamente però, pur essendo un'indagine radiologica utilissima e spesso decisiva, l'accurato rilievo dei sintomi obiettivi, nulla perde della sua importanza e permette quasi sempre di giungere ad una diagnosi clinica almeno di probabilità, o di sospetto. Un oculato esame fisico rimane quindi pur sempre di utilità fondamentale ed elemento primo di orientamento per ogni ulteriore ricerca.

L'indagine radiologica a sua volta continua l'esame obiettivo, per così dire, in profondità, lo precisa e lo completa in modo quasi sempre decisivo, confermando i reperti semeiologici ed evidenziando talora alterazioni che i sensi umani — e quindi l'esame fisico — non sono in grado di rilevare.

A voler infatti riassumere i decisivi vantaggi apportati dall'indagine radiologica nella diagnostica della tubercolosi polmonare vediamo che tale indagine:

1) in molti casi permette di mettere in evidenza lesioni in zone polmonari non apprezzabili semeiologicamente;

2) permette di rilevare lesioni che anche essendo in zone semeiologicamente aggredibili non danno reperto fisico in quanto troppo piccole o troppo profonde;

3) rileva lesioni che per la tenuità del loro substrato anatomo-patologico o per particolari modalità del loro processo anatomico non danno reperto fisico, come per es.:

a) l'infiltrato precoce, che è un focolaio circoscritto di pneumonite a tipo di pneumonite specifica, che ordinariamente non offre alcun segno alla percussione e all'ascoltazione e in un primo tempo rappresenta un reperto esclusivamente radiologico;

b) forme miliari e specialmente le miliari regionali e la miliare fredda, che possono decorrere senza febbre e senza sintomatologia;

c) alcune lente forme fibrotiche, a reperto fisico muto nelle quali si ha talora, radiologicamente, un aspetto granuloso del tipo quasi miliarico, in alcuni casi con aumento locale o generalizzato della trama;

d) sclerosi apicali, forme fibro-produttive dell'apice, spesso senza alcuna sintomatologia clinica;

e) pleuriti allo stato iniziale e postumi di pleuriti, spesso clinicamente muti, come ispessimenti interlobari, irregolarità della cupola pleurica apicale, delle ombre satelliti, dei seni costo-diaframmatici, ecc.;

f) esiti di lesioni tubercolari come calcificazioni, in alcuni casi fibrosi, ecc.;

4) permette di mettere in evidenza stigmate costituzionali o piccoli segni indiretti di lesioni specifiche, come il cuore a goccia, la precoce ossificazione della 1^a cartilagine costale

(che limita la capacità espansiva dell'apice, FREUND, ecc.), la diminuita escursione di un emidiaframma (come segno precoce di un'affezione pleurica, WILLIAMS), ecc.;

5) permette di rilevare con sufficiente esattezza la sede e l'estensione delle lesioni e, quel che è di grande importanza, la loro qualità, il loro stato anatomico. Ci permette cioè di conoscere se ci troviamo di fronte a degli esiti o a delle lesioni in atto e se queste lesioni mostrano una tendenza regressiva (calcificazioni, fibrosi) o evolutiva (forme essudative);

6) ha il vantaggio, rispetto all'esame fisico, di essere un documento semeiologico obbiettivabile e conservabile nel tempo per utili raffronti.

Non è difficile naturalmente vedere la grande utilità di questi dati di fatto nel campo della medicina assicurativa dove, come abbiamo già accennato, il medico si trova in condizioni di svantaggio, dovendo quasi sempre rinunciare all'anamnesi o alla sintomatologia subbiettiva e contare sul solo reperto fisico, che può essere assente o assai lieve e di dubbia interpretazione; di importanza essenziale poi in campo assicurativo è lo stato anatomico e la tendenza della lesione, in quanto, ed è logico, vengono accettati in assicurazione solo i tubercolotici sicuramente guariti e a distanza di tempo dalla guarigione, in modo che si possa contare sulla relativa stabilità di questa.

A chiarire maggiormente questi concetti riportiamo brevemente alcuni dei casi che abbiamo avuto agio di osservare in questi ultimi anni e nei quali l'indagine radiologica, e solo essa, ci ha permesso di avere un concetto esatto delle condizioni fisiche dell'assicurando.

CASO I. — D'A. Felice, anni 32, commerciante, da Caserta.

Il soggetto aveva già subito una prima visita di assicurazione qualche mese prima e gli era stato riscontrato: « catarro bronchiale a sinistra; lieve infiltrazione apicale progressa ».

Il quesito diagnostico, dal punto di vista assicurativo consisteva nell'accertare se esisteva ancora un catarro bronchiale, che poteva anche essere cronico e di natura specifica, e quale fosse lo stato attuale della progressa infiltrazione apicale. E' chiaro che in assenza di fatti bronchiali e dimostrandosi la lesione apicale non attiva, sclerotica, l'individuo — subito o a distanza di tempo — diventava recuperabile dal punto di vista assicurativo.

L'esame obbiettivo dimostrò un soggetto in buone condizioni fisiche, con lieve sottopeso, senza alcuna nota patologica rilevabile clinicamente all'accurata indagine eseguita, specie per quanto si riferiva all'apparato respiratorio: non si notava infatti alcuna asimmetria toracica, il F. T. V. era trasmesso come di consueto alquanto più marcato a destra, la percussione dava suono schietto polmonare, con normale mobilità delle basi; all'ascoltazione il murmure vescicolare si percepiva come di norma. Sul torace nessuna cicatrice o segno di puntura.

Dati i precedenti patologici del soggetto eseguiamo un'indagine radiologica del torace che mise in evidenza a sinistra un modico pneumotorace con collasso polmonare prevalente nella metà superiore, senza alcun segno di aderenze pleuriche; il polmone collassato lasciava ri-

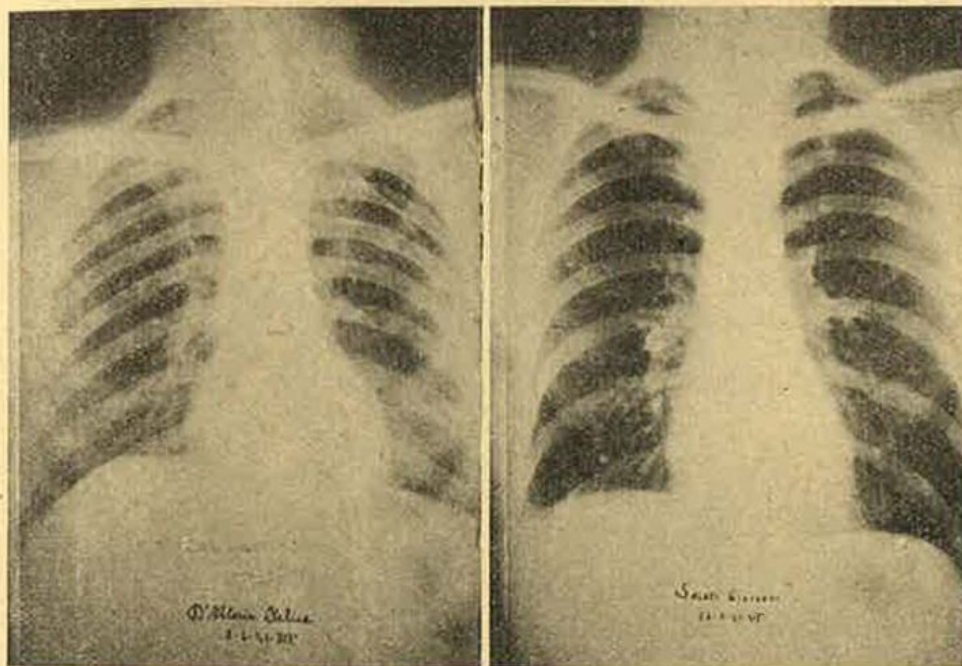
conoscere, in corrispondenza dell'apice, alcune piccole ombre nodulari di opacità netta, senza alone perifocale.

Si trattava quindi di un pneumotorace destro totale, in soggetto con esiti di tubercolosi fibro-nodulare dell'apice dello stesso lato.

In assenza di dati anamnestici e di segni esterni riferibili a punture della pleura noi dovevamo ritenere il nostro pneumotorace come spontaneo. Più difficile stabilire se si era stabilito in modo subdolo, passando del tutto o quasi inosservato al paziente, o no. Certo che in letteratura sono ben conosciuti casi in cui il pneumotorace spontaneo costituisce una sorpresa diagnostica, spesso accidentale, in occasione per es. di controlli per visite militari (Pnx dei coscritti di alcuni AA. francesi), o per indagini, radiologiche sistematiche eseguite in comunità; è noto pure che, in una certa percentuale di casi, tali Pnx spontanei si verificano in soggetti apparentemente sani, privi anche di tare anamnestiche.

Quella che fosse stata la sintomatologia iniziale del p., l'esame clinico non denunciava alcuna nota patologica e il soggetto doveva essere giudicato « normale » dal punto di vista assicurativo, a parte i suoi precedenti respiratori da giudicare in base alla loro data di guarigione.

L'indagine radiologica mise viceversa in evidenza, oltre alle pregresse lesioni apicali, uno stato morboso in atto (pneumotorace), che non permetteva certamente di accettare il rischio.



CASO II. — S. Giovanni, anni 31, salumiere, da Napoli.

Viene al nostro controllo in quanto circa 15 giorni prima era stato colto, a suo dire, da una faringo-tonsillite febbrile con lievi fatti bronchiali. La forma era in via di risoluzione ed al momento della visita il paziente ci dichiarò di avere oramai solo qualche decimo di temperatura, scarsa tosse, lievi algie vaganti al torace, specie a destra.

L'esame obbiettivo fece rilevare tonsille alquanto aumentate di volume e molto arrossate, come tutto il retrofaringe. Sul torace, in corrispondenza dell'apice destro, modiche subottusità, aumento del fremito e all'ascoltazione respiro aspro con qualche rantolo fine. Base destra fissa. Negativo il restante esame fisico.

Per quanto la fissità della base di destra e la febricola portassero la clinica a un forte sospetto di specificità nei riguardi della chiara apicite destra, pur tuttavia non poteva escludersi che questa fosse di natura influenzale e che la fissità della base fosse in rapporto a vecchi fatti pleurici.

Anche in questo caso l'esame radiologico fugò ogni dubbio mettendo in evidenza oltre a varie ombre di calcificazioni (parecchie parailari e una basale a destra) una piccola falda liquida in corrispondenza del seno costo-diaframmatico destro e, all'apice dello stesso lato, irregolarità di trasparenza e alcune ombre nodulari a contorni sfumati; documentazione quindi di un processo tubercolare pleuro-polmonare in piena attività.

In questo caso la diagnosi clinica (apicite con fatti pleurici) era già chiara, ma l'indagine radiologica ci permise innanzi tutto di renderci conto dello stato delle lesioni (essenzialmente per quanto si riferiva a quelle pleuriche) e poi di orientarci bene sulla loro natura.

Dal punto di vista assicurativo il rischio era evidentemente sempre da rimandare; ma, qualora si fosse trattato di una semplice apicite di natura influenzale, sarebbe stato sicuramente ed a breve distanza di tempo recuperabile, mentre, dato lo stato delle lesioni e la loro natura, il caso in esame poteva essere ripreso in esame solo a lunga distanza di tempo e con scarse probabilità di recupero.

CASO III. — S. Giovanna, anni 31, casalinga, da Napoli.

Il soggetto non denunciava alcun precedente patologico e l'esame fisico riusciva perfettamente negativo. L'esame radiologico fu eseguito per misura prudenziale in quanto l'assicuranda si presentava gracile, con forte sottopeso (altezza 1,68, peso kg. 54) a torace ristretto (perimetro sottoascellare nella massima inspirazione cm. 81). L'esame radiologico si dimostrò senz'altro utilissimo in quanto mise in evidenza alcune calcificazioni parailari e un apice destro irregolarmente trasparente.

Stando dunque al solo esame fisico che metteva in evidenza un sottopeso, senza alcuna nota patologica, il soggetto era accettabile in assicurazione, magari con un modesto soprapremio.

L'esame radiologico metteva in evidenza delle note specifiche a carico dell'apparato respiratorio, con ogni probabilità responsabili della magrezza del soggetto e tale reperto permetteva dunque di cautelarsi maggiormente nell'accettazione del rischio.

CASO IV. — R. Giovanni, anni 45, ferroviere, da Torre del Greco.

Il soggetto ci riferiva che nella metà di agosto 1940 era stato colto da un dolore abbastanza vivo alla base dell'emittoce destro, tosse, raucedine, dimagrimento, astenia, non febbre. Qualche giorno dopo si aggiunse ostinata diarrea e febricola. Due sanitari emisero il sospetto di un leggero versamento pleurico a destra e consigliarono un esame radiologico che non fu eseguito.

La sindrome si esaurì in circa 4 mesi, residuando tuttavia, sino al momento della nostra visita (28-8-1941), al paziente una notevole astenia e una modica dolenzia alla base dell'emittoce destro; specie durante i cambiamenti di temperatura.

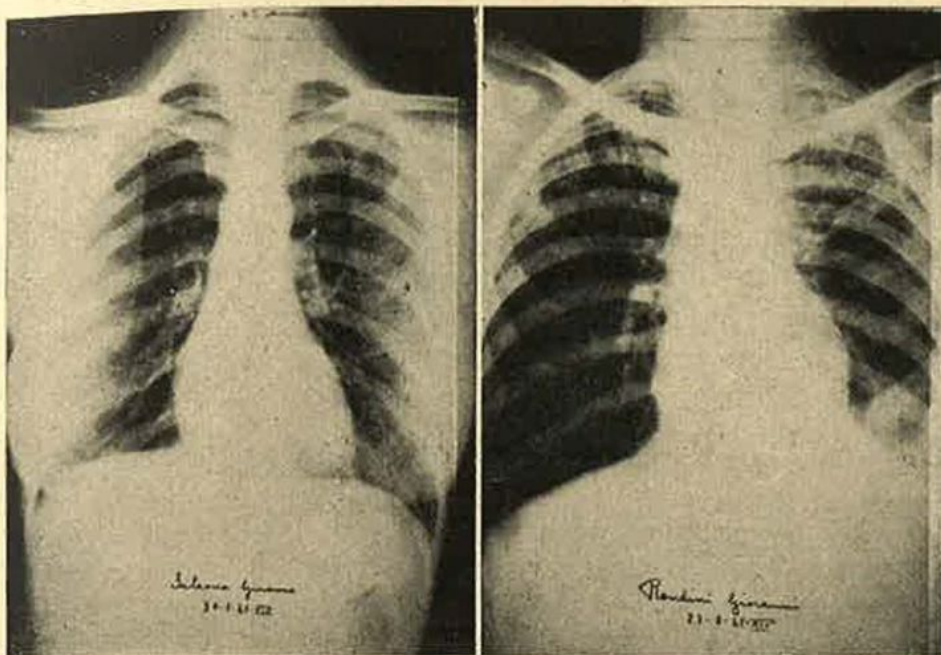
L'esame obiettivo mise in evidenza i segni di un probabile interessamento pleurico alla base di destra (subottusità, diminuzione del respiro, ecc.).

Sul rimanente emittoce destro e nel terzo superiore dell'emittoce sinistro respiro alquanto aspro. Null'altro di obiettivabile.

Anche se i precedenti dell'assicurando indirizzavano decisamente verso una forma tubercolare, restava tuttavia da stabilire se si era trattato solamente di fatti pleurici, attualmente non attivi (null'altro permetteva di diagnosticare l'esame fisico), o se non vi erano state anche lesioni parenchimali, restando allora da stabilire il loro stato attuale

L'indagine radiologica, oltre a confermare il reperto pleurico basale a destra, mise in evidenza a destra una certa ristrettezza degli spazi intercostali, con mobilità respiratoria delle costole un po' diminuita; nel campo polmonare destro e nel 3° superiore dell'emitorace sinistro discreta accentuazione del disegno e presenza di piccoli noduli, per lo più senza o con scarso alone perifocale.

Il soggetto presentava dunque oltre, ai fatti pleurici, anche delle lesioni parenchimali specifiche molto estese.



C'era da tenere presente tuttavia (altra preziosa indicazione radiologica) che le alterazioni del nostro paziente non si mostravano in generale molto attive; le lesioni mostravano anzi una chiara tendenza alla sclerosi e non poteva escludersi che in un domani assumessero un andamento decisamente benigno, dando luogo per es. ad una di quelle forme sclerotiche retraenti pleuro-polmonari che importano una prognosi abbastanza buona « *quoad vitam* » alle volte anche diecine di anni.

L'assicurando quindi poteva essere rinviato temporaneamente, in attesa, sia pure a distanza di tempo, di venire successivamente riesaminato ai fini dell'accettazione in assicurazione vita.

* * *

A questi pochi esempi altri potremmo aggiungerne ma non ci dilunghiamo per non ripeterci.

Crediamo utile richiamare l'attenzione sul fatto che non sempre l'indagine radiologica dell'apparato respiratorio può darci un verdetto categorico, né sempre riveste valore assoluto e decisivo nella diagnostica della tubercolosi polmonare. Noi possiamo infatti trovarci di fronte a dei casi in cui esistono delle lesioni specifiche polmonari che non vengono messe in evidenza radiologicamente. Ciò può verificarsi in vari casi.

Può succedere innanzi tutto che non siano adoperati raggi di lunghezza d'onda appropriata (l'errore si riferisce quasi sempre a un difetto di durezza); radiazioni che non siano abba-

stanza dure non permettono infatti di evidenziare lesioni che sono profonde o mascherate da altre strutture. Altre volte può trattarsi di lesioni non molto estese, indovinate in zone radiologicamente male o affatto accessibili, come i cul di sacco mediastinici profondi, la regione retrocardiaca, quelle zone riparate dietro i piani ossei verso la regione apicale, la lingua polmonare che ricopre l'apice del cuore, ecc. Bisogna dire che a tali inconvenienti si ovvia oggi in modo soddisfacente col perfezionamento degli apparecchi (di potenza molto accresciuta) e della tecnica, nonché con lo studio di tali regioni con radiazioni e proiezioni appropriate; difficilmente tuttavia tali accorgimenti sono eseguibili in una semplice visita assicurativa, a meno di fondati sospetti.

Possono ancora non rivelarsi focolai piccoli che si trovano in pieno parenchima, in quanto sembra, secondo alcuni AA. (BUSI, PALMIERI, ecc.), che solo i focolai più vicini alla lastra lascino su di essa la loro immagine.

La visibilità radiologica delle lesioni tubercolari è infine strettamente legata allo stato dell'infezione e all'entità anatomica della lesione. Quando l'infezione è ancora allo stato di tossiemia o di bacillemia senza chiare localizzazioni polmonari è chiaro che non potrà aversi un reperto radiologico positivo. Come non lo si avrà nemmeno in quelle alterazioni che rappresentano lo stato iniziale della localizzazione bronco-pleuro-polmonare e che non hanno ancora un substrato anatomo-patologico tale da dare un'immagine radiologica, essendo del tutto permeabili ai raggi o come suol dirsi alla soglia dell'opacità. Ciò vale ad es., per le bronchiti semplici senza infiltrazione, per la flogosi pleurica iniziale, per la bronco-alveolite desquamativa che precede, come fase essudativa, l'aggruppamento in noduli. Questi casi danno spesso una sintomatologia subbiettiva abbastanza chiara o tale da indirizzare sufficientemente il medico (dimagrimento, astenia, anoressia, febbre, talora espettorazione — in qualche caso perfino positiva — anche emoftoe). In una certa percentuale di essi l'esame fisico può fornire dei dati utilissimi (reperto, essenzialmente ascoltatorio, bronchiale o bronco-polmonare, ecc.). Sono anzi questi i casi nei quali — a mostrare il rovescio della medaglia — la clinica parla più o meno chiaramente mentre la radiologia tace.

Spesso tuttavia in questi casi iniziali manca tanto il reperto fisico quanto quello radiologico, ed è difficile che il medico assicuratore (per le ragioni già esposte) possa ricavare qualche dato utile dall'anamnesi e dalla sintomatologia subbiettiva.

Tanto questi casi, come gli altri non iniziali senza sintomatologia clinica e a reperto radiologico parimenti non rilevabile (profondità della lesione, sede di essa, ecc.), sfuggono senz'altro alla diagnosi e in una grossa percentuale vengono a rappresentare la parte inevitabilmente passiva nel rischio assicurativo per quanto riguarda la tubercolosi pleuro-polmonare.

BIBLIOGRAFIA.

- BALESTRA: *Sul limite di visibilità dei focolai broncopolmonari*. «Rass. Medica», 1933, pag. 32.
- BUSI: *Sulla esplorazione radiologica del torace nella tbc. polmonare*. Ed. Pozzi, Roma, 1929.
- CASATI: *I segni radiologici della sclerosi polmonare*: «Radiol. Medica», 1931, pag. 729.
- DEL BUONO: *Quadri miliarici e pseudomiliarici nella radiologia del polmone. Conferenza alla Società pugliese per la lotta contro la tubercolosi*, Bari, 1934.
- FLEISCHNER: *Il limite tra il normale e il patologico nel quadro radiologico dei polmoni e della pleura*. «Wien Mediz. Vochenschr.», Vol. LXXXI, pag. 709.
- KÖHLER: *Limiti del normale e inizi del patologico in Roentgendiagnostica*. Ed. Sperling Kupfer, Milano, 1932.
- LOMBARDO: *Importanza dell'indagine radiologica nella diagnosi delle affezioni pleuriche, nei postumi di esse e nel giudizio prognostico*. «Atti del Comitato Medico Consultivo della F.N.F.I.A.», Roma 1° marzo 1940.
- MALAN: *Sulla valutazione dal punto di vista assicurativo dei tubercolosi guariti clinicamente*. Relazione al 2° Congresso Int. di Med. dell'Ass. Vita, Parigi, 17-20 maggio 1939.
- MARAGLIANO: *Apparato respiratorio in «Trattato di diagnostica radiologica»*, Taddei, Ferrara, 1928.
- PIGORINI L.: *L'indagine radiologica dell'apparato respiratorio. Metodica e tecnica. Quadro normale e limiti tra normale e patologico*. Ed. Garzanti, Firenze, 1941.
- RICCIOTTI: *Valore diagnostico e prognostico dell'indagine radiologica del torace nella tubercolosi polmonare in rapporto all'Assicurazione Vita*. Relazione al 2° Congr. Int. di Medic. dell'Ass. Vita, Parigi, 17-20 maggio 1939.
- RICCIOTTI: *Valore del reperto radiologico negativo nella tubercolosi polmonare in A. V.* «L'Assistenza Sanitaria», N. 6, 1940.

* * *

Queste le deficienze clinico-radiologiche che bisogna tener presenti. I vantaggi tuttavia che l'apporto radiologico fornisce alla clinica sono, come abbiamo visto, davvero di grande portata.

Tenendo presenti tali dati di fatto, l'I.N.A. ha cercato di dare il massimo sviluppo alla diagnostica radiologica; tutti i Centri e Sub-Centri dell'I.N.A., che questo Ente assicuratore ha fatto sorgere in moltissime città d'Italia (con fini oltrechè assicurativi anche assistenziali altamente sociali), sono stati infatti forniti di impianti radiologici tra i più moderni, che quasi dappertutto vengono affidati a medici di Direzione specialisti in radiologia e quindi perfettamente padroni della branca.

E' dalla clinica che quasi sempre viene l'indicazione della opportunità o necessità di un'indagine radiologica. Come per la parte clinica, così anche per la parte radiologica, il medico assicuratore si troverà di fronte al soggetto che abitualmente non si sottopone volentieri all'indagine stessa.

E' opportuno quindi che il sanitario che procede al controllo sia sollecito nell'esame, ma nel contempo preciso. Ciò, come si comprende, può ottenersi solo con un'assoluta padronanza della tecnica. E' necessario soprattutto che il medico segua, come consigliano i nostri migliori radiologi, uno schema mentale: esaminando prima il soggetto radiosopicamente, successivamente nelle varie posizioni (D.V., O.A., O.A.D., V.D.), e nelle varie regioni polmonari, dopo una visione d'insieme.

Tale esame gli potrà fare rilevare dati importanti a carico del tessuto polmonare o della pleura (segno di ORTON, di BITTORF, sintomo di KREUTZFUCHS, di WILLIAMS, di KIENBOCH, ecc.), e gli servirà, a fianco dell'esame clinico, come ulteriore orientamento per sapere in quali proiezioni, oltre la classica dorso-ventrale, andranno rilevati i radiogrammi.

RIASSUNTO

L'A. richiama l'attenzione sulle difficoltà che s'incontrano nella diagnostica della tubercolosi pleuro-polmonare, e sull'importanza di ciò nell'assicurazione vita.

Rileva come tali difficoltà diagnostiche, che aumentano notevolmente nelle visite d'ingresso in assicurazione, per ragioni varie, ricevano quasi sempre il più grande ausilio dall'indagine radiologica, che permette assai spesso di rilevare lesioni pleuro-polmonari poco o affatto apprezzabili clinicamente, dando inoltre un buon ragguaglio sullo stato anatomico delle lesioni stesse e sul loro probabile andamento.

A tale proposito l'A. riporta infine alcuni casi osservati nella sua pratica assicurativa, nei quali solo l'esame radiologico ha permesso un esatto orientamento diagnostico e prognostico e consiglia che all'ingresso in Assicurazione, nei casi clinicamente dubbi, venga eseguito anche (ove possibile) un buon esame radiologico.

La frequenza dei sintomi oculari nel diabete mellito

Dott. Prof. MARIA VELE
Medico principale dell'I. N. A.
(Nota preventiva)

Il diabete mellito occupa nel campo della medicina assicurativa un posto assai importante per la notevole frequenza con cui si riscontra tra gli assicurati.

Studi e ricerche sul diabete mellito nella medicina delle Assicurazioni Vita sono state fatte nel 1936 da STARNA e nel 1937 e 1941 da CONFORTO.

STARNA ha studiato il diabete mellito nell'era insulinica ed ha constatato che in tutti i paesi dopo vari anni, nonostante la insulino-terapia, si è notato un forte incremento della morbosità e mortalità del diabete. Circa l'etiologia del diabete fa presente come presso gli anglo-sassoni il coefficiente di mortalità per diabete sia alto specie per il grande uso di zucchero, non escludendo il fattore psichico e nervoso. Dall'esame dei decessi per diabete in Italia nell'ultimo trentennio ha constatato un aumento di 6 anni, aumento che in un successivo esame, risulta più apparente che reale. Fra le cause dell'insuccesso terapeutico dell'insulina, l'A. cita anche la disfunzione dei vari organi e sistemi coefficienti alla glico-regolazione e conclude che tali risultati nonostante l'insulino-terapia devono oggi spronare il medico sociale a far opera di propaganda perchè siano evitate le cause di un possibile impiantarsi del diabete.

CONFORTO ha studiato la frequenza e l'ereditarietà del diabete mellito in rapporto alla medicina preventiva e manifesta la grande frequenza del diabete in Italia, fra le cui cause invoca i disturbi nervosi. Lo stesso A. poi, ha preso in esame il diabete in Assicurazione Vita dal punto di vista medico-legale.

Allo scopo di portare un contributo personale, abbiamo voluto studiare in questa nota con quale frequenza esso si accompagna a sintomi oculari.

A tal fine ricorderemo quali sono i sintomi oculari diabetici, la loro frequenza e l'importanza prognostica circa la durata della vita nei diabetici. Per lesioni oculari di natura diabetica

devono intendersi quelle provocate dall'alterato metabolismo degli idrati di carbonio nell'organismo, e che s'accompagnano a glicosuria e iperglicemia.

Le affezioni corneali che sono caratteristiche del diabete sono le cheratiti per lagofalmo quando si ha paralisi dell'orbicolare, la cheratite neuroparalitica, l'ulcera di origine trofica all'inizio, ma che tarda ad infettarsi, l'ulcera circoscritta senza disturbi della sensibilità. Anche le congiuntiviti non sono rare, mentre meno frequenti sono le paralisi della muscolatura dell'occhio. Anche l'irite diabetica o per dir meglio l'irite in soggetto diabetico è una manifestazione poco frequente e presenta il seguente quadro clinico: irite con essudato a tipo sieroso nella camera anteriore e tendenza neofornativa alla superficie dell'iride.

Altre alterazioni comuni presso questi malati sono l'edema delle cellule dell'epitelio pigmentato dell'iride, la degenerazione e la sclerosi dei vasi sanguigni, le facili infezioni iridee anche da parte di saprofiti.

Vi sono poi le cataratte diabetiche le quali si differenziano da quelle senili per la rapidità dell'evoluzione e perchè colpiscono i giovani; le caratteristiche cliniche di tale alterazione sono state perfettamente individuate mediante l'indagine biomicroscopica, ma quanto alla patogenesi di esse nulla si sa di preciso.

E' interessante rilevare che nei giovani diabetici l'opacamento del cristallino può divenire completo in poche settimane, mentre quando insorge oltre i 50 anni occorrono mesi ed anni per raggiungere un uguale grado. Per di più l'opacamento del cristallino nei giovani si inizia all'equatore e in seguito invade la corticale, a settori, i quali poi confluiscono per formare un'opacità unica, di colore madreperlaceo. HIRSCHLEY dice che il manifestarsi di una lieve miopia verso 50 anni, senza che esista un opacamento del cristallino, fa pensare ad un diabete. Questo aumento della rifrazione, dipende molto probabilmente dal rigonfiamento del cristallino e dal successivo aumento di curvatura per assorbimento di liquidi.

Un'altra affezione oculare in rapporto al diabete è la neurite che assume l'aspetto di una neurite retrobulbare a decorso cronico che si avverte soggettivamente con uno scotoma relativo per il rosso e verde che poi si estende anche al bianco e diviene assoluto.

Queste neuriti sono piuttosto rare e in tal gruppo vengono incluse anche le ambliopie degli ipotesì. In genere però, le affezioni della retina e delle vie ottiche costituiscono nel diabete sintomi di speciale gravità per la prognosi perchè la metà circa (50 %) degli individui muore nel periodo di 2-3 anni.

Sulla frequenza delle suddette lesioni le statistiche danno cifre assai discordi, ma ciò è in rapporto con le diverse forme

cliniche che la malattia assume presso le diverse razze e latitudini.

CASTRESANA Y GUINEA afferma che il diabete provoca lesioni oculari solo nel 2 % dei diabetici, mentre secondo altri AA. si tratterebbe di una percentuale del 10 %. Le alterazioni possono localizzarsi sulla cornea, iride, corpo ciliare, retina e nervo ottico, nonchè sul cristallino con formazione di cataratta. Può anche svilupparsi un glaucoma secondario a versamento sanguigno nel vitreo e comuni sono pure le paralisi oculari.

Secondo ROLLET i disturbi visivi nel diabete si riscontrano invece nelle proporzioni del 16 % e l'affezione più frequente è la retinite diabetica essudativa od emorragica. Il suddetto A. dice anzi che la retinite è resistente alla terapia per cui la cura insulinica molte volte aggrava la sintomatologia oculare, probabilmente per le turbe dell'idrofilia dei colloidi che l'insulina determina e per la sua azione vasomotora sui capillari.

BIETTI ha riscontrato le cataratte diabetiche nelle altissime proporzioni del 25-30 %.

Il diabete può altresì essere causa di retinite che si manifesta con essudati bianchicci, di piccolo volume, con scarsa tendenza a raggrupparsi, oppure con essudati rari ed emorragie puntiformi e rotonde. La retinite diabetica è frequente negli adulti dai 50 anni in su, mentre nei giovani è molto rara. La sua patogenesi è ancora oscura; la prognosi sia vitale che visiva è piuttosto grave, tuttavia gli affetti da retinite diabetica raramente diventano ciechi del tutto, poichè conservano la visione periferica mentre perdono quella centrale.

Frequentemente la retinite si associa a malattia renale, la quale può installarsi senza che esista un aumento della pressione arteriosa, albuminuria, ritenzione di urea, sclerosi vascolare apparente, sia che questa complicazione possa svilupparsi indipendentemente da tutte le lesioni renali o vascolari, sia che essa ne costituisca un segno rivelatore apparentemente precoce. Le vere caratteristiche della retinite sono i focolai di infiltrazione e le emorragie. Spesso si determina la perforazione della membrana limitante interna e da ciò versamento nel vitreo. La papilla in genere è normale, mentre si può manifestare un edema peripapillare e chiazze raggiate permaculari.

BOULIN e KAUFMANN hanno riscontrato un caso di retinite diabetica in un giovane e, dall'analisi hanno concluso che nessun diabetico sia esente da retinite e che la retinite si può sviluppare in soggetti giovani qualche volta solo dopo l'insorgere del diabete; cosicchè di regola, prima di fissare un prognostico nel diabetico, qualunque sia la sua età e la forma del diabete, è bene esaminare sistematicamente il fondo dell'occhio.

SEVRINGHAUS su 500 diabetici ha riscontrato nel 38,4 % complicazioni oculari; MURPHY e MOXON su 827 diabetici hanno tro-

vato che il 2,39 % erano oftalmopazienti; GRAEFE ha osservato che 1/4 dei diabetici sono catarattosi; WENDT e PECK hanno rilevato la retinite nel 4,3 % e la cataratta nel 3,8% dei diabetici.

SPALDING e CURTIS notarono nel 20,1 % segni di retinite, il 10,4 cataratta, modificazioni nella refrazione, in 22 casi su un totale di 307 diabetici, mentre ANDERSON trovò nel 25 % affezioni oculari riferibili a diabete e GALANTE in un terzo dei diabetici affezioni oculari.

Premettiamo che questa nota preventiva non può dare conclusioni definitive in quanto le statistiche offerteci dall'I.N.A. sono scarse e non risulta dai nostri schedari quanto tempo prima dell'*exitus* siano comparsi i sintomi oculari. Noi solamente facciamo rilevare che detti assicurati al loro ingresso in assicurazione erano affetti da diabete e una parte di essi ha denunciato all'atto della visita una complicazione oculare.

Non sappiamo però se detta affezione fosse più o meno avanzata, se risalisse a qualche tempo, poichè solo in questi ultimi anni abbiamo potuto seguire gli assicurati anche per l'apparato visivo. Naturalmente tutte le nostre previsioni circa la durata della vita dovranno solamente attenersi a quelle complicazioni di cui si conosce già la gravità o meno.

TAB. I.

Assicurati I. N. A. affetti da diabete morti per malattie intercorrenti
(uomini e donne 1926-1941)

ANTIDURATA

	6m-1a	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5	5 - 10	10-15	15-20	20-25	oltre 25	Totale
Numeri assoluti	9	11	17	13	18	83	99	66	13	1	330
Distribuz. percent.	2,73	3,33	5,15	3,94	5,46	25,15	30,00	20,00	3,94	0,30	

Sinistri di morte di assicurati affetti da diabete con malattia oculare
(1926-1941)

	6m-1a	1 - 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5	5 - 10	10-5	15-20	20-25	oltre 25	Totale
Numeri assoluti		6	15	10	11	7	5	2			56
Distribuz. percent.		10,71	26,79	17,86	19,64	12,50	8,93	3,57			

Facciamo pure presente che l'assicurato è sempre restio a dire la verità, cosicchè invece di facilitare il nostro compito, lo rende più difficile; quindi accettiamo quei pochi casi con molte riserve, nella speranza che questa piccola nota sia presto ripresa in esame con confronti di maggiori statistiche. Sarebbe poi ne-

cessario stabilire con precisione i sintomi e le loro insorgenze, facendo una netta distinzione tra diabete grasso e magro, e confrontare quali influenze può avere una complicazione oculare nei diabetici, e quali di dette forme sono da ascrivere al diabete.

Le nostre ricerche riguardano, come abbiamo già detto, i sintomi oculari in assicurati dell'I.N.A. affetti da diabete e deceduti per malattie intercorrenti nel periodo 1926-1941. Gli assicurati affetti da diabete mellito all'ingresso in assicurazione erano 330. La morte non è avvenuta per diabete ma per malattie intercorrenti e dopo un periodo dall'ingresso in assicurazione che varia da un minimo di 6 mesi ad un massimo di 25 anni. Da ciò si può arguire che il diabetico può anche vivere discretamente a lungo.

Dall'esame della tabella annessa, si nota che la maggiore percentuale di sinistri si manifesta tra 10-15 anni e decresce gradatamente da 5 a 10, 15-20, 4-5, 20-25, e così via fino ad oltre 25 anni in cui si ha la percentuale minima.

Dall'esame poi particolareggiato di ogni scheda ove abbiamo ricercato se al diabete si accompagnavano sintomi oculari, su 330 casi abbiamo trovato che 56 assicurati presentavano all'ingresso in assicurazione malattie oculari e precisamente 6 congiuntiviti, 5 cheratiti, 7 iriti, 15 cataratte, 6 neuriti, 2 glaucomi, 12 retiniti.

Da un totale così esiguo non possiamo che trarre delle conclusioni approssimativamente attendibili; perciò ci limitiamo a delle considerazioni d'ordine generale a cui si può dare solo una scarsa importanza.

Da un rapido sguardo sulla distribuzione numerica dei sintomi oculari dei suddetti diabetici si rileva che la maggiore frequenza è rappresentata dalla retinite, sintoma di prognosi infausta; mentre le congiuntiviti, le iriti, cheratiti, cataratte e glaucomi, che costituiscono il maggior numero, si sono riscontrate in diabetici che sono deceduti in massima parte tra 5-10 anni, mentre i diabetici affetti da neurite e specialmente retinite, sono deceduti tra il secondo e terzo anno. Quando perciò nel diabetico si manifesta la retinite o la neurite si deve pensare che la vita dell'individuo è minacciata e il rischio non si dovrebbe accettare.

Come abbiamo già detto il totale dei diabetici con o senza complicazioni oculari, offerto dagli assicurati dell'I.N.A., è troppo esiguo, sarebbe necessario confrontare questi dati con vaste ricerche cliniche e reparti specializzati in modo da poter dare un giudizio più preciso su percentuali dedotte da un maggiore numero di casi. Comunque l'esame del fondo dell'occhio non deve mai essere trascurato in questa grave malattia da perturbamento del ricambio specialmente nel campo medico-assicura-

tivo in cui esso può essere un utile elemento per la prognosi *quoad vitam*, ciò che costituisce lo scopo della visita medica stessa.

BIBLIOGRAFIA.

ANDERSON: *Acta oftalmologica*, 1924, p. 199.

BIETTI: *Trattato di oftalmojatria*, p. 1294.

CASTRESANA Y GUINEA: Cit. in « *Rinascenza Medica* », n. 8, 1942.

CONFORIO: *Il diabete in assicurazione vita, dal punto di vista medico-legale*, « *Assistenza Sanitaria* », 1937, p. 363.

ID.: *Frequenza ed ereditarietà del diabete mellito in rapporto alla medicina preventiva*, « *Assistenza Sanitaria* », 1941, p. 250.

MURPHY E MOXON: *Amer. Journ. Med. Sc.*

SEVRINGHAUS: *Amer. Journ. Med. Sc.*, 1931.

SPALDING E CURTIS: « *Boston Med. And. Surg. Journ.* », 1927.

STARNA: *Il diabete mellito nell'era insulinica*, « *Assistenza Sanitaria* », 1936, p. 209.

WENDT E PECK: « *Amer. Journ. Med. Sc.* », 1931.

Medicina Legale delle Assicurazioni Vita

Problemi medico-legali dell'Assicurazione Vita nelle vecchie disposizioni di legge e nel nuovo Codice Civile

Dott. Prof. FABIO MARSELLA

I problemi medico-legali dell'assicurazione vita sono stati finora connessi essenzialmente con l'interpretazione della clausola di incontestabilità contenuta nelle polizze di assicurazione circa le dichiarazioni precontrattuali dell'assicurato.

Riassumo i termini delle varie questioni dibattutesi nel campo dottrinario e giudiziario, facendo osservare che praticamente nessuna innovazione è stata finora apportata dal nuovo Codice Civile, perchè le condizioni di polizza degli Istituti assicuratori ancora non sono state cambiate, ed essendo le stesse estremamente favorevoli per gli assicurati, giusta la interpretazione della prevalente giurisprudenza, si devono ritenere applicabili anche dopo l'entrata in vigore del nuovo Codice Civile.

Infatti l'art. 1932 del Codice dice che le disposizioni degli articoli 1892, 1893 e 1894, che, dal punto di vista medico-legale soprattutto ci interessano, non possono essere derogate se non in senso più favorevole all'assicurato e che le clausole che derogano in senso meno favorevole all'assicurato sono sostituite di diritto dalle corrispondenti disposizioni di legge.

Trattiamo quindi dapprima l'argomento prescindendo dalle modifiche che è da ritenere saranno apportate dalla nuova disciplina assicurativa, quando saranno cambiate le condizioni di polizza in rapporto al libro delle Obbligazioni del Codice Civile andato in vigore col 21 aprile 1942.

Per norma universale di diritto e di prassi assicurativa il contratto di assicurazione sulla vita umana si fonda essenzialmente sulle dichiarazioni che l'assicurato fornisce all'assicuratore, circa i suoi precedenti sanitari famigliari e personali e sul suo stato presente di salute. Sono dette dichiarazioni che debbono dare gli elementi fondamentali per la selezione e valutazione del rischio assicurativo, far giudicare se il rischio si deve rifiutare o accettare, e in tal caso, se si deve accettare a condizioni normali o a condizioni speciali con adeguati soprapremi.

E' l'assicurando che deve fornire all'assicuratore una esatta ed integrale descrizione del rischio ripondendo con tutta sincerità alle domande rivoltegli in appositi questionari.

L'art. 429 del Codice di Commercio, che finora ha regolato il contratto di assicurazione, comminava la nullità dell'assicurazione per « qualunque dichiarazione falsa od erronea e qualunque reticenza di circostanze conosciute dall'assicurato, quando la dichiarazione o la reticenza sia di tale natura, che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso al contratto o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose ».

Nell'ultimo comma era detto: « Se da parte dell'assicurato vi è stata malafede, l'assicuratore ha diritto al premio ».

Tali disposizioni erano certamente molto rigorose per gli assicurati.

Gli Istituti assicuratori, con clausola inserita nelle polizze, vollero mitigare il rigore della Legge, stabilendo che, decorso un certo termine, ridotto in ultimo a sei mesi, si rinunziava, secondo la formula dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, adottata in Italia anche da quasi tutte le Compagnie di Assicurazione, a « promuovere l'azione di nullità per reticenze e per dichiarazioni erronee rese dall'assicurato e dal contraente salvo il caso di malafede ». Si intese con ciò di dare un elemento di tranquillità, per l'atto di previdenza compiuto, agli assicurati di buona fede, che potettero incorrere in qualche reticenza o dichiarazione inesatta, senza avere il deliberato proposito di trarre in inganno l'assicuratore.

Con la clausola di incontestabilità, così come fu concepita ed applicata, si volle portare una deroga parziale alle disposizioni dell'art. 429 del Cod. Comm., ma non si intese affatto di abrogarlo completamente, anche perché in tal modo il contratto di assicurazione avrebbe perduto la sua caratteristica essenziale e tradizionale di contratto di buona fede. Facendo diversamente si sarebbe incorso nel pericolo di sovvertire le basi dell'assicurazione fondata sulla valutazione e graduazione del rischio in base alle dichiarazioni dell'assicurato.

E' da osservare l'universalità di tale principio e del concetto dell'annullamento del contratto di assicurazione per dichiarazioni false o erronee o per la reticenza dell'assicurato. Giustamente è stato detto, che, caso tipico di convergenza tra legislazioni fondate su sistemi giuridici in opposizione tra loro, è quello che sancisce l'annullabilità del contratto di assicurazione per dichiarazioni difformi dal vero dell'assicurato e che al riguardo concorrono, da un lato, i codici e le leggi speciali rientranti nel sistema romano, e dall'altro, le leggi informate al diritto anglo-americano.

Non si deve quindi in alcun modo far perdere al contratto di assicurazione il carattere di contratto di buona fede, definito

addirittura in qualche legislazione come contratto *uberrimae fidei*.

Come già ebbi a sostenere in precedenti pubblicazioni la clausola di incontestabilità riguarda unicamente le dichiarazioni erronee e le reticenze in buona fede, ma non le reticenze in malafede, le dichiarazioni false ed il caso di malafede vero e proprio. Questo ultimo caso che importa anche l'acquisizione del premio da parte dell'assicuratore, e quindi non solo l'annullamento dell'atto di previdenza, ma anche di quello del risparmio, costituito dai premi pagati, ricorre quando da parte dell'assicurato si è riusciti ad ottenere il contratto con tutto un insieme ben congegnato di dichiarazioni false e reticenti, che rendono manifesto il proposito dell'inganno. Nei casi di dichiarazioni false isolate su circostanze essenziali alla valutazione del rischio, il contratto è annullabile, ma con restituzione dei premi pagati.

Vediamo ora come la magistratura, in vertenze sorte per sinistri di morte, ha interpretato la clausola di incontestabilità delle polizze.

Già al 2° Congresso Nazionale di Scienza delle Assicurazioni tenutosi 10 anni or sono a Trieste, nella relazione sull'apposito tema fu detto che, nonostante le critiche e i pareri contrari, manifestati anche da puri studiosi del diritto, la nostra magistratura si era andata sempre più orientando ed affermando in senso decisamente contrario agli Istituti di Assicurazione.

Lo stesso si può ripetere oggi dopo un altro decennio di esperienza assicurativa. La Suprema Corte di Cassazione del Regno in numerose decisioni ha riaffermato che il concetto giuridico di malafede va riportato al concetto di dolo e come tale ricorre solo quando l'assicurato, per ottenere il consenso dell'assicuratore, abbia usato artifici fraudolenti diretti ed idonei ad inganno.

In qualche recente sentenza è detto: « Il patto di polizza vita secondo il quale, decorsi sei mesi dalla emissione, la polizza stessa non è più contestabile per reticenze o per dichiarazioni erronee dell'assicurato, salvo il caso della malafede, deve essere interpretato nel senso che, trascorso detto termine, il contratto potrà essere impugnato soltanto nel caso che l'assicurato, per carpire il consenso dell'assicuratore, abbia adoperato al fine di accreditare il mendacio o la reticenza dei raggiri ed artifici fraudolenti ».

Solo nelle due seguenti sentenze la Cassazione a Sezioni Civili Unite parve derogare dalla sua rigida linea di condotta.

Nella decisione in data 27 luglio 1938, n. 2568, quando ritenne che avendo l'assicurato reso diverse dichiarazioni false ricorreva la malafede perchè « non si era di fronte alla risposta falsa isolata di una domanda del questionario, ma ad un intero sistema, preordinato per la commissione di una frode ». L'assi-

curato aveva infatti dichiarato, contrariamente alla verità, che egli ben conosceva, di non avere avuto sifilide, di non aver subito atti operativi, mentre risultava che era stato operato di asportazione di un tumore al labbro con consecutive applicazioni radiumterapiche, di non avere medici curanti, pur essendo in cura di due sanitari per cure generali e speciali, dopo averne consultati diversi. Tutto ciò a giudizio della Cassazione caratterizzava un'attività come artificio o raggio.

In altra sentenza del 23 giugno 1939, n. 2148, la Cassazione diceva che si versa nell'ipotesi del dolo e quindi « il contratto è contestabile, anche oltre il termine della clausola, nel caso che l'assicurata in patente contraddizione con le dichiarazioni, non solo era pienamente consapevole del proprio grave stato di salute, avendo poco prima subita una operazione di cancro della mammella, ma sia anche riuscita, con esagerate e finte manifestazioni di pudicizia, ad occultare la cicatrice al medico fiduciario della Compagnia ».

Nelle altre decisioni la Corte Suprema è stata sempre ferma nella sua interpretazione, oltremodo restrittiva della parola malafede, a tutto beneficio degli assicurati.

L'argomento principale addotto dalla Cassazione a sostegno della sua tesi è quasi sempre il seguente: la clausola di incontestabilità è stata introdotta dagli assicuratori per favorire la raccolta degli affari e vincere la riluttanza degli assicurandi preoccupati delle possibili frequenti azioni di nullità facili a verificarsi con l'applicazione dell'art. 429 del Codice di Commercio. La liberalità verso l'assicurato troverebbe la sua causa determinante nel tornaconto delle imprese e nell'incremento dei propri affari.

Noi facciamo osservare che la clausola si deve interpretare nella sua dizione letterale e nel suo spirito informatore.

Circa la prima non staremo a ripetere argomenti già altra volta ampiamente trattati sulla esclusione dalla clausola delle dichiarazioni false. Circa lo spirito informatore dello stesso ci limitiamo a dire che gli Istituti d'assicurazione intesero con la clausola d'incontestabilità dare un senso di tranquillità agli assicurati di buona fede e rendere definitivo il loro atto di previdenza compiuto; ma non pensarono mai di sanzionare con rinunzie ingiustificate illecite speculazioni, facili a compiersi da profittatori di malafede e demolire così tutto l'edificio assicurativo, che deve rimanere fondato sulle dichiarazioni dell'assicurato.

Se ciò si verificasse si rischierebbe di favorire gli affari dannosi ed illeciti a tutto danno della gran massa degli assicurati onesti e leali, che dovrebbero pagare premi esagerati per la liquidazione dei frequenti sinistri di rischi cattivi. Si avrebbe così un regresso, non un progresso dell'assicurazione, una diminuzione non un incremento di affari. Ogni padre o membro di famiglia, sapendosi minato da gravi malattie che notoriamente

non consentono lunga sopravvivenza, sarebbe spinto a stipulare contratti di assicurazione sulla vita per capitali anche ingenti e provvedere così alla sorte economica delle persone superstiti. Si avrebbe così una autoantiselezione dei rischi a tutto danno dell'industria assicurativa.

La pratica ci insegna che bastano le sole dichiarazioni false per far assumere rischi cattivi e non occorre l'uso dei raggiri per carpire il consenso dell'assicuratore. Ciò dissi al Congresso di Trieste nel 1933 e ciò posso ripetere oggi dopo un altro decennio di esercizio della medicina legale dell'assicurazione vita. Appare quindi vana ed ingiusta la pretesa da parte del magistrato che occorra la dimostrazione della messa in opera dei raggiri per poter decretare l'annullamento dei contratti d'assicurazione vita.

Ma non solo nell'interpretazione del concetto di malafede la giurisprudenza si è andata sempre più orientando contro gli assicuratori, ma anche in altre questioni.

In passato si riteneva che il termine dei sei mesi occorrenti per l'incontestabilità decorresse dalla data di emissione della polizza alla data del sinistro di morte, invece in recenti decisioni della Corte Suprema come in quella del 22 dicembre 1941, n. 2980, si è affermato che « la Compagnia è tenuta, in ogni caso ed anche nella ipotesi di morte dell'assicurato anteriore alla scadenza del termine, ad agire sul termine convenzionalmente stabilito, se non vuol perdere il diritto di far valere l'annullabilità del contratto ».

In tal modo se il beneficiario ritarda astutamente la denuncia della morte dell'assicurato fino al decorso del termine previsto per la durata della contestabilità, verrà praticamente a sottrarsi ad ogni possibilità di contestazione, e conseguirà così un vantaggio dal suo agire in malafede.

Anche per la procedura adottata nella contestazione la giurisprudenza si è affermata sempre più favorevolmente all'assicurato.

Prima si riteneva valida la comunicazione scritta che l'Istituto assicuratore faceva pervenire agli interessati sulle eccezioni alla validità del contratto. In conseguenza il termine dei sei mesi per la incontestabilità decorreva dalla data di emissione della polizza alla data della dichiarazione scritta di contestabilità fatta dall'assicuratore. Viceversa in recenti decisioni la magistratura ha ritenuto che per essere efficace la contestazione deve essere fatta in forma giudiziaria e solo questa può essere considerata come termine per il decorso dei sei mesi.

Solo nella questione della data d'inizio del periodo di tempo per la incontestabilità la magistratura ha deciso favorevolmente all'assicuratore, affermando che tale periodo non decorre dalla data di emissione della polizza ma dalla data del perfezionamento del contratto, ossia del pagamento del premio e della consegna della polizza, perchè solo allora si deve ritenere avvenuta l'incontro dei consensi delle due parti contraenti.

Debbo peraltro dire infine, che nonostante le decisioni della Cassazione le magistrature di merito hanno seguito ad emettere, nei casi più manifesti di frode raggiunta anche colle semplici dichiarazioni false senza raggiri, sentenze favorevoli agli Istituti assicuratori, in contrasto con la giurisprudenza della Cassazione. Sono stati questi definiti dall'ALTAVILLA « casi ammirevoli di autonomia di coscienze giuridiche che resistono alla giurisprudenza cristallizzata della Corte Suprema ».

Così il Tribunale di Roma con sentenza del 6 novembre 1939 escludeva l'applicazione della clausola di incontestabilità per « le dichiarazioni false e le reticenze dolose » e la Corte d'Appello di Roma ebbe a dire: « nella clausola di incontestabilità la Compagnia ha inteso rinunciare, oltre il termine, all'azione di nullità per le sole ipotesi di reticenze e di dichiarazioni erronee e non già per quelle false costituite dal deliberato mendacio dell'assicurato ».

La dottrina poi è unanimemente contraria alla giurisprudenza della Cassazione e l'ALTAVILLA si stupisce della mancanza di ogni preoccupazione della terminologia giuridica, in una questione in cui esegesi e dommatica sono contro la interpretazione della Suprema Corte. Si è venuto in tal modo a creare nella dibattuta questione un manifesto stato di disagio.

Lo stesso Ministro Guardasigilli nella relazione sul progetto del nuovo Codice rilevava che la giurisprudenza prevalente ha usato molta indulgenza anche dinnanzi ai casi in cui era evidente l'intento malizioso di indurre in errore l'assicuratore.

Si è venuti così allè nuove disposizioni di Legge.

Di ciò parleremo in altro articolo. Qui mi preme ancora far rilevare solamente che le contestazioni degli Enti di assicurazione vita si sogliono fare in un numero limitatissimo di casi, anche per i dominanti criteri di liberalità e larghezza sempre adottati dagli assicuratori.

Nell'ultimo decennio, dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, che è il massimo Ente d'assicurazione in Italia e uno dei primi del mondo, si sono sollevate eccezioni alla validità dei contratti molto raramente e solo quando risultava evidente la malafede dell'assicurato nelle rese dichiarazioni.

Si trattava in tali casi di somme ben modeste di fronte agli enormi capitali pacificamente pagati, somme che non avrebbero potuto in alcun modo incidere sui floridi bilanci dell'Istituto, che suol corrispondere cifre cospicue per partecipazione di utili ai suoi assicurati; ma un criterio di maggiore correttezza e una sanatoria generale di ogni mendacio e reticenza, nell'assunzione dei rischi, avrebbe potuto significare un incentivo alla frode e alla speculazione ai danni della massa degli assicurati onesti e sinceri.

Ciò non può ammettersi, anche per ragioni di giustizia e di morale, data l'alta finalità etico-sociale dell'assicurazione vita.

NOTIZIARIO

Il nuovo Presidente dell' I. N. A.

Con recente disposizione, a sostituire S. E. il Sen. Giuseppe Bevione, quale Presidente dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, la cui Amministrazione è recentemente scaduta, è stato chiamato S. E. il Sen. Gaetano Scavonetti.

Mentre salutiamo il Sen. Bevione, che per tanti anni ha retto sapientemente la Presidenza dell'Istituto, porgiamo il nostro più fervido benvenuto a S. E. il Sen. Scavonetti, giurista di chiara fama, allievo di Angelo Maiorana, e per molti anni Avvocato Generale dello Stato, sicuri che la sua alta competenza saprà certamente condurre l'I. N. A., in questo eccezionale periodo, a superare le difficoltà che tutta la Nazione attraversa.

Il bilancio dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni del 1942

Diamo sommariamente i dati del bilancio 1942 dell'I. N. A.

La *produzione perfezionata* nell'esercizio del 1942 è stata di L. 5.892.249.667 contro L. 4.191.913.624 al 1941.

Il portafoglio dell'Istituto (cioè la massa globale dei capitali) al 31 dicembre 1942 risulta di L. 29.939.573.867 e cioè di circa cinque miliardi superiore al portafoglio quale risultava al 31 dicembre 1941 (24.983.555.064).

Le riserve matematiche sui contratti in corso al 31 dicembre 1942 ascendono a L. 7.741.914.484, superiori di oltre *un miliardo* a quelle risultanti al 31 dicembre 1941 (L. 6.698.740.821).

Le riserve patrimoniali alla stessa data sommano a L. 503.955.898,70 con eccedenza di circa 35 milioni su quelle del 31 dicembre 1941.

L'*utile netto* dell'esercizio 1942 è di L. 83.641.241,75, superiore di 2.241.943,88 a quello del 1941 (L. 81.399.297,87) detratte da tale cifra le assegnazioni alla riserva ordinaria a quella di garanzia, ecc., residuano L. 69.024.647,30 da dividersi, in parti uguali fra lo Stato e gli assicurati.

La quota di utili quindi spettante a questi ultimi è di L. 34.512.323,65. Dal 1930 (primo anno di assegnazione degli utili) sono stati attribuiti a tale titolo agli assicurati oltre 324 milioni di lire e più di 256 milioni e mezzo sono stati versati al tesoro dello Stato.

L'imponenza delle cifre su esposte esprime più di ogni commento il trionfale cammino dell'Istituto, diventato oggi uno degli organismi assicurativi più potenti dell'Europa, ma dice ancor più l'illuminata saggezza dei Capi tra cui meritano, speciale riconoscenza il benemerito Presidente Ecc. BEVIONE ed il benamato ed infaticabile Direttore Generale Cav. di Gr. Cr. Dott. IGNAZIO GIORDANI ed i suoi valorosi e fedeli collaboratori.

Libera Docenza.

Il nostro collaboratore Dott. Salvatore FIANDACA, dirigente il Centro Sanitario I.N.A. di Torino, ed attualmente in grigioverde, ha conseguito la Libera Docenza in Medicina Legale e delle Assicurazioni.

Al collega le nostre più vive congratulazioni.

Capitali sinistrati divisi per gruppi di cause di morte esaminati dal Servizio Sanitario dell'I. N. A. nel 1942

CAUSE DI MORTE	Portafoglio Diretto e Preconstituito		Collettive		Popolari	TOTALI
	con vis. med.	senza vis. med.	con vis. med.	senza vis. med.		
Ogni forma t.b.c.	4.421.416	192.103	190.084	902.267	1.001.614	6.707.210
Altre malattie infettive e parassitarie	3.182.490	103.593	181.910	575.121	1.467.788	5.506.902
Tumori	5.853.627	540.888	448.925	879.119	1.900.961	8.723.520
Diabete	305.771	20.375	—	—	2.100	328.646
Emorr. e tromb. cerebr.	3.433.357	84.674	157.925	498.479	516.638	4.691.073
Malatt. sist. nervoso . .	1.106.094	41.508	5.089	133.065	194.561	1.480.317
Malatt. app. circolat. . .	11.265.883	879.924	630.686	1.670.177	1.264.105	15.647.775
Malatt. app. resp.	6.611.405	570.816	277.537	* 808.575	1.058.129	9.326.462
Malatt. app. diger.	5.229.608	376.900	596.809	835.616	1.193.247	8.232.180
Malattie donne: gravi- danze, ecc	213.000	—	—	30.000	7.542	250.542
Morti violente e accid. .	7.527.438	894.302	1.272.070	5.392.420	838.825	15.925.055
Malattie. appar. genito- urinario	3.044.817	240.347	71.340	319.562	830.759	4.506.825
Altre cause di morte . .	3.089.214	307.444	215.485	410.297	1.058.993	5.081.433
Cause di morte non de- terminate	1.893.828	161.337	239.447	153.996	124.351	2.572.959
TOTALI	57.573.678	4.414.211	4.287.307	12.608.690	10.559.612	88.980.899



NOTE E APPUNTI

NATURA DELLE VITAMINE.

Lo studio delle vitamine che si è basato fin'oggi sui processi morbosi derivanti dalla loro mancanza o deficienza negli alimenti, ci autorizza a considerarle non come alimenti veri e propri, giacchè come tali sono da ritenere solo quelle sostanze che contengono o possono produrre quei complessi molecolari che servono a mantenere la normale compagine dei protoplasmici, o quelle che possono essere utilizzate per produzione di energia, ma come elementi dinamici capaci di influenzare l'elaborazione e la assimilazione degli elementi, veri catalizzatori biologici, agenti nel senso di regolare il movimento della vita.

Sotto questo punto di vista, è difficile dire se le vitamine appartengono alla categoria degli enzimi e degli ormoni, presentando dei caratteri che l'avvicinano all'uno e all'altro gruppo, senza tuttavia identificarsi. Così differiscono dagli enzimi perchè questi, pure essendo specifici nella loro azione, hanno però comune la proprietà di venire inattivati da temperature relativamente basse, mentre ove si eccettui il fattore ed il gruppo dei fattori C, che andrebbe già distrutto con l'essiccazione e con la disidratazione degli alimenti che lo contengono, le altre vitamine resistono a temperature relativamente alte.

Parrebbe forse più confacente paragonare le vitamine agli ormoni, con i quali hanno comuni i seguenti elementi: assenza di capacità antigena, azione specifica, subitanità di effetti, dose oligo-dinamica.

Ma sta di fatto che mentre l'azione dei singoli ormoni è pressochè uguale negli animali più diversi, una stessa dieta può essere sufficiente in una specie animale e provocare disturbi distrofici in un'altra. Questa differenza potrebbe spiegarsi con la grande necessità di bisogno delle vitamine per le varie specie e con il fatto che alcune di esse perdono totalmente o quasi la proprietà sintetizzatrice, per quei fattori complementari che nell'ordinaria alimentazione vengono introdotte in grande quantità. L'esempio è fornito dal piccione animale essenzialmente granicolo che introduce abitualmente con i semi una grande quantità di vitamina B e che perciò ha perduto la capacità di sintetizzarla, mentre l'ha conservata per le vitamine iposolubili e per la vitamina antirachitica, mancanti o scarsissime nei grani. Fatto analogo a quello osservato in ormonologia, in cui la somministrazione continuata di un dato ormone finisce per determinare una riduzione del tessuto delle ghiandole corrispondenti.

Allo stato attuale, non può formularsi una esatta definizione della natura chimica delle vitamine, ma può essere sicuramente affermato che il valore nutritivo di una alimentazione basato fin'oggi essenzialmente sul numero delle calorie che è capace di sviluppare (cioè che ha sempre la sua grande importanza), dev'essere completato da quello delle sue proprietà vitaminiche. Benchè i risultati ottenuti con regimi speciali sugli animali non debbano applicarsi semplicemente all'uomo, dato che questi ricorre ad una alimentazione mista in cui tutte le vitamine sono largamente rappresentate, bisogna tuttavia tener conto di speciali condizioni di vita, in cui nell'alimento può aversi un deficit di esse; come p. es. nel periodo di allattamento del bambino e soprattutto di allattamento artificiale, nel periodo susseguente, nei lunghi periodi di navigazione e in quelli trascorsi in guerra in città assediata, ecc., quando il vettovagliamento con alimenti vari e freschi diventa deficiente. In queste evenienze si provvede, modificando opportunamente le diete e somministrando le vitamine mancanti.

G.

ESISTONO FATTORI DELLA LONGEVITA'?

Sì, se si deve credere alle recenti statistiche pubblicate da un medico giapponese, addetto all'igiene scolastica, che ha compiuto un decennio di ricerche sulla longevità. Risulterebbe che i longevi sono relativamente più numerosi tra le donne che tra gli uomini: più numerosi nelle campagne che nelle città. Esiste un fatto ereditario: quasi tutti i longevi hanno genitori, avi, fratelli, sorelle più o meno longevi. In maggioranza i più longevi sono gli ultimi nati. La frequenza maggiore si ha nelle classi medie; seguono le classi ricche; vengono ultime le classi povere. In grande maggioranza i longevi sono coniugati. Riguardo alla costituzione prevalgono i tipi medi. sono pochi i molto magri. Più favoriti gli alti di statura, meno i bassi. Il 70% ha una buona ossatura. Per quanto riguarda la loro attività, i longevi hanno condotto una vita tranquilla andando a letto presto e alzandosi anche presto. L'alimentazione non è stata disciplinata da speciale regola e una buona metà degli uomini longevi ha fatto uso di bevande alcoliche.

G.

DAI PERIODICI

Annali d'Igiene, n. 8, 1942, Roma.

VITIELLO: *Rivista e studi sul bacillo di Morgan.*

L'A., che ha rilevato i caratteri morfologici, culturali, di virulenza e di patogenicità, le proprietà sierologiche e fermentative in sette stiptipi del bacillo di Morgan, è indotto a considerarlo come anello di congiunzione tra il gruppo dei tipo-paratifici e il coli, da classificarsi fra i coli atipici.

G.

Archivio di Psicologia, Neurologia, Psichiatria e Psicoterapia, n. 3, 1942, Milano.

ZUMINI: *La personalità nella psicologia.*

L'A. dopo avere accennato allo sviluppo storico del problema della personalità ed alla sua attuale impostazione, passa a rilevare l'apporto ad esso dato da alcune scuole moderne.

Da un punto di vista funzionale, la personalità può considerarsi accessibile all'indagine dello psicologo, anche se nuovi metodi debbono essere valorizzati ed osservatori particolarmente dotati si richiedono per questo scopo.

G.

Assicurazioni, n. 4-5, 1942, Roma.

ALIMENA: *Il suicidio nella formulazione della nuova legislazione nel contratto di assicurazione.*

L'A. nel porre termine al suo studio, già iniziato nei numeri precedenti, esamina le disposizioni del nuovo Codice Civile in materia di assicurazioni e specialmente per quanto riguarda il suicidio, nei casi di legittima difesa o di estrema necessità. L'A ritiene che in tali casi, l'assicuratore non può richiedere la liberazione dell'obbligazione, ma soltanto un'indennità, liquidata dal giudice, secondo criteri di equità, in ragione delle cause attenuanti che hanno agito in favore dell'assicurato.

G.

Assistenza Sociale Agricola (L') n. 7-8, 1942, Roma.

TARALLETTO: *Provvidenza sociale e prevenzione.*

Benchè i due concetti presentino apparentemente caratteristiche affini, l'A. trova un elemento fondamentale che li distingue nel fatto che la previdenza nasce da una predisposizione di mezzi effettivi in vista della previsione dell'evento stesso, mentre la prevenzione si propone la conservazione dei mezzi economici e materiali sino ai limiti del possibile e studia i mezzi per evitare gli eventi dannosi. Come sintesi conclusiva dello studio l'A. ritiene che bisogna prevedere per evitare e tutelare, quando non sia possibile evitare il danno.

G.

Atti dell'Accademia Medica Lombarda n. 12, 1942, Milano.

TOFFANELLI: *Sul comportamento dell'azoto residuo ureico ed anureico nello studio della funzionalità epatica.*

L'A., sulla base delle determinazioni eseguite è giunto alla conclusione che non esistono rapporti tra tasso ureico del sangue e grado di alterazione epatica e che nelle epatopatie non si verificano elevate iperazotemie, tranne in rari casi.

G.

Avvenire Sanitario (L') n. 27, 1942, Roma.

CARPI DE RESMINI: *I nuovi orientamenti della lotta sociale contro la tubercolosi.*

L'A., che degnamente dirige l'Istituto fisiologico, annesso alla R. Università di Milano, espone in un articolo dettagliato e ricco di numerose fotografie la nuova stazione schermografica fondata dal Consorzio provinciale antitubercolare di Milano nel quale è messa in evidenza l'accurata organizzazione dei diversi servizi, affidata a medici competenti e specializzati. Tutti i problemi tecnici e scientifici hanno trovato nel nuovo istituto la loro più completa soddisfacente soluzione.

G.

Idem n. 31, 1942, Milano.

PALMIERI: *Il medico e la legge penale.*

In una interessante conferenza tenuta ai medici militari e civili di Bari, l'illustre A. prospetta il suo punto di vista sulla questione se esiste o no nel medico il diritto di curare. Secondo l'A. il trattamento medico-chirurgico in linea di massima non può essere imposto all'infermo, che per il principio di autodecisione ha il diritto di rifiutare. La questione trova il suo fondamento nella legge sulle assicurazioni sociali che esigono il ripristino della capacità lavorativa dell'assicurato, recuperabile ai fini della più alta funzione nazionale, ed in casi di opposizione dell'assicurato, il giudizio di decisione va devoluto ad un collegio arbitrale del quale faccia parte un rappresentante dell'interessato. Principio, come si vede, già accolto dalla prassi comune ed entrato ormai nella più recente legislazione negli stati civili.

G.

Bollettino del Centro Studi dell'I. N. A., n. 11-12, 1942, Roma.

G. G.: *Nell'elenco professionale dei produttori - Le Assicurazioni d'Italia - Il convegno dell'organizzazione del Veneto - La riunione del Comitato Veneto.*

Bollettino della Federazione Nazionale delle Imprese Assicuratrici

n. 19-20, 1942, Roma.

*Atti e comunicazioni della Federazione - Legislazione - Notiziario di giurisprudenza - Informazioni - Vita assicurativa.***Bollettino mensile di Statistica del Regno d'Italia, n. 10, 1942, Roma.**

Dal movimento delle popolazioni avvenuto in Italia nel settembre 1942 e pubblicato dall'Istituto Centrale di Statistica, rileviamo i seguenti dati: popolazione residente, 45.611.000 abitanti, matrimoni celebrati numero 22.999, nati vivi 80.932, morti 47.127.

Nei primi nove mesi del 1942 l'eccedenza dei nati vivi sui morti è stata di 225.941 con una diminuzione di 22.988 unità in quelle dei primi 9 mesi del 1941.

G.

Buona Semente (La) n. 10, 1942, Milano.MONOTTI: *Contributo dei ragazzi italiani alla vittoria.*BERNINI: *A scuola - Dalla scuola alla vita - Documentari - La crocerossina.***Cuore e circolazione, n. 9, 1942, Roma.**MATTIOLO: *Osservazioni e ricerche cliniche sul cuore, da tabacco.*

Con opportune ricerche in giovani non fumatori e in fumatori con apparato cardio-vascolare sano, sono stati riscontrati dei fenomeni cardiaci per effetto di tabacco, consistenti in extra sistolia, aritmia respiratoria ed alterazioni del circolo coronario. Secondo l'A. si impone l'esame cardiografico nei fumatori sofferenti di disturbi cardiaci per la determinazione di interdire o meno il fumo.

G.

Difesa sociale, n. 7-8-9, 1942, Roma.JACONO: *Il lavoro dei tubercolotici.*

Il ritorno al lavoro dei tubercolotici, uscito oramai anche in Italia dalla fase teorica, porge all'A. l'occasione di un accurato studio per tracciare, per sommi capi, i problemi e le modalità di funzionamento delle diverse istituzioni addette allo scopo. L'A. auspica l'organizzazione di una scuola professionale sanitaria, con il programma di studiare i problemi relativi all'assistenza sanatoriale e a quella post-sanatoriale.

G.

Forze Sanitarie (Le), n. 14, 1942, Roma.SCHIASSI: *Sulla cura delle congelazioni.*

L'A. dopo aver ricordato i metodi fisici e diatermici, recentemente adottati, si intrattiene a fare risaltare la grande utilità del calore applicato sulle parti congelate mediante bagni locali di cui espone la tecnica e la composizione. Il metodo agirebbe per un processo di «*incitabilità vitalistica*» sui tessuti in quanto si vivifica la circolazione sanguigna linfatica, si favorisce l'allontanamento dei prodotti risultanti dalla disgregazione dei tessuti privati della loro vitalità, si promuovono movimenti esosmotici di siero-linfa con l'espulsione dall'interno verso l'esterno di sostanze tossiche a maggiore depurazione dell'organismo e della

regione ottenendo un'attenuazione sino alla scomparsa delle sensazioni dolorose.

G.

Folia Medica, n. 21, 1942, Napoli.

MAURO: *Sul lavoro, condizioni igienico-ambientali e morbilità dei lavoratori addetti alle cucine.*

L'A., dopo aver illustrato il lavoro che si svolge nelle cucine, passa in rassegna i vari gruppi di malattie sofferti da questi lavoratori, mettendo in evidenza l'importanza delle condizioni ambientali di lavoro, quali fattori morbigeni per la genesi di alcune infermità molto diffuse nella categoria (influenza, reumatismi, broncopolmonite, faringo-laringite, ecc.).

G.

Giornale di Medicina Militare, n. 7, 1942, Roma.

TERZANI: *Incidenza delle cardiopatie valvolari nei militari ricoverati.*

L'A. riferisce una statistica dei casi di cardiopatie riscontrate durante il ricovero ospedaliero di molti ammalati, in massima parte provenienti dal fronte, facendo rilevare come il 12,9% di essi erano stati inviati per altra malattia concomitante. L'A. inferisce da ciò la necessità di procedere ad un sistematico esame dell'apparato cardiovascolare di tutti gli ammalati ai fini degli opportuni provvedimenti medico-legali.

G.

Idem, n. 9, 1942, Roma.

BETTINARDI: *La reazione di Mester nelle diagnosi del reumatismo articolare.*

Come è noto, la reazione introdotta nella pratica dal Mester (1937) si fonda sull'introduzione, per via intracutanea di un cmc. di una soluzione sterilizzata di acido salicilico al 0,1% in acqua distillata e sul comportamento dei globuli bianchi. L'A. che ha applicato il metodo in molti casi di reumatismo articolare acuto, in atto, e pregresso, in casi di poli-artrite cronica deformante e di angina-fuso-spinillare, l'ha ritrovato costantemente positivo nelle forme acute e pertanto ne consiglia la pratica applicazione.

G.

Infortunati e Malattie Professionali, n. 7, 1942, Roma.

MORI: *Un caso di lesione del n. cubitale — ramo profondo della branca volare — per ferita da lapis copiativo (anilina).*

L'A., illustrando un trauma da lapis copiativo riportato da un operaio sulla regione volare della mano che poi si accompagnò all'atrofia dei muscoli, innervati dal ramo volare-profondo del cubitale, per lesione del nervo stesso, ritiene che l'azione tossica dell'anilina si sia spiegata per diffusione lungo il tessuto nervoso in via discendente che per un'azione diretta sul filetto così sottile del nervo.

G.

Lavoro Umno, n. 7-8, 1942, Torino.

AMBROSIO: *Le condizioni igienico-sanitarie dei lavoratori delle saline di Trapani.*

L'A., che ha eseguito un'inchiesta diligente sul lavoro dei salinari, delle note saline di Trapani (Sicilia), ha constatato che esistono alcune categorie di questi lavoratori colpiti da varie manifestazioni morbose

come callosità alle mani ed alle spalle, congiuntiviti croniche ed acute, blefariti, dermatosi da sale agli arti inferiori e mialgie caratteristiche.

Queste osservazioni pur non confermando una speciale pericolosità al lavoro delle saline hanno suggerito all'A. l'opportunità di proporre mezzi profilattici più confacenti a proteggere questa importante categoria di lavoratori.

G.

Lotta contro la tubercolosi, n. 9, 1942, Roma.

DE MARCHI-SPAGNOLO: *Il lavoro sanatoriale quale collaudo indispensabile della raggiunta stabilizzazione e guarigione clinica nei tubercolosi polmonari.*

Gli AA., passando in rassegna le varie cause che possono spiegare la recidiva ed i conseguenti ricoveri degli ammalati di tubercolosi polmonare, già dimessi per avvenuta guarigione o stabilizzazione, mettono in evidenza i vantaggi dell'ergo-terapia ed i risultati ottenuti in circa 100 soggetti, sottoposti al lavoro. Da ciò gli AA. traggono la conclusione che l'ergo-terapia non costituisce soltanto un sussidio terapeutico ed un efficace allenamento alla vita di lavoro extra-sanatoriale, ma bensì un vero ed indispensabile collaudo dello stato di guarigione raggiunto.

G.

Minerva Medica, n. 38, 1942, Torino.

ZAMBELLI: *Sulla patogenesi dell'albuminuria.*

Dopo aver discusso sull'origine delle proteine urinarie e sulla natura renale o extrarenale dell'albuminuria, l'A. sottopone al vaglio di una critica fisiologica le ipotesi relative alla natura secretoria e filtratoria. A conclusione del suo studio l'A. definisce l'albuminuria, come una filtrazione delle molecole proteiche ematiche, attraverso la membrana glomerulare alterata.

G.

Medizinische Klinik, 5 febbraio 1943.

LEHMANN BRESLAU: *L'ereditarietà nella tbc.*

La tendenza ereditaria nei soggetti appartenenti a genitori tarati per la tbc. era già nota « ab antiquo »; mancava però una dimostrazione sperimentale e statistica. LEHMANN in questo articolo riporta gli studi fatti da due noti sperimentatori tedeschi DIEHLS e VERSCHUER che tanti notevoli contributi hanno dato agli studi sulla ereditarietà.

Le ricerche sono state condotte sui gemelli, ma l'origine risale ad una osservazione fatta in una scuola dove insegnava un maestro affetto da tubercolosi polmonare, gli alunni che prima ammalarono di tbc. furono quelli, che appartenevano a famiglie con tare specifiche. Successivamente le ricerche eseguite sui gemelli hanno confermato che esiste, ed ha un importante gioco sulla patogenesi delle forme tubercolari, la disposizione ereditaria.

L'esperienza degli anzidetti AA. si può riassumere nella legge da loro formulata: esiste una speciale disposizione alla tbc., nei componenti delle famiglie con tare specifiche, che induce il suo portatore ad ammalarsi di tbc. con quasi il 50% di probabilità. Questi portatori hanno una resistenza deficiente all'infezione tbc. mentre i genotipi che mancano della suddetta disposizione posseggono un'alta capacità di resistenza contro l'infezione tbc.

L'azione della disposizione ereditaria nella tbc. si lascia riconoscere anche nel corso e nella forma della malattia (forme precoci e tardive) ma

anche nella sede organica. Nell'analisi dei fattori che agevolano la patogenesi dell'infezione da KOCH, LEHMANN ne enumera i seguenti:

- 1) la disposizione ereditaria alla tbc.;
- 2) l'azione del bacillo tbc. e anche le concause modificatrici della resistenza dell'organismo che VERSCHUER ha raggruppato in due divisioni: in fattori modificatori ereditari, e non ereditari;
 - 1) i fattori modificatori ereditari sono: abito astenico, le disposizioni locali e organiche particolari, le alterazioni secretorie interne (pubertà), le malattie ereditarie come il diabete;
 - 2) i fattori modificatori non ereditari debbono ricercarsi nell'ambiente in cui vive il soggetto, come deficienza di nutrizione, di aria, di luce, di movimenti, malattie professionali, malattie acute e croniche intercorrenti, gravidanza, puerperio.

Anche il tipo dell'infezione tbc. ha la sua importanza specialmente nel modo di insorgenza nella via di penetrazione, nelle infezioni ripetute nella virulenza del bacillo. Questi studi di DIEHLS e VERSCHUER nei gemelli sono stati confermati da MEHLINGER e KUSCH su 46 coppie di gemelli e anche convalidati sperimentalmente da DIEHLS e VERSCHUER su 636 cavie. I prodotti di questi animali, in precedenza iniettati con 1-100 di mg. di bacillo vivente tbc., mostrano lesioni tbc. negli stessi organi in cui sono stati iniettati i loro produttori.

LEHMANN conclude ritenendo dimostrata la disposizione ereditaria ad ammalarsi di tbc. specialmente dal punto di vista sperimentale, ma di fatto bisognerebbe che fosse a fondo studiata nell'uomo, specialmente apportando un largo contributo statistico.

C. C.

Medizinische Klinik, n. 8, 1943.

GREBE HERMANN: *Tubercolosi polmonare o tumore del polmone?*

L'A. mette in evidenza che è sempre necessario fare la diagnosi differenziale tra tubercolosi polmonare e cancro del polmone con tutti i mezzi che sono a disposizione della scienza, in quanto l'errore diagnostico è sempre possibile fra le due malattie; difatti l'infiltrato tubercolare può dissimulare una infiltrazione neoplastica e la tubercolosi miliare si può confondere con la linfoangioite cancerosa, persino le caverne possono essere confuse con quelle di natura cancerosa nel periodo di disfaccimento; l'A. passa quindi ad una analisi dei diversi esami clinici ponendo la diagnosi differenziale nei termini a tutti noti.

C. C.

Ospedale Maggiore (L'), n. 10, 1942, Milano.

ROCCHINI: *Organizzazione e funzionamento del Centro Ambulatoriale per diabetici.*

L'A., concludendo la serie dei suoi studi sull'argomento, e rilevando le conseguenze che, per le attuali restrizioni alimentari, sono derivate nel trattamento dei diabetici, aggravate dal fatto che questi non sono in grado di utilizzare quelle diverse fonti di energie che resterebbero ancora possibili, osserva che tuttavia, il Dispensario di Milano, in grazia delle disposizioni dallo Stato, è riuscito a fronteggiare, nel miglior modo, la difficile situazione ed a trovare ripieghi ed accorgimenti utili alla bisogna.

Pensiero Medico, n. 71, 1942, Milano.

TROPEANO: *Concetti fondamentali di medicina sociale* - CONSIGLIO: *Chi sono e come sono antropologicamente i delinquenti* - LEPORE - VITO NECCHI - BETTICA GIOVANNINI - ALBERICO BENEDECENTI.

Policlinico (II) (Sezione Chirurgica) n. 10, 1942, Roma.

BARTOLOMUCCI: *Contributo sperimentale allo studio dell'immunità locale negli innesti cutanei eterologhi.*

L'A., ha studiato in tre serie di ricerche il comportamento dell'immunità locale nell'attecchimento degli innesti cutanei eterologhi pervenendo alla conclusione, che pur osservando un aumento del tempo richiesto per l'eliminazione del lembo negli animali trattati, in nessun caso però si è avuto l'attecchimento definitivo.

G.

Idem (Sezione Medica), n. 9, 1942, Roma.

CALABRESE: *Contributo allo studio del morbo di Cushing.*

In un accurato studio patogenetico, viene concluso che il morbo di Cushing debba ritenersi pur nella sua variabile sintomatologia, a seconda dell'età del soggetto e delle possibilità di adattamento dell'organismo, come la risultante di una distrofia plurighiandolare o primitiva secondaria, a modificazioni anatomiche funzionali dei centri diencefalici per l'influenza che questi hanno sulle funzioni delle ghiandole stesse.

G.

Idem, (Sezione pratica), n. 32, 1942, Roma.

SCIMONE: *Sul valore clinico e diagnostico della reazione di Takata-Ara.*

La reazione che fu proposta già nel 1925 a scopo diagnostico differenziale nelle affezioni polmonari acute (polmonite e tubercolosi polmonare essudativa) è stata studiata dall'A. in 205 casi di epato-patie e ne è risultato che essa è positiva quasi nel 100 % dei processi cirrotici. Secondo l'A. la reazione pur non rappresentando una prova di funzionalità epatica, data la sua assoluta positività nei casi di cirrosi, acquista un valore diagnostico molto importante.

G.

Rassegna Clinico Scientifica, n. 11, 1942, Milano.

REDAZIONALE: *Vitamine naturali e vitamine sintetiche.*

L'A., a proposito di un recente articolo di Alter, che ha fatto molto rumore, sulla non equivalenza tra vitamine naturali e vitamine sintetiche, prende posizione contro tale opinione ed espone una serie di fatti assai importanti che dimostrano come l'azione biologica e terapeutica sia perfettamente uguale. Mettendo in evidenza l'enorme progresso apportato dalle vitamine sintetiche nella cura delle più svariate avitaminosi, non tralascia di far rilevare come la proprietà di alcune vitamine naturali consista nel rafforzare l'azione intrinseca biologica, così come avviene per la vitamina C che agisce più attivamente in grazia del suo componente, la citrina.

G.

Rassegna di Medicina Industriale, n. 8-9, 1942, Torino.

MONTESANO: *Aspetti della silicosi in una miniera di antracite; studio clinico radiologico e contributo casistico.*

Si tratta di uno studio eseguito in una miniera di antracite allo scopo di rilevare se fra gli operai occupati in essa vi fossero dei malati di silicosi; studio che è stato condotto con esami chimici e petrografici

di diversi campioni di roccia, e con esami radiologici di cui sono presentati i radiogrammi illustrativi. Nelle conclusioni l'A. afferma che la silicosi è stata sempre presente nel cantiere ed ha colpito quei minatori che hanno lavorato alla perforatrice in roccia per più di otto anni. Su venti silicotici esaminati, quattro hanno presentato forme silico-tubercolari.

G.

Idem, n. 10, 1942, Torino.

CERESA: *Sulla spirochetosi dei lavoratori nelle risaie del Novarese.*

Considerata la diffusione assai frequente della malattia nelle risaie del Novarese, l'A. prospetta le sue forme cliniche più comuni e segnala le ricerche sierologiche diagnostiche più atte a svelarla. Tra i provvedimenti profilattici più idonei l'A. raccomanda, oltre la modificazione del Ph delle acque con solfato di rame, la deratizzazione e la vaccinazione. l'uso da parte dei lavoratori di stivali di gomma e di guanti di gomma, di lino e di panno qualunque, al fine di proteggere dalle ferite e dalle escoriazioni le quali offrono sicura porta di entrata alla spirocheta.

G.

Riforma Medica (La), n. 45, 1942, Napoli.

SPOSITO: *L'ingrossamento delle parotidi nella cirrosi del fegato.*

L'A., studiando 7 casi di concomitanza di cirrosi del fegato con ingrossamento delle parotidi, sottoposti ai controlli anatomico-patologici, espone le diverse teorie etiologiche, fra cui quella più recente relativa ad una iperplasia del tessuto connettivo con ispessimento delle pareti vasali, così come è stato dimostrato per le cirrosi del fegato.

G.

Rivista Italiana di Igiene, n. 9, 1942, Pisa.

IMBASCIAITI: *La ricomparsa del « gozzo acuto ».*

L'A., riferendosi alle recenti ricerche e studi eseguiti su questa forma dalla scuola torinese e più particolarmente al lavoro pubblicato dall'Anglesio (Il gozzo acuto), riassume i dati conclusivi di maggiore interesse pratico, che riguardano la epidemiologia, l'etiologia, la sintomatologia, il decorso, la profilassi e la cura. Il problema per quanto impostato su nuove, fondamentali basi, resta tuttavia, a giudizio dell'A. ancora oscuro ed indefinito.

G.

Scienza e Tecnica, n. 9, 1942, Roma.

Vaccinazione preventiva attiva contro la dissenteria bacillare.

Basandosi sulla recente scoperta del fenomeno di dissociazione tossicologica, il Prigge ha comunicato una effettiva ed innocua vaccinazione attiva contro la dissenteria bacillare C con vaccino ETA in cui gli agenti si trovano legati ad un assorbente specifico e non aspecifico.

G.

Stomatologia Italiana (La), n. 8, 1942, Roma.

ARMENIO: *Gli equivalenti salivari dei gruppi sanguigni.*

L'A., esponendo le sue ricerche sperimentali conferma il concetto sostenuto dal Lattes che all'individualità del sangue corrisponde una

equivalente individualità della saliva, e che ai quattro classici gruppi sanguigni di Land-Steiner corrispondono equivalentemente analoghi gruppi salivari. Ciò, che permette di risalire dall'esame della saliva al gruppo sanguigno del soggetto in esame.

G.

Studium, n. 9, 1942, Napoli.

La questione del morbo di STILL.

A seguito di recenti discussioni, l'A. si diffonde a precisare le caratteristiche speciali del quadro morboso, rappresentato essenzialmente dalla triade sintomatica, poliartrite, poli-odeno-patia e tumore di milza, ciò che dà alla malattia un carattere di autonomia clinica indiscutibile. Questo concetto fa escludere la natura tubercolare luetica o reumatica, come da alcuni AA. è stato sostenuto, e mette la malattia tra quelle sicuramente infettive ad agente fin'ora ignoto. Resta però a chiarirsi, secondo l'A., se la malattia di Still, la sindrome di Feltry e la poliartrite cronica primaria di tipo infettivo siano determinate dallo stesso agente etiologico e rappresentino perciò espressioni anatomo-patologiche diverse di un'unica malattia o siano entità morbose distinte legate all'azione patogena di virus diversi, se pure affini.

G.

Tubercolosi, n. 6-7, 1942, Roma.

PARLAVECCHIO-CONFORTO: *La cura delle emottisi tubercolari.*

Gli AA., in un accurato studio hanno messo in evidenza le cause patogeniche dell'emottisi nella tbc. ed espongono alcune teorie accennando all'esistenza di una disfunzione neuro-vegetativa che potrebbe essere alla base dei disturbi emottioici.

G.

Villaggio ed i campi, (II) n. 39, 1942, Roma.

Malattie infettive dei bovini - Uomini e macchine per l'agricoltura - Il terreno agrario - Impianti del frutteto.

Zacchia, n. 2, 1942, Roma.

ROGARI: *Ricerche sperimentali all'influenza della somministrazione di preparati sulfamidici sull'andamento della gravidanza.*

L'A., riferisce i risultati delle ricerche sperimentali da lui praticate su 18 cavie gravide, sottoposte a somministrazioni, a dosi diverse, di preparati sulfamidici: è stato dimostrato che le dosi terapeutiche non hanno effetto abortivo e se ciò avvenisse dovrebbe considerarsi come la conseguenza di uno stato di intossicazione generale dell'organismo e come un avvelenamento per eccesso di dosaggio.

G.

Nella nostra biblioteca

BORGHI: *Medicina*. - Ediz. Salani, collezione « Conoscere ».

Più volte eminenti scienziati hanno tentato di scoprire il velo della scienza agli occhi attoniti dell'« uomo della strada », ma solo pochissimi sono riusciti, come il BORGHI, a dare una sintesi completa, piana, accessibile della medicina, in maniera che veramente incatena il lettore dalla prima all'ultima pagina senza stancarlo.

La dizione spedita ma precisa, con l'uso parco, limitato all'indispensabile della complessa nomenclatura medica, rende piacevole la lettura di questo libro, non solo, a chi digiuno di scienza medica si accinge a leggerlo, ma evita anche al medico, quelle noiose perifrasi e scolastiche delucidazioni, che appesantendo l'esposizione la rendono un ostacolo a chi esperto nelle scienze mediche cerca nel libro la completezza e l'aggiornamento di ogni singolo argomento.

Ciò il BORGHI lo ha ottenuto non senza sforzo, dovendo accomunare in una felice sintesi le nozioni più varie e indispensabili di biologia, di fisiologia e delle diverse branche della patologia umana. Nè è da credere che l'A. si sia limitato ad una pedissequa esposizione scientifica più o meno colorita, o tanto peggio romanzata; da perfetto conoscitore della materia, l'A. ha impostato i vari capitoli sotto il principio informatore di una idea fondamentale, unitaria, panoramica, che sublima il trionfo della scuola anatomo-clinica italiana.

Non vi è argomento dell'opera che sfrondata da una sana, rigorosa, obbiettiva critica non metta a punto tutte le questioni ad esso inerenti, assurgendo sempre a concetti generali, che rivendicano alla medicina il diritto di essere ritenuta scienza universale. Viene da domandarsi, intravedendo la mano magistrale che ha scritto sì chiare pagine, se come è costume dei veri scienziati, non si è voluto raccogliere singolarmente ogni utile particolare scientifico, per voler assurgere a quelle alte speculazioni di ordine generale che caratterizzavano la filosofia greca definita « scientiarum scientia » e che nel fatto in ispecie tratteggiavano distintamente le vie che dovrà battere la medicina, se vorrà rimanere quella che MALPICHI, MORGAGNI, GOLGI, DE GIOVANNI e più modernamente VIOLA e PENDE la immaginarono e la formarono.

Nei tempi moderni in cui la vera clinica, quella della tradizione nettamente italiana, quella che si faceva al letto del malato, sia pure usufruendo dell'aiuto dei laboratori, comincia ad essere sopraffatta da uno sperimentalismo certamente più speculativo, ma non del tutto aderente alla vera medicina, questo libro, arriva come un saldo richiamo alla realtà. Esso è destinato alla divulgazione dei fondamenti della medicina, ma di fatto, tra le sue righe si legge il tormento di tutti quei medici, che nel metodo clinico e costituzionalistico, non infarcito da empirismo, vedono il futuro assestamento della scienza medica.

Il libro del BORGHI è completo in ogni parte, nell'esame dei singoli capitoli potrebbe indurre il lettore a particolari preferenze, ma due, ritengo che siano per il medico di singolare interesse: quello detto delle « digressioni neuro psichiche » e quello che tratta la terapia come scienza. In questi due capitoli al BORGHI scienziato è subentrato il BORGHI filosofo e psicologo, al fine interprete di complicati preparati istologici, si è affiancato l'agguerrito tomista, che con eleganza di tesi ha

sventato vecchi preconcetti che gli hanno permesso di concludere con pienezza di argomenti: « ugualmente alla medicina speculativa, la medicina pratica è quindi una scienza ».

Con questa conclusione scompare per sempre il connubio infelice di arte e terapia, problema più etico che estetico che per generazioni ha avuto valore assiomatico. Il libro, in veste tipografica curatissima, avrà il consenso che merita non solo con una più che promettente diffusione, ma anche con una critica entusiasta, ciò che è il vero ambito premio di sì lodevole fatica. Ad meliora.

C. C.

CAMPESE: *Affinchè resti memoria delle Casse Mutue Infortuni Agricoli.*

Molto opportunamente l'A., Direttore della Rivista e che ha personalmente seguito le vicissitudini della Assicurazione per gli Infortuni Agricoli, ha tracciato dopo l'epilogo la storia di quelle che furono le autonome Casse Mutue Infortuni Agricoli (Assistenza Sociale Agricola, n. 11-12, 1943).

Sorto il regime facoltativo ed a carattere regionale sulla fine del secolo scorso e nei primi anni di questo esse furono le seguenti nell'ordine di tempo: la C.M.I. Lombarda, quella di Vercelli con giurisdizione anche in Lombardia, la « Umbro-Laziale », l'« Adige » di Verona e la « Calabrese ». L'assicurazione obbligatoria sviluppò ancora l'attività assistenziale delle Mutue che per circa 10 anni ebbero il monopolio dell'esercizio.

Ma con la vasta riorganizzazione del ventennale la Federazione Nazionale delle Casse Mutue è stata sciolta e le sue funzioni sono passate all'U.N.F.A.I.L. che gestirà pertanto le assicurazioni infortuni tanto nel campo industriale che in quello agricolo.

Infine in alcuni diagrammi e tabelle viene riassunta la vasta attività svolta nel quindicennio 1928-1943 dalle 18 circoscrizioni delle Casse Mutue il cui tramonto l'A. auspica possa essere fecondo, sebbene doloroso travaglio, per un ulteriore passo verso la unificazione delle attuazioni assistenziali e di quelle provvidenziali.

St.

COLOMBO: *Le regole sanitarie della Scuola Medica Salernitana, 1943.*
Istituto Editoriale Cisalpino, Milano.

Una ben degna fatica si è assunto l'A. con la sua recente pubblicazione, nella quale accanto al testo latino, accompagnato da versione ed intelligente commento, vengono presentate le regole sanitarie della gloriosa Scuola Salernitana, che in tempi barbari ed oscuri (1000) aprì la prima luce a quel movimento di studi scientifici ed umanistici che culminarono più tardi nell'immortale Rinascimento Italiano. La riesumazione di antichi ed aurei precetti che tutt'ora hanno carattere, in certo modo, di attualità serve egregiamente a mettere in luce il contributo essenziale dato dall'Italia al progresso civile e spirituale del mondo con i suoi scienziati, artisti, letterati non meno che con gli uomini di fede e di azione. Il libro sarà accolto con speciale gradimento oltre che dalla classe sanitaria, dalle persone di media cultura, che, sapendo di latino, troveranno diletto nell'apprenderne la chiarezza e l'originalità, con la quale si esprimevano i Medici Salernitani nel darci notizie e consigli igienici.

G.

PALMIERI Prof. V.: *Medicina forense*.

Felice ed armonica elaborazione personale della disciplina si dimostra questo volume, che per i tipi del Macrì di Bari e Città di Castello è uscito nei mesi scorsi in 2^a edizione assai ampliata rispetto alla precedente. Dopo le pubblicazioni di numerosi e aggiornati trattati e manuali in più volumi, comparsi negli ultimi anni, un simile libro potrebbe sembrare di poco rilievo; invece la profonda cultura e la vasta esperienza del chiarissimo Direttore dell'Istituto di Medicina Legale di Napoli hanno saputo in sole 630 pagine offrirci una sintesi della vasta materia non già stereolipata, ma attraverso una elaborazione propria, spesso nuova, sempre acuta.

A tal fine l'A. ha portato l'accento della trattazione sul lato giuridico degli argomenti anzichè sui dettagli tecnici, che sono comunque riferiti sufficientemente nelle linee essenziali. La esposizione stringata, senza divagazioni o ripetizioni di altri testi, ha permesso all'A. di svolgere in ognuna delle quattro parti in cui il libro è diviso, qualche capitolo con maggior respiro e dettagli nuovi ed interessanti che invano cercheremmo in altri Autori.

Così nel capitolo sul segreto professionale della Parte Generale abbiamo letto un paragrafo intero sulla relazione causa di morte dell'assicurato sulla vita, è anche impostato il problema del proscioglimento dal segreto nei riguardi delle Compagnie e dedicato un altro interessante paragrafo sulla frequente consulenza medico-legale privata in cui la persona assistita è diversa da quella visitata. Nella applicazione al Penale notevole la trattazione anche sociale dei delitti non abortivi e il capitolo sul matrimonio nei riguardi del diritto civile e canonico.

L'opera del PALMIERI risulta di speciale utilità allorchè con alta competenza l'A. tratta delle applicazioni medico-legali al diritto previdenziale nei quattro grandi settori assicurativi: infortuni e malattie professionali, malattie, previdenza sociale e assicurazioni sulla vita. In quest'ultimo capitolo sono stati esposti per la prima volta in un libro di testo i criteri che guidano l'organizzazione sanitaria del ramo per la valutazione del rischio e prospettati i problemi medico-legali inerenti all'esercizio del ramo, per la soluzione dei quali non sempre però possiamo condividere l'opinione dell'A.

Siamo comunque lieti che l'illustre Prof. PALMIERI in questo libro aggiornato abbia svolto per intero il vasto panorama delle assicurazioni in precedenza, e troppo spesso, limitato allo studio dell'infortunio, ciò che renderà la pubblicazione specialmente utile ai giuristi ed ai medici fiduciari di assicurazione.

St.

Vuoti nelle file

Per la Patria

Il 24 febbraio u. s. è caduto sul fronte russo, dando esempio di sublime dedizione alla Patria, il Dott. FORTUNATI ITALO, che fu il primo dei Medici di Direzione dell'I.N.A. e primo collaboratore dell'« Assistenza Sanitaria ».

Alla memoria del valoroso ed apprezzato Collega, che fu anche assistente chirurgo al R. Istituto Regina Elena e degli Ospedali Riuniti di Roma, la nostra Rivista invia un commosso saluto e le più profonde condoglianze alla vedova.

Il Dott. DE NIGRIS CARLO, nostro medico fiduciario a Melfi (Agenzia Potenza), nell'adempimento del proprio dovere è caduto sul fronte russo. Alla sua memoria il nostro reverente omaggio.

- | | |
|--|---|
| Dr. AVALLONE ALFREDO, Castelfranco in Miscano (Benevento). | Dr. Prof. COLESCI LORENZO, Montecatini (Lucca). |
| Dr. BOLLANO REMO, Alessandria. | Dr. DELL'ACQUA GIUSEPPE, Somaglia (Lodi). |
| Dr. BOSELLI SILVIO, Nova Milanese (Monza). | Dr. DE PRETIS GIOVANNI, Revò (Trento). |
| Dr. BRUSCHI FRANCESCO, Monticelli (Piacenza). | Dr. FANA GIULIO, S. Maria della Versa (Pavia). |
| Dr. CAFFARATTI G. BATTISTA, Cavour (Torino). | Dr. FRAIOLI FEDERICO, Monte San Giovanni Campano (Frosinone). |
| Dr. CAPOBIANCO FRANCESCO, Franco-lise (Caserta). | Dr. GIMIGLIANO MASSIMO, Cenadi (Catanzaro). |
| Dr. CASSANO ANGELO, Cannobio (Novara). | Dr. LANCELLOTTI GIOVANNI, Novara. |
| Dr. CASTIGLIEGO GIULIANO, Comezzano Cizzago (Cremona). | Dr. MANZOTTI ADOLFO, Cassano d'Adda (Lodi). |
| Dr. CENINI EUGENIO, Reggio Emilia. | Dr. MARTIGNETTI Angelo, Cagliari. |
| Dr. CIALINI LUIGI, Cascia (Perugia). | Dr. MEARDI GIOVANNI, Molino Alzano (Alessandria). |
| Dr. CIPOLLONE GIOCONDO, Avezzano (Aquila). | Dr. PIZZINI BENEDETTO, Napoli. |
| Dr. CIPPITELLI MARIO, Lido di Roma (Roma). | Dr. RESCIGNO GIUSEPPE, Roma. |
| | Dr. SALVANI GIOVANNI, Coccaglio (Cremona). |
| | Dr. SANTUCCI NELLO, Livorno. |

A Toiano di Palaia è deceduto il 1° giugno il Gr. Uff. SALT ALBERTO, Agente Generale Onorario dell'I.N.A. Alla Famiglia le più sentite condoglianze.

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

Dott. P. TROTTARELLI, direttore responsabile Società Tipografica Castaldi - Roma, Via Casilina. 49



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 dei fogli azzurri e a pag. VI di cop. dell'Ed. Spec.) **eventualmente completate dalle seguenti ricerche ed esami di laboratorio:**

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

Espettorato;

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

Elettrocardiogramma;

Misurazione della pressione arteriosa;

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. 30 000 si concede un buono di visita medica gratuita ogni due anni.

Tale buono (Mod. S. S. 80) distribuito dalla Agenzia presso la quale l'assicurato paga il premio, è utilizzabile presso i Sanitari disposti ad eseguire le visite alle condizioni convenute con il Sindacato Nazionale 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 otolaringoiatriche) vedi elenco compreso nella pag. II dei fogli azzurri e pag. II e III dell'Ed. Spec.

G) Facilitazioni presso ospedali e case di cura (vedi tabella a pag. IV dei fogli azzurri e a pag. VII dell'Ed. Spec.).

H) Facilitazioni presso stabilimenti termali (vedi tabella a pag. IV-V dell'Ed. Speciale).

I) Pubblicazioni di medicina preventiva e d'igiene
1. «Salute, tesoro della vita» del Prof. Dr. O. BELLUCCI -
2. «Sotto il platano di Coe» Consigli d'igiene e di medicina preventiva - 3. «Sotto il platano di Coe» (Seconda giornata) -
4. «L'Assistenza Sanitaria» Rivista bimestrale d'igiene e di medicina preventiva; Edizione speciale.

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

Gli assicurati impossibilitati ad allontanarsi dalla loro residenza possono beneficiare ugualmente delle ricerche di laboratorio, inviando il materiale da analizzare al Servizio Sanitario della Direzione Generale in ROMA od ai Centri di Assistenza Sanitaria (V. Tab. pag. III dei fogli azzurri e a pagina VI di cop. dell'Ed. Spec.) col mezzo più celere, insieme ai Buoni per Esame di Laboratorio (Modulo Servizio Sanitario 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. 3 giorni a dieta apurínica (senza carne, cacao, caffè, cioccolato);

per la reazione di Meinicke o la reazione di Ide: per la reazione citochol; per la reazione di Wassermann; 5-10 cc. di sangue, prelevato a digiuno o meglio 12 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).

Medici specialisti che accordano facilitazioni ai nostri assicurati

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

OTORINOLARINGOIATRI

Alessandria: Dr. F. Badino, Via Trotti, 12 - Dr. A. Ajmone, Via Faà di Bruno, 18 - Dr. L. Bortolotti, Via S. Giacomo della Vittoria, 25.

Casale Monferrato: Dr. G. Gua-schino, Via Mellana, 2.

Aosta: Irea: Dr. U. Maggiorotti, Piazza Lamarmora.

Aquila: Dr. S. Cipolloni, Via S. Marciano, 31.

Ascoli Piceno: Fermo: Dr. A. Lodovici, Via Sapienza, 4.

Asti: Dr. A. Gentile.

Bergamo: Dr. I. Calderoli, Via XX Settembre, 46 - Dr. G. Palvisi, Via XX Settembre, 7.

Bologna: Prof. Dr. A. Canepelo, Viale XII Giugno, 12 - Dr. G. B. Facchini, Via Artieri, 2.

Bolzano: Dr. A. Briani, Via Duca d'Aosta, 2 - Dr. A. Schnabl, Piazza Grao, 2.

Merano: Dr. M. Diensbacher, Viale Maia.

Cagliari: Dr. A. Canessa, Via Manno, 5 - Dr. L. Laudadio, Corso Felice, 28.

Iglesias: Dr. A. Tornu, Piazza Sella.

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

Campobasso: Dr. G. Mola.

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

Como: Dr. F. Beccherle, Via Volta, 33 - Dr. G. Torlaschi, Via Natta, 7.

Cremona: Dr. F. Bocchi, Via Manna, 8.

Cuneo: Prof. Dr. G. Donadei, Via Gallo, 5.

Saluzzo: Dr. U. Racca, Via Gualtieri, 5.

Ferrara: Dr. A. Manfredi, Via Borgoleoni, 122 - Dr. E. Muratori, Via Palestro, 62.

Forlì: Dr. F. Seganti, Via Mal-denti, 8.

Gorizia: Dr. G. Comel - Dr. S. Ruzzati.

Imperia: Bordighera: Dr. E. Ver-dun, Via Vittorio Emanuele, 8.

Sanremo: Dr. M. De Marchi, Via Vittorio Emanuele, 18.

Ventimiglia: Dr. E. Verdun, Via Vittorio Emanuele, 18.

Livorno: Suvereto di Livorno: Dr. L. Chierici.

Mantova: Dr. Fucci, Via Carlo Poma, 15 - Dr. L. Zapparoli, Corso Vittorio Emanuele, 103.

Messina: Dr. C. Caminiti, Via Garibaldi, 27, isol. 272 - Dr. U. Val-secchi, Via U. Bassi, 120.

Modena: Gr. Uff. Dr. G. Sillin-gardi, Piazza Muratori, 31.

Napoli: Prof. Dr. E. Di Lauro, Riviera di Chiaia, 84 - Prof. Dr. S. Jan-nuzzi, Via S. Spirito di Palazzo, 31 - Dr. V. Mesolella, Via dei Mille, 59.

Padova: Prof. Dr. E. Rubaltelli, Via Gabelli, 17.

Palermo: Prof. Dr. G. Alagna, Via Roma, 391 - Dr. F. Campo, Via Stabile, 109 - Dr. G. Ferruzza, Via Lincoln, 96 - Prof. Dr. A. Zanola, Via Rodi, 1.

Parma: Prof. Dr. F. Lasagna, Piazzale Cervi, 17.

Perugia: Dr. A. Barola, Via Fani, 2.

Pistola: Dr. M. A. Casanuova, Via della Madonna, 8.

Pola: Dr. E. Mazzaro.

Reggio Calabria: Prof. Dr. G. Salvatori.

Roma: Prof. Dr. G. Turtur, Via XX Settembre, 95 - Dr. M. Manciohi, Piazza XXVIII Ottobre (angolo Via Flaminia) - Dr. C. Messanelli, Via Tevere, 44.

Siena: Dr. Prof. L. Bellucci.

Taranto: Prof. Dr. A. Biasoli, Via Due Mari, 18 - Dr. V. Battista, Via Cavour, 27 - Dr. V. Natale, Via Massari, 5.

Torino: Dr. E. Battagliotti, Via S. Chiara, 20 - Prof. Dr. C. Bruzzone, Via Confienza, 15 - Prof. Dr. Casassa, Via Principe Amedeo, 52 - Prof. Dr. I. Dionisio, Corso Vinzaglio, 10 - Dr. A. Ferrero, Via Goito, 6 - Dr. G. Leale, Corso Oporto, 5 - Dr. P. T. Mancini, Via Plana, 11 - Dr. C. Meano, Via della Rocca, 6 - Dr. C. Vassia, Via S. Chiara, 20.

Trapani: Dr. M. Sammartano, Via Mercè.

Trento: Prof. Dr. G. Garbini, Via Roma, 37 - Dr. D. Maestrani, Via Rosmini, 25 - Dr. Cav. G. Maffei, Via Oss. Mazzurana, 16.

Trieste: Dr. A. Rocco, Via Mer-cato Vecchio, 3.

Udine: Dr. F. Pellizzo, Via Ri-vis, 32.

Varese: Dr. S. Rovera - Dr. G. Sioli, Piazza Monte Grappa, 14 - Prof. Dr. G. Pinaroli, Via Fiume, 4.

Somma Lombarda: Dr. P. A. Bu-ratti.

Venezia: Dr. G. Breganzato.

Vercelli: Dr. P. Petterino, Via Oldoni, 1.

Vicenza: Dr. E. Basso, Via Rac-chetta, 5 - Dr. A. Boer, Via Car-pagnon, 13.

(L'elenco degli Oculisti sarà pubblicato nel prossimo numero)

L O C A L I T A		Centri SUB-CENTRI Consulteri	Orario dei	L O C A L I T A		Orario del	Centri SUB-CENTRI Consulteri
PIEMONTE				MARCHE E DALMAZIA			
Torino	Via Maria Vittoria, 1	Giorni feriali	1° e 3° lunedì 8,30-12,30-14,30-17,30	Ancona	Corso Mazzini, 13	1° e 3° mercoledì 10,30-12,30, 15-17	Ultimo mercoledì 10,30-12,30, 15-17
Alessandria	Via Roma, 14	Giorni feriali	Lunedì 9-12	Macerata	Via Popolo - Via Archivio	2° e 4° martedì 10,30-12,30, 15-17	2° giovedì 10,30-12,30, 15-17
Asti	Via Aliberti, 2			Pesaro	Via Ricci, 2		
Bielva	Via Anollo, 20			Zara	Via Rossini, 2		
Novara	Via S. Giacomo, 2				Calle Larga		
Vercelli	Corso Carlo Alberto						
LOMBARDIA				A B R U Z Z I			
Milano	Piazza Diaz, 6	Giorni feriali	2° martedì 9-12,30	Pescara	Corso Vittorio Emanuele, 146	Giorni feriali	
Bergamo	Via Camozzi, 3	2° e 4° martedì	11-12,30, 14-16				
Brescia	Piazza Vittorio - Pal. I.N.A.	2° e 4° giovedì	9,30-12,30	LAZIO E UMBRIA		Domenica 8-12	2° e 4° martedì 8,30-12,30, 15,30-19
Como	Via Domenico Fontana, 2	1° e 3° mercoledì	9,30-12,30	Littoria	Piazza XXIII marzo - Pal. I.N.A.	Giorni feriali	
Cremona	Via Camp, 1	2° e 4° martedì	9-12	Roma	Via Sallustiana, 51	Giorni feriali	
Legnano	Corso Vittorio Emanuele, 5	2° e 4° sabato	9-12,30	Koma	Via Trione, 142	Giorni feriali	
Padova	Corso Mazzini, 3			Terni	Via Tacito	2° e 4° sabato 14-17 (sospeso)	1° e 3° sabato 8,30-15
LIGURIA				Viterbo	Via S. Croce		
Genova	Via Carducci, 3	Giorni feriali			Via G. Marconi, 7		
VENEZIA TRIDENTINA				CAMPANIA			
Bolzano	Via Rosmini, 20	mercoledì e sabato	9-12, 15-18	Avellino	Piazza Libertà, 52	2° e 4° martedì 11-14	1° e 3° mercoledì 9,30-12,30
Bressanone	Via Roma, 5	4° venerdì	9-12, 15-18	Benevento	Via Isabella IV, 6	2° e 4° giovedì 9-12 (sospeso temp.)	1° e 3° giovedì 9-12
Rovereto	Piazza Rosmini, 14	merc., venerdì	11,30-12,30, 14,30-18	Cas. Stabia	Corso Umberto, 53	Giorni feriali	
VENEZIA VENETA				Napoli	Via S. Maria dell'Orto, 3	Giorni feriali	
Padova	Piazza Spalato, 1	Giorni feriali	2° sabato 9-12	Portici	Piazza Cosanzio Ciano, 32	2° e 4° sabato 9-12	lunedì e mercoledì
Belluno	Via Garibaldi, 1	2° venerdì	9-12, 15-18	Salerno	Via Bellucci Sessa, 17		
Isola Scala	Piazza Nazario Sauro	3° sabato	9-12		Corso Garibaldi (Pal. Natella)		
Legnogo	Piazza Uomo	1° e 3° martedì	8,30-12 (2)	P U L I E			
Treviso	Via Vittorio Emanuele 29	2° e 4° martedì	9-12, 14,30-18,30	Bari	Via A. Gimma, 73	Giorni feriali	1° e 3° mercoledì 9-13
Udine	Via Sauro, 1	Giorni feriali	lunedì 8,30-12, 14,30-18,30	Iaranto	Piazza Vittoria, 17	Giorni feriali	
Venezia	Calle Larga XXII Marzo			Lecce	Via Augusto Imperatore, 16	Venerdì	
Vicenza	Via Vittorio Emanuele, 11			Brindisi	Corso Garibaldi, 40		
	Piazza Roma, 11			LUCAANIA			
VENEZIA GIULIA				Potenza	Piazza Prefettura - Palazzo I.N.A.	Venerdì e sabato	
Trieste	Piazza Delmastro, 5	Giorni feriali	2° e 4° martedì 9-12, 15-18	CALABRIA			
Fiume	Via XXX Ottobre	1° e 3° giovedì	8,30-12 dal 1°-5 al 30-9	Catanzaro	Piazza Roma, 20	Giorni feriali	2° martedì 9-12
Gorizia	Via Crispi	1° e 3° mercoledì	14,30-16,30 dal 1°-10 al 30-4	Cosenza	Corso Mazzini	1° e 3° mercoledì 9-12	
Monfalcone	Via Duca d'Aosta, 26	2° e 4° venerdì	14-17	Reggio Cal.	Corso Garibaldi, 2		
Pola	Via Garibaldi, 13			SICILIA			
Bologna	Via Pignatelli, 3	Giorni feriali	1° e 3° lunedì 9-13	Catania	Via A. Mussolini, 16	Venerdì e sabato 9,30-13	Giorni feriali
Modena	Piazza Mazzini, 4	2° e 4° giovedì	9-13	Messina	Via Colombo, 40		
Parma	Via Garibaldi, 23	2° e 4° mercoledì	9,30-12,30	Ragusa	Via M. Colfo, 12		
Piacenza	Via Cavalli, 2	1° e 3° martedì	9-12,30	Siracusa	Via dei Milie, 2		
Reggio Emilia	Via Emilia S. Stefano, 3			Agrigento	Via Roma, 291		
				Enna	Via Vittorio Emanuele, 2		
				Palermo	Via Maqueda, 182		
				Trapani	Via Torreana		
TOSCANA				SARDEGNA			
Firenze	Piazza Stazione, 2	Giorni feriali	Lunedì 10-12, 14,30-16	Cagliari	Via Roma, 73		
Livorno	Via Cairoli, 9 (Pal. Galleria)	1° e 3° lunedì					
Prato	Piazza S. Francesco d'Assisi, 5						



Stabilimenti di cura che accordano facilitazioni ai nostri assicurati

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

Località	Nominativo	Facilitazioni	Località	Nominativo	Facilitazioni
Bologna	Osp. «B. Mussolini» dell'I. N. F. A. I. L.	20% 1 ^a e 2 ^a cl. 10% 3 ^a cl.	Modena	Casa Prof. Marchetti - Via Giardini, 20	30%
Cagliari	Casa Prof. G. Baggio - Piazza S. Benedetto	30%	Modena	Casa «Berti»	30%
Caltanissetta	Casa Dr. Ballati	30%	Napoli	Sanatorio «C. Forlanini»	30% diaria L. 20
Catanzaro	Ist. clin. diagn. fisioter. Dr. G. Mazza - Via Duomo	30%	Palermo	Clin. Prof. Arnone - Via Ugdolena, 2 Casa «Noto»	30% 30% retta 20% interventi e ricerche
Corno	Ist. Card. Prof. G. Galli - Via Volta, 46	30%	Piacenza	Casa «Fiacenza»	20%
Cosenza	Casa Catalani - Villa Amelia	30%	Reggio E.	«Villa Ida» - Prof. Dr. G. Zironi	30%
Genova	Policlinico del Lavoro - Via Benedetto XV Ist. Inalaz. Dr. B. Cxilia - Via XX Settembre, 1-2	ass. popolari L. 10 visita annuale 30%	S. Pellegr. Terme (Bergamo)	Casa Dr. M. Quarenghi	20 e 25%
Locri (Reggio C.)	Casa di Cura Barillaro	30%	Torino	Ist. Med. preventiva - Via delle Orfane, 8 Clin. malattie profes. - R. Università Ist. terapia octozonica - Corso Oporto, 10: «Villa Maria» - V. Principessa Felicita, 15-bis, 17 Ospedale Maggiore S. G. Battista e della Città di Torino	40% ass. popolari L. 14 visita annuale 35% 30 e 40% 15% prestazioni med. - chirurgiche
Messina	Ist. ter. fisica Dr. G. Spagnolio - Piazza Stazione	30%	Treviso	«Villa Bianca» - Prof. A. Grollo	30%
Mestre (Venezia)	Osp. Civ. «Umberto I»	10 e 20%	Trieste	Casa di Cura Duttogliano	20 e 10%

Cliniche specializzate e case di cura

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

Le imponenti somme pagate dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ai suoi assicurati

Dal 1912 al 1942 incluso, l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha pagato complessivamente ai suoi assicurati circa

SEI MILIARDI DI LIRE

ripartiti come segue: Per sinistri e riscatti: L. 3.017.309.443; Per scadenze: L. 1.913.136.527; Per rendite vitalizie: L. 945.403.724.

A queste cifre formidabili si devono ancora aggiungere gli utili che dal 1930 (primo anno di ripartizione) al 1941 (per il 1942 il calcolo non è ancora ultimato) sono stati assegnati agli assicurati in complessive L. 290.724.602 mentre la quota spettante allo Stato e versata al Tesoro a decorrere dal 1934, è di L. 222.635.472.

Le cifre suddette potrebbero essere affiancate ad altre che, sotto diversi aspetti, mettono anch'esse in luce l'incessante e vasto progresso dell'Azienda, ma ci riserviamo di esaminarle quando sarà reso pubblico il bilancio dello scorso esercizio.

Diciamo per ora, che alla fine del 1942 le attività patrimoniali dell'Istituto superavano i **DIECI MILIARDI DI LIRE** oltre a circa due miliardi attinenti al Fondo Indennità Impiegati e che i **capitali assicurati** ascendevano a non meno di **TRENTA MILIARDI DI LIRE** venendo in tal guisa a costituire un portafoglio di così poderose proporzioni, da riuscire di orgoglio per l'Istituto che lo amministra e indice molto confortante dello sviluppo del risparmio assicurativo in Italia e della fiducia del popolo nel Regime,

Oggi più che mai la previdenza deve esser legge per ogni famiglia. - Tutti devono possedere almeno una polizza d'assicurazione dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, che oltre a quella dello Stato, offre la garanzia della sua granitica potenza finanziaria.

I.N.A.



Corporate Heritage
& Historical Archive