

L'ASSISTENZA SANITARIA

agli Assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

PUBBLICAZIONE BIMESTRALE

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI
ROMA • Via Sallustiana N. 51 • ROMA



Sede Centrale dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni - Roma, Via Sallustiana, 51

SOMMARIO

- | | | | |
|--|--------|--|-------|
| 1. Consigli agli assicurati: Il raffreddore di testa (Dott. A. STARNA) - Profilassi della polmonite (Dott. A. SULTANO) | Pag. 1 | 7. Le aritmie cardiache (Dott. A. SULTANO) | 12 |
| 2. Utilizzazione dei Buoni gratuiti di visita medica. | 4 | 8. L'ipertrofia prostatica nell'Assicurazione vita (Dott. P. TROTTARELLI) | 31 |
| 3. Somme concesse per prestiti senza interesse agli assicurati dell'I. N. A. | 5 | 9. La morbidità, la mortalità e la vita media in Grecia (Prof. BASILIADES) | 34 |
| 4. Organizzazione medica dell'I. N. A. al 31 dicembre 1933 | 5 | 10. La pagina del medico fiduciario | 38 |
| 5. Grafico dei pesi in rapporto alle altezze, per i maschi dai 21 ai 50 anni | 6 | 11. Notiziario | 40 |
| 6. Sinistri dei contratti in forma popolare esaminati dal Servizio Sanitario dell'I. N. A. | 7 | 12. Dai Libri e dalle Riviste | 41 |
| | | 13. Provvidenze sanitarie in vigore a favore degli assicurati dell'I. N. A. | I-XII |

L'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

nel decorso esercizio ha intensificato ancor più la sua opera di penetrazione fra le diverse categorie di cittadini.

Basti rilevare che nel 1933 il numero dei contratti proposti all'Istituto Nazionale delle Assicurazioni fu

di circa il 70 % superiore

a quello del 1932 che pure aveva segnato una notevole ascensione.

Il maggiore incremento risultò dalle

ASSICURAZIONI POPOLARI

che mentre nel 1932 avevano portato un contributo di 59.807 nuovi contratti proposti, nel 1933 diedero invece un apporto di 135.002 contratti nuovi; nell'esercizio testè decorso l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni poté quindi raccogliere, nella forma popolare,

oltre 75.000 contratti

più che nell'esercizio precedente.

L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

d'altra parte, non si è limitato a propagandare i sani principî dell'Assicurazione sulla vita, ma valendosi di tutte le più moderne risorse della tecnica attuariale ed adeguandosi al progresso sociale che il Fascismo ha impresso alla compagine nazionale, è andato praticamente incontro agli interessi e alle necessità di tutte le categorie di cittadini. Infatti:

- ha chiamato i suoi assicurati a partecipare agli utili dell'Azienda;
- ha creato e perfezionato non poche forme assicurative per rendere la previdenza più aderente alle diverse condizioni sociali dei cittadini;
- ha creato le « Polizze operaie », « Decennale », « Dopolavoro », « Fiat », tenendo nel massimo conto le inderogabili necessità dei lavoratori dell'industria, della classe impiegatizia, ecc.;
- ha reso tecnicamente perfetti i contratti di assicurazioni collettive, sia nelle citate forme popolari, sia nelle forme ordinarie;
- ha sviluppato e ancor più svilupperà in un prossimo avvenire le provvidenze sanitarie a favore degli assicurati.

L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

che è anzitutto una forza finanziaria al servizio dello Stato, nel 1933, non meno che in precedenza, è stato sempre presente ovunque opere di pubblica utilità, creazioni o sviluppi di Enti voluti dallo Stato pel bene pubblico, risanamenti di centri urbani, bonifiche, ecc., lo abbiano richiesto.

Gli assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

devono sentirsi quindi orgogliosi di appartenere ad un Ente che per la sua potenza finanziaria, per la sua attività sociale e per la sua opera affiancatrice dello Stato è unico in Europa e devono fare di se stessi i propagatori più fervidi della previdenza assicurativa, consigliando amici e congiunti ad entrare nella grande Famiglia dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

L'ASSISTENZA SANITARIA

agli Assicurati dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO NAZIONALE DELLE ASSICURAZIONI

ROMA - Via Sallustiana N. 51 - ROMA

Consigli agli Assicurati

Il raffreddore di festa

Dott. ALBERTO STARNA

del Servizio Sanitario dell'I. N. A.

Questa malattia, così chiamata dai profani, con termine proprio deve invece qualificarsi **rinite acuta o corizza**. Come dice il nome è una forma acuta di flogosi della mucosa che tappezza le cavità nasali. La sua grande diffusione in questa stagione fredda e la sua relativa innocuità ha fatto sì che i più la considerino non come una malattia, ma come un incomodo immancabile dei mesi invernali inutile a prevenire e tanto meno a curare.

Questa concezione semplicista del pubblico è completamente errata e a tal riguardo vogliamo oggi richiamare l'attenzione su questa vera malattia che se è lieve di per sé può dare complicanze niente affatto trascurabili. Basta pensare agli stretti rapporti anatomici di contiguità che la mucosa nasale ha con il faringe posteriormente e con cavità timpaniche auricolari per comprendere come una infezione nasale possa di là discendere al faringe, al laringe e per i bronchi giungere ai polmoni oppure attraverso la via di comunicazione all'orecchio medio, la tromba di Eustachio, possa dare un'otite acuta sierosa o purulenta. Ma di ancora maggiore importanza clinica per le complicanze che un raffreddore può determinare è la esistenza di alcune cavità nasali accessorie dette seni.

La rinite acuta è determinata da varie cause e vicino a forme qualificate infettive, la più gran parte è costituita da riniti dette idiopatiche che riconoscono come agente o determinante le cause termiche. Quindi durante i mesi invernali con i rapidi sbalzi di temperatura cagionati nell'uscire da locali chiusi e riscaldati al freddo delle strade, per il vento e per l'umidità queste cause sono sempre all'ordine del giorno.

Non si deve però credere che il solo freddo provochi la rinite; occorre anche la presenza di bacilli nell'ambiente respirato. Tanto è vero che nelle regioni artiche con aria pura da germi, il freddo pur essendo intensissimo non provoca mai riniti come fu anche osservato nella spedizione polare del Duca degli Abruzzi. Altre ricerche hanno sperimentalmente dimostrato che animali da laboratorio sono molto recettivi al contagio respiratorio se sottoposti a nebulizzazioni di pneumococchi con corrente di aria fredda.

Ecco perchè la rinite va intesa non già come appannaggio dell' inverno insieme all'albero di Natale, ma come una malattia da contagio per quanto leggera la si voglia ritenere.

Tutti conoscono per esperienza personale i sintomi di questa affezione nella quale si possono distinguere tre periodi, il primo prodromico è caratterizzato da bruciore ed aridità delle narici, il secondo d' invasione o dell' idrorrea che si accompagna a difficoltà della respirazione nasale per la tumefazione della mucosa e determina abbondante secrezione sierosa. Infine la congestione mucosa nel terzo periodo gradualmente diminuisce mentre la secrezione si fa mucosa e nel ciclo di una settimana l'affezione giunge a guarigione.

Ma accanto a forme così benigne dette catarrali ne esistono altre purulente che presentano tutti i sintomi aggravati e si prolungano per varie settimane determinando facilmente una sinusite purulenta.

A seconda del quadro presentato e della porzione per prima invasa dall'infezione si può arguire quale sia il germe che ha determinato una rinite. Così il micrococco catarrale aggredisce inizialmente le fauci e il faringe nasale, il bacillo di Friedlander si circoscrive alla cavità nasale ma tende anche ad invadere i seni, il tetragenus si diffonde alle alte vie respiratorie e predilige il laringe, il septicus provoca secchezza e prurito al naso senza cointeressare i seni e così via per molti altri germi che sono stati identificati nella flogosi della pituita.

Queste nozioni permetteranno al medico, se il caso lo richiederà, di poter prescrivere una cura vaccinica uni o poli-batterica a seconda della forma individuata.

Accanto a queste riniti termiche proprie delle stagioni fredde ve ne sono alcune pure idiopatiche che riconoscono come causa il fattore meccanico come sarebbero le inalazioni di polveri vegetali o minerali ed altre dovute ad irritazione di origine chimica come i vapori di bromo, cloro, zolfo, ecc.

Merita poi di esser ricordato che accanto alle riniti primitive o essenziali ve ne sono altre sintomatiche le quali non rappresentano che uno stato prodromico di malattie molto più gravi. Queste riniti sono frequenti sopra tutto nelle malattie esantematiche come il morbillo, la scarlattina; si riscontrano pure all'inizio della tosse convulsa, del tifo e spessissimo dell'influenza. In queste malattie evidentemente il virus ha nella mucosa nasale la prima manifestazione e non è improbabile che qualche volta rappresenti proprio la porta d'ingresso.

Negli adulti la rinite è per se stessa un'affezione leggera, ma non dobbiamo dimenticare che nei lattanti assume ben altra gravità. Poichè in tale età i bambini si trovano difficoltà a respirare quando le narici sono occluse con la flogosi e quindi riesce loro impossibile attaccarsi alla mammella se non si ha cura di loro vanno incontro a forti deperimenti da iponutrizione. Ma v'è di più; la ristrettezza delle alte vie respiratorie rende facilissima a quell'età la diffusione del processo e non rara l'insorgenza di otiti purulente come pure di atelettasia polmonare, la insufficiente respirazione facilita il diffondersi del catarro ai grossi e ai piccoli bronchi.

La complicanza più grave negli adulti è senza dubbio la sinusite acuta che sotto forma di semplice risentimento accompagna frequentemente le riniti. Dei vari seni accessori delle cavità nasali più frequentemente colpiti sono il frontale e l'etmoidale, più raramente il mascellare e lo sfenoidale. La ragione di tale facilità è dovuta al fatto che i seni, cavità chiuse tappezzate di mucosa, comunicano con la cavità nasale attraverso gli sbocchi angusti di un canale al di sotto della testa di speciali formazioni ossee nasali dette cornetti.

L'occlusione di questi canali durante la tumescenza flogistica della mucosa determina il ristagno e quindi l'impiantarsi della sinusite.

Sopra i sintomi e le forme cliniche di questa complicazione non ci intratterremo oggi, solo ricordiamo che la loro pericolosità è notevole e all'insorgere dei primi segni della sinusite il malato deve ricorrere ad uno specialista per la cura medica o chirurgica del caso.

Nella cura delle riniti idiopatiche ogni profano spesso procede a cura empirica e dannosa soprattutto per la troppo diffusa abitudine di procedere all'irrigazione o all'aspirazione di liquidi per il naso. Non biasimeremo mai sufficientemente questa pratica che non solo è inutile ma dannosa in quanto facilita la diffusione del processo flogistico posteriormente e verso i seni accessori.

Come cura abortiva all'inizio si potrà tentare qualche sudorazione, successivamente il medico potrà prescrivere istillazioni mentolate o gomenolate, polverizzazioni con piocianasi od altra cura idonea.

Ricordiamo infine che è buona norma profilattica per coloro che vanno soggetti a raffreddori di abituarsi con idroterapia fisica a sopportare le forti impressioni esterne perfrigeranti evitando però le cause abituali di raffreddamento.

Dott. A. STARNA.

Profilassi della polmonite

Dott. A. SULTANO

(del Servizio Sanitario dell' I. N. A.)

Dalle statistiche delle cause di morte delle varie Nazioni e delle compagnie assicuratrici sulla vita, la morte per polmonite occupa uno dei primissimi posti, eguagliando quasi la mortalità per tubercolosi polmonare.

Dalla statistica delle cause di morte del Regno d'Italia si rileva che sono morti :

	di polmonite	di T. b. c. polmonare
Nell'anno 1921	27.806	36.640
» 1922	30.416	37.533
» 1923	25.612	37.854
» 1924	29.456	44.932
» 1925	30.239	44.638
» 1926	30.007	42.779
» 1927	26.931	40.028
» 1928	27.271	37.820

Nelle cifre su riferite, non è compreso il numero di altre localizzazioni (meningiti, pericarditi, bronco-polmoniti etc.) dovute allo stesso germe della polmonite; per cui, la mortalità annuale per infezione pneumococcica nel regno d'Italia, si può calcolare in cifra tonda, intorno a 70.000 persone.

Una mortalità così elevata deve dunque destare giustamente le preoccupazioni dell'igienista, per cui è bene ricordare alcuni principi adatti a prevenire una sì grave infezione, il cui esito non è facile prevedere.

In media di 5 persone, affette di polmonite, una soccombe.

La polmonite è un' infezione acuta del polmone dovuta al pneumococco lanceolato di Fränkel che in genere mena vita saprofitica nel cavo orale, anche di persone sane. Tale germe supera i limiti della sua ordinaria dimora quando cause di indebolimento organico (soproffatica, ebbrezza, perfrigerazioni, precedenti affezioni respiratorie) facilitano la sua penetrazione nel circolo sanguigno causando in primo tempo una setticemia e poscia la localizzazione nella sua sede preferita, il polmone; provocando la polmonite.

Le norme igieniche per la polmonite, non differiscono di molto da quelle già enumerate per il raffreddore: questo infatti rappresenta l' affezione delle prime vie aeree per le quali passa il germe patogeno per giungere ai polmoni, eguale in entrambe le affezioni.

Ci limitiamo quindi di riassumerle brevemente.

1) Evitare il contatto di malati di polmonite o altre affezioni acute respiratorie compreso il raffreddore. Tali pazienti emettono con la tosse e gli starnuti germi molto virulenti, per cui sarebbe consigliabile che rimanessero isolati e portassero il fazzoletto alla bocca tossendo e non sputassero a terra. Gli oggetti da loro usati, vanno disinfettati.

2) Durante le epidemie influenzali evitare i luoghi di ritrovo affollati.

3) Evitare qualsiasi indebolimento organico: (crapule, ubbriachezza, sopraffatica, brusche esposizioni a cattivo tempo). Nella polmonite, bisogna avere l' avvertenza particolare di non esporsi bruscamente, specie se sovrariscaldati (ad es. dopo un lavoro faticoso, dopo un ballo, dopo essersi trattenuti in locali affollati o caldi) a basse temperature o a correnti d' aria. Moltissimi casi di polmonite sono infatti da riferire a cause perfrigeranti improvvise.

4) Sofferenti di raffreddore od altre affezioni respiratorie, aumentare le precauzioni.

5) Impedire la penetrazione del germe nelle vie aeree, mediante la pulizia e la disinfezione frequente della bocca con colluttori, ed instillazioni medicamentose nel naso.

6) Infine, ammalati di polmonite; seguire scrupolosamente le prescrizioni del medico, evitando qualsiasi sforzo, compreso quello di alzarsi per soddisfare i bisogni corporali, poichè non sono rari i casi di morte improvvisa consecutiva a simili sforzi, in dipendenza della intossicazione cardiaca da polmonite.

A. SULTANO.

Utilizzazione dei buoni gratuiti di visita medica periodica distribuiti dall' I. N. A.

Anno 1931	.	.	.	.	.	.	33,50 %	dei buoni distribuiti
» 1932	.	.	.	.	.	.	36,70 »	» »
» 1933	.	.	.	.	.	.	53,60 »	» »

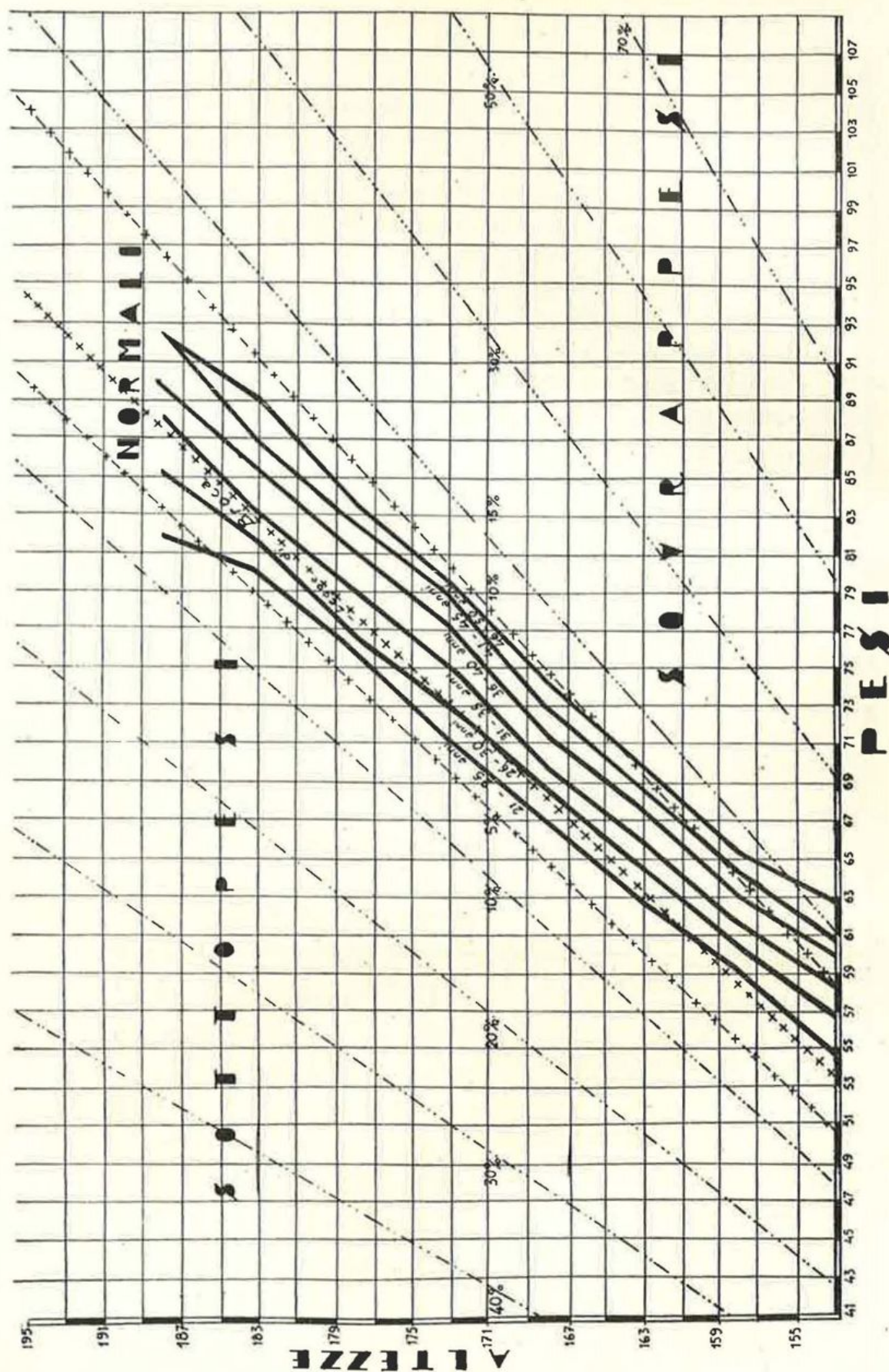
**Somme concesse per prestiti senza interessi agli assicurati dell' I. N. A.
che hanno dovuto sottoporsi ad operazioni chirurgiche**

	I M P O R T O			
	1931	1932	1933	TOTALE
Interventi per:				
1) Cancro ed altri tumori	2.405 —		4.508 —	6.913 —
2) Malattie delle ghiandole endocrine .		12.000 —		12.000 —
3) Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	9.910 —	11.100 —	17.035 —	38.045 —
4) Malattie apparato circolatorio . .			16.788 —	16.788 —
5) Malattie apparato digerente . . .	20.793 —	20.640 —	97.904 —	139.337 —
6) Malattie apparato urinario e genitali	1.815 —	43.958 —	64.640 —	110.413 —
7) Malattie della gravidanza e del parto			4.910 —	4.910 —
8) Malattie della pelle e tessuto cellulare			4.515 —	4.515 —
9) Malattie delle ossa e degli organi della locomozione	4.500 —		3.918 —	8.418 —
TOTALE L.	39.423 —	87.698 —	214.218 —	341.339 —

**Organizzazione medica dell' I. N. A.
al 31 dicembre 1933-XII**

REGIONI	Medici fiduciari	REGIONI	Medici fiduciari
Piemonte	440	Lazio	262
Liguria	122	Abruzzo e Molise	173
Lombardia	558	Campania	448
Tre Venezie	470	Puglie	252
Emilia	304	Lucania	108
Toscana	305	Calabria	460
Marche	153	Sicilia	335
Umbria	134	Sardegna	156
		TOTALE	4.680
CONSULENTI STRAORDINARI {		per la Medicina interna . . N. 47	
		per la Neurologia » 8	
		per la Otorino-laringojatria . » 18	

Sottopesi e sovrapesi secondo la legge di Broca



Sinistri dei contratti in *forma popolare*, esaminati dal Servizio Sanitario nell'anno 1932, distribuiti secondo le cause di morte ed i gruppi di età alla morte

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE												TOTALI	
	0-24		25-34		35-44		45-54		55-64		oltre 64			
	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D
Ogni forma di tubercolosi. . . .	8	7	17	5	47	7	21	3	4	2	—	—	97	24
Altre malattie infettive e parassitari e	2	3	8	1	14	4	9	1	2	—	—	—	35	9
Tumori (neoplasie)	—	—	2	—	3	2	12	7	3	2	—	—	20	11
Malattie reumatiche, della nutrizione, delle ghiandole endocrine e altre malattie generali . .	—	1	1	—	3	—	2	1	—	—	—	—	6	2
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	3	1	—	—	4	—	1	—	1	—	—	—	9	1
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali	—	—	2	—	1	1	7	5	4	—	—	1	14	7
Malattie del sistema nervoso e malattie degli organi di senso .	—	1	3	—	7	1	6	3	—	1	—	—	16	6
Malattie dell'apparato circolatorio	1	—	2	—	15	2	12	8	9	2	—	—	39	12
Malattie dell'apparato respiratorio	8	—	2	—	19	5	17	3	7	—	2	—	55	8
Malattie dell'apparato digerente .	2	2	2	—	12	2	14	1	2	—	—	—	32	5
Malattie dell'apparato genito-urinario	—	—	2	1	8	2	5	1	4	—	1	—	20	4
Malattie della gravidanza, parto, puerperio	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2
Malattie della pelle e del tessuto cellulare	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	2	—
Suicidi.	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	3	—
Morti violente ed accidentali la cui causa è determinata. . .	3	—	8	1	6	—	6	3	1	1	—	—	24	5
Altre cause di morte non determinate	1	1	2	—	3	1	5	—	1	—	1	—	13	2
TOTALI	28	16	51	9	145	28	118	36	39	8	4	1	385	98

**Sinistri dei contratti in *forma popolare*, esaminati dal Servizio Sanitario
nell'anno 1932, distribuiti secondo le cause di morte e le antidurate dei contratti**

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	ANTIDURATA DEI CONTRATTI SINISTRATI														TOTALI	
	0-6 m.		6 mesi 1 anno		1-2 anni		2-3 anni		3-4 anni		4-5 anni		5-10 anni			
	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D
Ogni forma di tubercolosi	6	4	18	3	34	5	17	8	7	3	6	—	9	1	97	24
Altre malattie infettive e parasitariee	5	1	4	2	13	2	5	1	2	1	2	1	4	1	35	9
Tumori (neoplasie).	3	2	2	3	8	1	3	1	2	1	1	—	1	3	20	11
Malattie reumatiche, della nutrizione, delle ghiandole endocrine e altre malattie generali	1	—	1	1	—	—	3	1	1	—	—	—	—	—	6	2
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	1	—	3	—	1	1	1	—	—	—	—	—	3	—	9	1
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali.	5	—	1	—	3	5	—	—	3	—	—	—	2	2	14	7
Malattie del sistema nervoso e malattie degli organi di senso	1	1	3	3	4	—	5	—	1	1	—	—	2	1	16	6
Malattie dell'apparato circolatorio	2	—	10	2	13	4	5	3	3	1	1	—	5	2	39	12
Malattie dell'apparato respiratorio	5	—	12	2	13	5	5	1	9	—	4	—	7	—	55	8
Malattie dell'apparato digerente	4	—	7	1	5	1	4	1	3	1	3	—	6	1	32	5
Malattie dell'apparato genito-urinario	3	1	1	—	9	1	2	2	3	—	—	—	2	—	20	4
Malattie della gravidanza, parto, puerperio	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
Malattie della pelle e del tessuto cellulare	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Suicidi	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	3	—
Morti violenti ed accidentali la cui causa è determinata	7	—	3	2	6	2	5	—	—	1	1	—	2	—	24	5
Altre cause di morte non determinate,	1	—	2	—	5	1	2	—	2	—	—	—	1	1	13	2
TOTALI	44	9	68	19	115	28	58	18	38	9	18	1	44	14	385	98

Sinistri dei contratti in forma popolare, esaminati dal Servizio Sanitario dell' I. N. A. nell'anno 1932
distribuiti secondo le cause di morte ed i gruppi di professioni degli assicurati maschi.

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI PROFESSIONI												TOTALI
	I. Agricoltori di ogni specie	II. Industriali e commercianti	III. Venditori in genere e rappresentanti	IV. Operai	V. Addetti a Servizi di trasporti ed affini	VI. Persone di servizio e di fatica	VII. Personale subalterno dello Stato e di altri Enti Pubblici	VIII. Corpi armati dello Stato e di altri Enti Pubblici	IX. Ufficiali ed impiegati	X. Culto, professioni ed arti liberali	XI. Proprietari e benestanti	XII. Condizioni non professionali	
Ogni forma di tubercolosi	36	4	4	12	1	7	4	3	9	1	1	15	97
Altre malattie infettive e parassitarie	6	1	2	2	7	1	—	2	6	3	1	4	35
Tumori (neoplasie)	6	—	1	2	1	4	—	—	4	—	—	2	20
Malattie reumatiche e della nutrizione, delle ghiandole endocrine e altre malattie generali	1	—	3	—	—	—	—	—	2	—	—	—	6
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	5	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	9
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali	4	2	—	1	1	—	—	—	3	2	—	1	14
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	3	1	1	2	—	1	—	1	2	2	—	3	16
Malattie dell'apparato circolatorio	14	—	5	2	2	5	1	2	3	2	1	2	39
Malattie dell'apparato respiratorio	17	2	1	6	4	4	1	2	4	2	—	12	55
Malattie dell'apparato digerente	7	2	—	3	—	4	2	—	3	5	—	6	32
Malattie dell'apparato genito-urinario	3	—	1	1	2	3	1	—	1	3	1	4	20
Malattie della pelle e del tessuto cellulare	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2
Suicidi	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	3
Morti violente ed accidentali	2	—	2	3	4	3	—	—	3	—	—	7	24
Altre cause di morte e cause non specificate	7	1	—	2	—	—	—	1	1	—	—	1	13
TOTALI	113	14	20	38	22	32	9	11	41	20	4	61	385

Sinistri dei contratti accettati dall'I. N. A. senza visita medica all'ingresso ed esaminati dal servizio sanitario negli anni 1930, 1931, 1932.

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	GRUPPI DI ETÀ ALLA MORTE												TOTALI	
	0-24		25-34		35-44		45-54		55-64		oltre 64			
	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D
Ogni forma di tubercolosi	11	2	32	2	41	5	22	3	1	1	1	—	108	13
Altre malattie infettive e parassitarie .	5	5	12	—	8	1	8	—	6	1	6	1	45	8
Tumori (neoplasie).	1	—	—	—	6	1	16	4	13	—	1	—	37	5
Malattie reumatiche, della nutrizione, delle ghiandole endocrine ed altre malattie generali	1	—	—	—	5	—	6	1	1	—	1	—	14	1
Malattie del sangue e degli organi ema- topoietici	—	1	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	4	1
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali .	—	—	—	—	4	1	6	1	8	—	3	—	21	2
Malattie del sistema nervoso e degli or- gani di senso	1	—	4	1	9	—	2	1	1	2	1	—	18	4
Malattie dell'apparato circolatorio . .	2	—	6	—	9	—	12	6	7	1	13	—	49	7
Malattie dell'apparato respiratorio . .	2	3	7	1	14	1	13	2	5	—	2	—	43	7
Malattie dell'apparato digerente . . .	2	1	10	—	23	2	13	4	5	—	—	—	53	7
Malattie dell'apparato genito-urinario .	2	—	1	1	6	1	7	1	2	—	—	—	18	3
Malattie della gravidanza, parto e puer- perio	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Malattie della pelle e del tessuto cel- lulare	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Suicidi	—	—	2	1	7	1	5	—	—	—	—	—	14	2
Morti violente ed accidentali	42	3	47	—	25	—	4	—	1	—	—	—	119	3
Canse di morte non determinate . . .	99	84	18	—	16	1	24	—	28	—	1	3	186	88
TOTALE	169	99	140	7	174	14	140	23	78	5	29	4	730	152

**Sinistri dei contratti accettati dall'I. N. A. senza visita medica all'ingresso
ed esaminati dal servizio sanitario negli anni 1930, 1931, 1932.**

GRUPPI DI CAUSE DI MORTE	ANTIDURATA DEI CONTRATTI SINISTRATI																		TOTALI	
	0-6 m.		6 mesi 1 anno		1-2 anni		2-3 anni		3-4 anni		4-5 anni		5-10 anni		10-15 anni		oltre 15 anni			
	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D		
Ogni forma di tuber- colosi.	6	1	15	—	30	3	21	6	11	1	13	1	9	1	2	—	1	—	108	13
Altre malattie infetti- ve e parassitarie .	9	—	3	1	8	3	2	—	7	—	5	1	3	1	6	2	2	—	45	8
Tumori (neoplasie) .	—	—	—	—	3	2	12	—	6	1	7	2	4	—	2	—	3	—	37	5
Malattie reumatiche, della nutrizione, del- le ghiandole endo- crine e altre malat- tie generali. . . .	—	—	2	—	1	—	6	1	2	—	—	—	2	—	—	—	1	—	14	1
Malattie del sangue e degli organi emato- poietici	1	1	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1
Emorragie, trombosi, embolie cerebrali .	2	—	1	—	1	—	4	—	5	2	1	—	1	—	1	—	5	—	21	2
Malattie del sistema nervoso e degli or- gani di senso . . .	1	—	1	—	4	—	2	—	5	2	2	—	2	—	1	2	—	—	18	4
Malattie dell'apparato circolatorio	1	—	5	—	5	—	9	2	8	1	8	3	5	—	2	1	6	—	49	7
Malattie dell'apparato respiratorio	4	1	4	—	9	1	10	3	6	—	2	1	3	—	1	1	4	—	43	7
Malattie dell'apparato digerente.	7	—	4	1	11	—	10	2	6	1	4	1	8	1	2	1	1	—	53	7
Malattie dell'apparato genito-urinario. . .	1	—	2	1	4	1	1	1	2	—	1	—	4	—	2	—	1	—	18	3
Malattie della gravi- danza, parto e puer- perio.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Malattie della pelle e del tessuto cellulare	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Suicidi	—	—	1	—	5	1	—	1	1	—	3	—	3	—	1	—	—	—	14	2
Morti violente ed ac- certate	25	1	27	—	35	—	9	1	2	—	11	—	8	1	—	—	2	—	119	3
Cause di morte non determinate. . . .	62	42	22	18	27	21	20	3	10	3	6	—	31	—	3	1	5	—	186	88
TOTALI	119	46	87	21	145	32	108	21	71	11	63	9	83	4	23	8	31	—	730	152

Le aritmie cardiache

(Breve rivista sintetica dei disturbi del ritmo cardiaco,
con speciale riguardo ai rilievi elettrocardiografici e alla prognosi).

Dott. A. SULTANO

del Servizio Sanitario dell'I. N. A.

Con la denominazione di aritmie si intendono le modificazioni della frequenza e del modo di succedersi dei battiti cardiaci.

Molteplici sono i disturbi del ritmo e molte sono le schematizzazioni proposte da illustri cardiologi purtroppo però nessuna classificazione riesce soddisfacente, per cui Vaquez enumera e studia le aritmie le une dopo le altre conservando a ciascuna di esse una personalità clinica.

Per facilità di studio però a noi conviene adottare con altri autori la classificazione che ha una base fisiopatologica e nello stesso tempo si adatta bene alla pratica clinica.

Sarà quindi bene rievocare alcuni ricordi di fisiologia.

* * *

Normalmente le contrazioni ritmi che del cuore son dovute alla connessione funzionale armonica delle diverse proprietà della fibra muscolare cardiaca, che si distinguono in: formazione degli stimoli, eccitabilità, conduzione, contrazione.

1° FORMAZIONE DEGLI STIMOLI.

Questa proprietà appartenente a tutto il muscolo cardiaco più sviluppata nel nodo del seno o nodo di Keith-Flack ([1907] formazione neuro-muscolare di origine embrionaria situata allo sbocco della vena cava superiore nell'orecchietta destra) che perciò viene chiamato centro primario dell'origine degli stimoli.

In condizioni normali è solo in detto nodo di Keith-Flack, che, secondo la felice espressione di Wenckebach, scatta la molla che fa partire il colpo, ed è il numero delle sue eccitazioni in un minuto primo (da 60 ad 80) che regola il ritmo del cuore, donde il nome di *pacemaker* (segnapasso, regolatore) degli autori inglesi e il nome di *cronotropa*, dato alla sua funzione.

Il nodo del seno resta pure sotto l'influenza dei nervi extracardiaci e cioè del nervo vago (moderatore) e nervo simpatico (acceleratore), essendo stato dimostrato che le fibre nervose provenienti dal vago e simpatico di destra portano gli stimoli al nodo del seno, mentre le corrispondenti di sinistra li portano al nodo atrioventricolare.

Gli stimoli normali quindi iniziano nel nodo di Keith-Flack e da esso si propagano attraverso le pareti dell'atrio (verosimilmente come una successione di onde eccentriche che si allargano partendo da un centro) al nodo di Tawara o nodo atrioventricolare (1905), al fascio di His (1892), alle branche di Tawara, al reticolo di Purkinje, alla muscolatura ventricolare.

In casi patologici possono divenire pure centri di formazione degli stimoli, le regioni sottostanti e cioè il nodo di Tawara, il fascio di His e le sue branche.

Gli stimoli che partono dal nodo del seno, si dicono *nomotopi*, quelli che possono partire dagli altri centri son detti *eterotopi*.

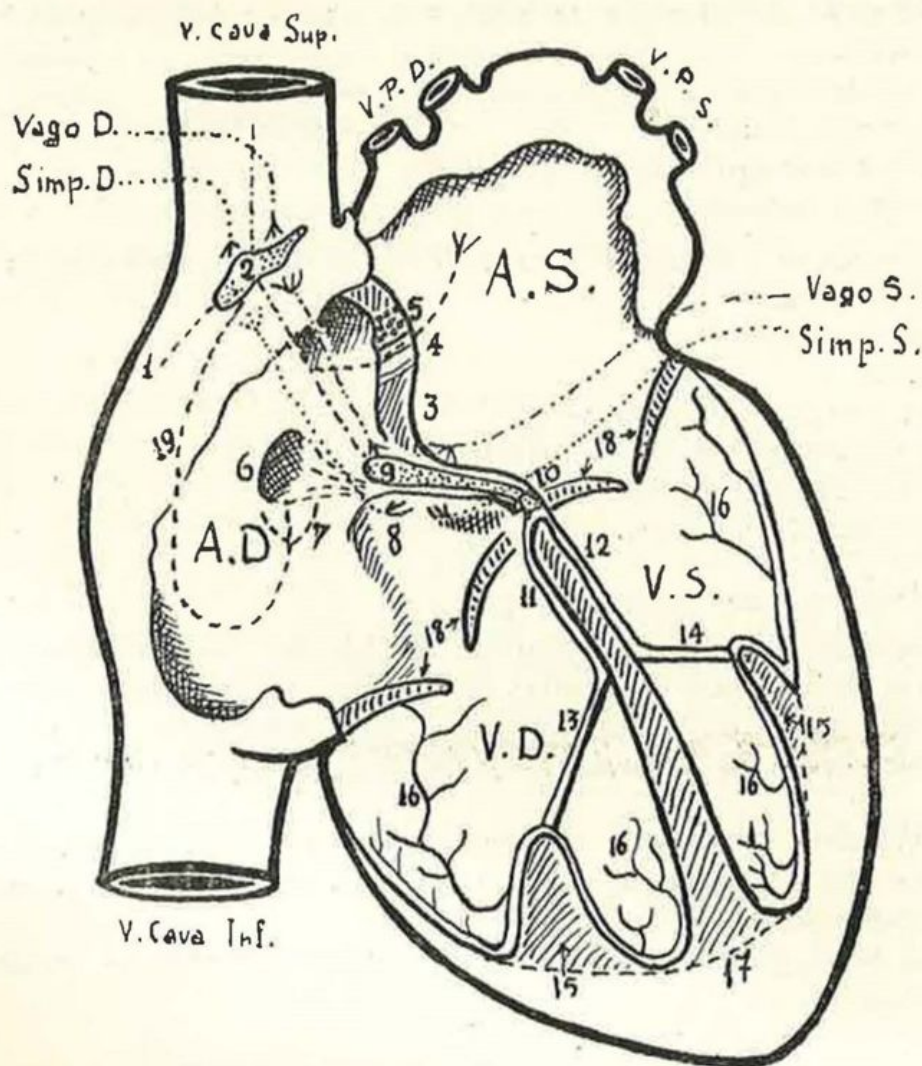


Fig. 1. — Schema della distribuzione del tessuto specifico o delle vie di formazione e conduzione degli stimoli nel cuore umano, secondo D. Pace.

AS, atrio sinistro; AD, atrio destro; VS, ventricolo sinistro; SD, ventricolo destro; VPD, vena polmonare destra; VPS, vena polmonare sinistra;

1. - *Salens terminalis* di His; 2. Nodo di Keith e Flack o nodo sinusale (si è disegnato l'aspetto reticolare); 3. Setto interatriale; 4. Fascio interauricolare di Bachmann; 5. Gruppi ganglionari nervosi scaglionati in gran numero lungo il setto interauricolare; 6. Imbuto del seno coronario; 7. Radici coronariche del nodo di Tawara (supposte, ma inesistenti secondo le ricerche di Pace); 8. Nodo di Tawara o nodo atrioventricolare (si è disegnato l'aspetto reticolare, a scopo di semplificazione, non si è disegnata l'unica radice lineare del nodo, diretta verso il seno coronario, ma che non va a terminare nella parete del sinus); 9. Fascio di His, tronco comune (*crus commune*); 10. *Pars membranacea septi*, perforata dal fascio di His; 11. Branchia destra del fascio di His; 12. Branchia sinistra del fascio di His; 13. Ramo della branchia destra che passa attraverso la corda trasversale *moderator band*; 14. Ramo della branchia sinistra, che va per mezzo delle corde tendinee ai muscoli papillari; 15. Pilastri o muscoli papillari; 16. Rami subendocardici (fibre di Purkinje) delle branchie del fascio; 17. Setto muscolare interventricolare; 18. Valvo e degli ostii atrio-ventricolari destro e sinistro; 19. Fascio di Thorel.

2° L'ECCITABILITÀ (potere badmotropo):

è la proprietà della fibra muscolare cardiaca di rispondere agli stimoli. Come per gli altri muscoli dello scheletro, anche il miocardio, stimolato a contrarsi, rimane per un certo tempo insensibile a nuovi stimoli, si trova cioè in una *fase refrattaria* (ineccitabilità periodica).

L'eccitabilità è talmente connessa alla precedente proprietà della formazione degli stimoli, che non è possibile considerarle separatamente in patologia; chiameremo pertanto le aritmie prodotte da lesione di dette proprietà (eccitabilità e formazione degli stimoli) *aritmie cronotropiche* distinguendole in:

a) *nomotropiche* (aritmie sinusali) se la formazione dello stimolo è conservata nel nodo del seno.

Ad esse appartengono:

- la tachicardia semplice;
- la bradicardia semplice;
- l'aritmia respiratoria;

b) *eterotropiche* se i centri di formazione dello stimolo risiedono in punti sottostanti al nodo del seno.

Ad esse appartengono:

- le extrasistoli;
- l'aritmia completa che abbraccia:
 - a) la vibrazione auricolare (Flutter degli inglesi);
 - b) la fibrillazione auricolare;
- la tachicardia parossistica.

3° LA CONDUCIBILITÀ (potere dromotropo):

è la proprietà dell'apparato specifico (residuo del tubo cardiaco primitivo e contenuto nello spessore del miocardio), consistente nel trasporto successivo dello stimolo dal suo punto di origine (nodo del seno) attraverso la via di conduzione atrio-ventricolare (nodo di Tawara, fascio di His, due branche di Tawara) a tutto il miocardio.

Se per condizioni patologiche è interrotta la via di conduzione, si presentano disturbi caratteristici del ritmo, che chiameremo *aritmie di conduzione*, o secondo Engelmann *aritmie dromotropiche*.

A seconda del punto in cui lo stimolo subisce l'interruzione, viene ad essere cioè bloccato abbiamo:

- il blocco seno-auricolare (raro);
- il blocco atrio ventricolare { parziale con ritmo 2/1-3/1;
- completo o polso raro permanente;
- il blocco della branca destra del fascio di His;
- il blocco della branca sinistra del fascio di His;
- il blocco delle arborizzazioni.

4° LA CONTRATTILITÀ (potere inotropo):

è la proprietà della fibra muscolare cardiaca di contrarsi per azione di uno stimolo ubbidendo, differendosi in ciò dalle comuni contrazioni dei muscoli dello scheletro, alla legge speciale del « tutto o nulla »: basta cioè che uno stimolo superi la soglia dell'eccitabilità della fibra cardiaca perchè questa si contragga con tutta la sua intensità.

Anche in questa proprietà può essere leso il miocardio, ottenendosi l'aritmia *inotropica*, di cui è esponente il polso alternante.

* * *

Per la diagnosi delle aritmie, oltre i comuni mezzi fisici, la palpazione soprattutto, di cui dispone il clinico, si rendono quasi indispensabili i metodi grafici i

quali segnano sulla carta il punto di formazione dello stimolo, il cammino dello stimolo lungo il sistema specifico di conduzione e la velocità della conduzione.

Per l'applicazione in clinica dei metodi grafici molto merito spetta, fra i tanti, a Marey, Waller, Einthoven.

Nel 1863 Marey nello studio delle cardiopatie fa uso di un nuovo congegno meccanico, il poligrafo, che permettendo di registrare contemporaneamente le pulsazioni delle arterie (sfigmografo), delle vene (flebografo) e del cuore (cardiografo) mette in evidenza i vari disturbi del ritmo.

Però le curve meccaniche ottenute col poligrafo di Marey possono subire deformazioni a causa della complessità del congegno (tubi di gomma, tamburi, ecc.), per cui in questi ultimi anni si tende sempre più a sostituirle con le *curve elettriche* più esatte e più adatte a fornirci i dati necessari per differenziare un tipo di aritmia da un altro.

Le curve elettriche, ottenute a mezzo dell'*elettrocardiografo*, sono la registrazione grafica dei fenomeni elettrici provocati dall'attività cardiaca.

L'italiano Matteucci nel 1843, il tedesco Engelmann nel 1877 e l'inglese Waller nel 1887 hanno messo in rilievo che il cuore, come qualsiasi altro muscolo, nel contrarsi diviene sede di fenomeni elettrici, provocando lo spostamento delle correnti di azione dal punto immobile (elettropositivo) al punto che si contrae, che diviene elettronegativo.

Tali correnti di azione subiranno quindi continui cambiamenti di direzione in rapporto alle varie fasi della contrazione cardiaca, spostandosi dalla base alla parte inferiore del cuore e viceversa; la loro iscrizione grafica, che risulterà in forma di ondulazioni, costituisce l'*elettrocardiogramma*.

L'ecgramma normale è costituito da un gruppo di 3 ondulazioni diverse per ampiezza e durata e distinte da Einthoven con le lettere P R T e separate da due depressioni q. ed s. (Figure 2 e 3).

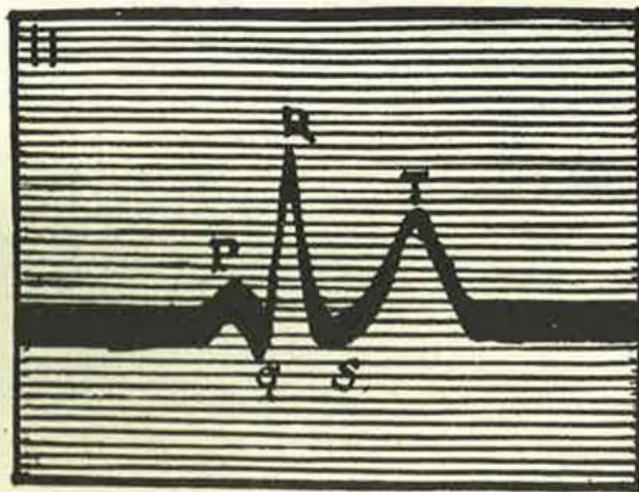


Fig. 2. — Apici e depressioni P q R s T dell'ecgramma normale. (Dal VAQUEZ).

Gli esperimenti sul cuore degli animali, messo a nudo, hanno dimostrato che l'onda P corrisponde alla contrazione auricolare, ed il complesso R s T alla contrazione ventricolare e perciò chiamato *complesso ventricolare*.

L'elettrocardiografia è stata applicata al cuore dell'uomo da Waller nel 1889, il quale, considerando il cuore come un muscolo isolato, circondato da tessuti buoni conduttori di elettricità, riuscì a derivarne le correnti di azione attraverso la pelle intatta, raccordando cioè un galvanometro a corda (parte essenziale dell'elettrocar-

diografo) a punti diversi della superficie del corpo, ad esempio alle due mani del oggetto.

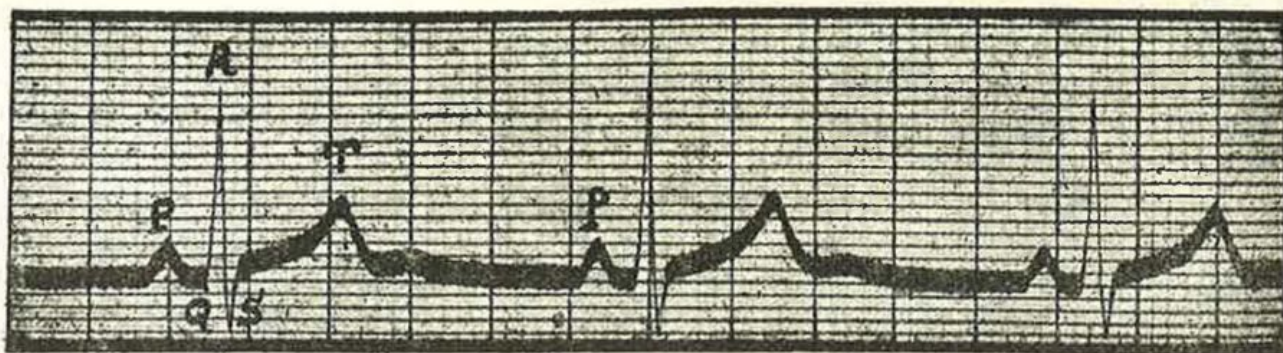


Fig. 3. — Elettrocardiogramma normale. (Dal LUSTIG-GALEOTTI).

A questo proposito ricordiamo che la ripartizione della corrente elettrica cardiaca alla superficie del corpo, obbedisce a delle leggi precise che Waller ha ben schematizzato nella seguente figura:

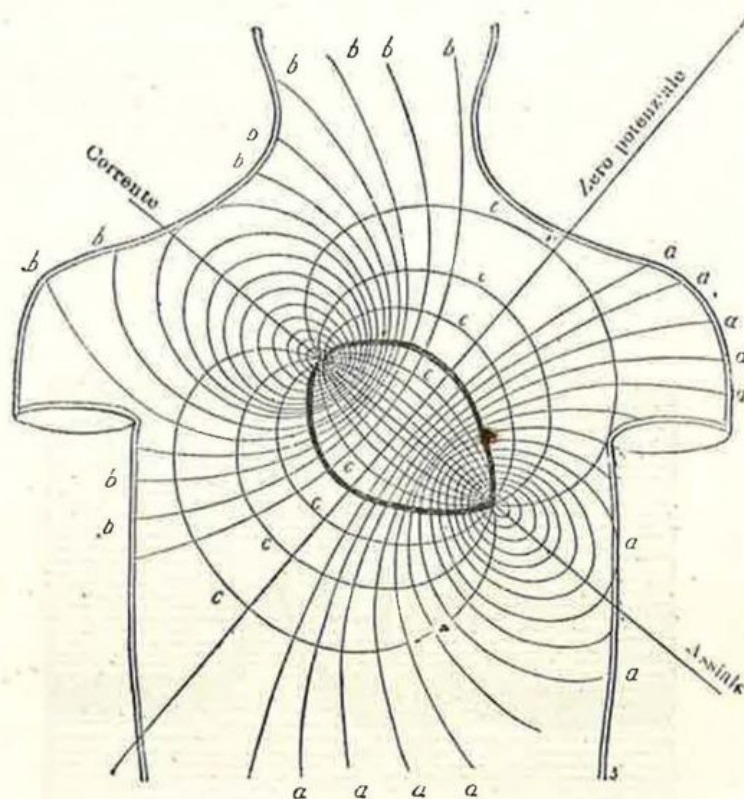


Fig. 4. — Schema di Waller.
Disposizione delle linee equipotenziali intorno ai due poli cardiaci. (Dal VAQUEZ).

Dallo schema si rileva che la linea che taglia il cuore seguendo la separazione delle orecchiette dai ventricoli, è neutra (zero) dal punto di vista elettrico. Man mano che ci si allontana da questa linea il potenziale elettrico si distribuisce seguendo delle linee curve isoelettriche.

Si nota inoltre che le correnti della base del cuore sono trasmesse dalla metà destra del torace, dal braccio destro e dalla testa, e rispettivamente le correnti della parte inferiore del cuore sono trasmesse dalla metà sinistra del torace e dell'arto superiore sinistro.

I due elettrodi posti su una medesima superficie equipotenziale non registrerebbero alcuna corrente ed i tracciati grafici non presenterebbero alcun accidente.

Einthoven ha dimostrato che i punti di scelta per derivare le correnti d'azione nel cuore sono:

- braccio destro e braccio sinistro: derivazione I;
- braccio destro e gamba sinistra: derivazione II;
- braccio sinistro e gamba sinistra: derivazione III.

L'esplorazione elettrica del cuore, per essere completa, deve comprendere queste tre derivazioni: poichè le prime due: I e II mettono in rilievo i fenomeni contrattili della base cioè orecchiette e parte superiore dei ventricoli: l'accidente auricolare *P* si rileva meglio nella II derivazione.

La derivazione III è indicata per rilevare i fenomeni elettrici dei due ventricoli.

La figura seguente, ricavata dal trattato classico del Vaquez « Malattie del cuore » dà un esempio di elettrocardiogramma preso in uno stesso oggetto normale nelle tre derivazioni.

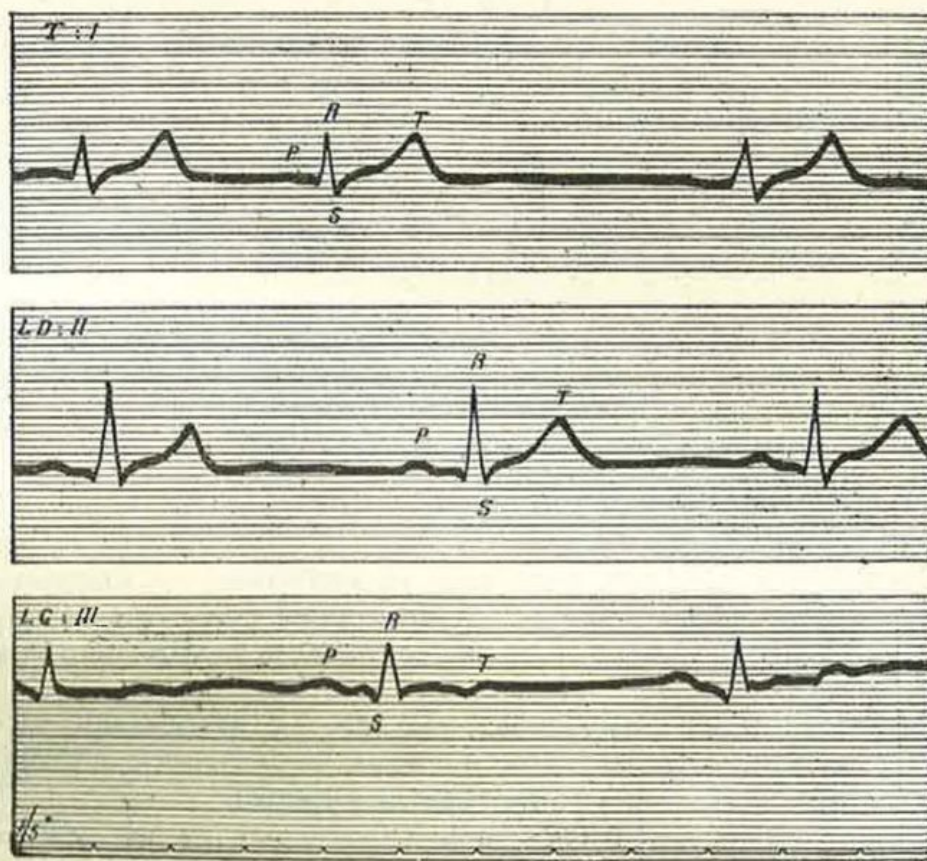


Fig. 5. — Elettrocardiogramma normale nelle tre derivazioni.
Soggetto normale nell'età di 20 anni. (Dal VAQUEZ).

Normalmente le derivazioni elettriche possono subire modificazioni sia nello stesso soggetto, sia in soggetti diversi e precisamente:

nello stesso soggetto in dipendenza: della varia posizione seduta o distesa, e dei movimenti respiratori forzati;

in soggetti diversi in dipendenza della posizione del cuore la quale può variare dalla posizione verticale (cuore a goccia), e quella obliqua e a quella orizzontale.

La spiegazione è semplice perchè in queste varie condizioni, il cuore cambiando posizione sposta il suo asse anatomico e conseguentemente il suo asse elettrico e con questo la propagazione della sua corrente.

Ne risulta che la derivazione migliore delle varie onde non è sempre la stessa.

Waller, per conoscere la derivazione in cui l'elevazione *R* avrà il suo massimo sviluppo ha costruito la seguente figura geometrica:

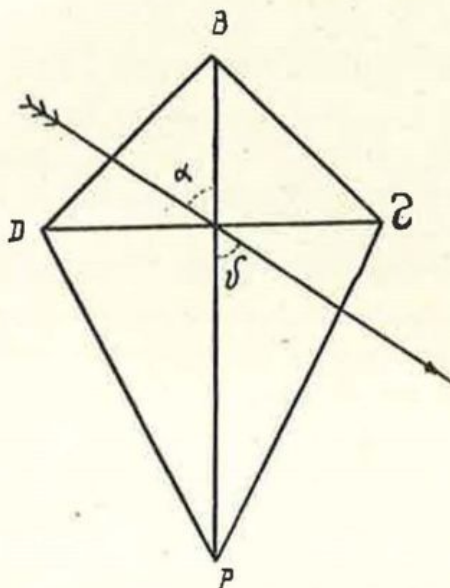


Fig. 6. — Costruzione geometrica di Waller rappresentante le principali derivazioni.
B e P rappresentano rispettivamente la bocca e i piedi del soggetto; D ed S la mano destra e la mano sinistra;
B P la verticale; la freccia indica l'asse del cuore. (Dal VAQUEZ).

La derivazione ideale per *R* sarà quella in cui i due elettrodi del galvanometro saranno applicati sul prolungamento della freccia (indice della direzione dell'asse elettrico).

Così, se la posizione del cuore è obliqua, quale è il caso della figura, la derivazione ideale per *R* sarà la derivazione II, cioè mano destra e piede sinistro, corrispondente alla direzione dell'asse anatomico ed elettrico.

Se la posizione del cuore anziché obliqua diviene quasi orizzontale, l'asse elettrico diverrà anch'esso orizzontale e conseguentemente la direzione migliore è la I, vale a dire mano destra e mano sinistra.

E rispettivamente a seconda che *R* è più alto in derivazione II o in derivazione I, si può ben desumere che l'asse del cuore è verticale o orizzontale.

Invero i risultati radiografici confortano tale ipotesi.

L'elettrocardiografia, grazie ai continui perfezionamenti, nel 1903 per opera del fisiologo olandese Einthoven, che riuscì ad amplificare e registrare le deviazioni della corda galvanometrica, e recentemente per l'applicazione di valvole amplificatrici e rettificatrici della radio, e per la facilità di trasporto fino al letto del paziente, ha incominciato ad entrare nella pratica clinica corrente, riuscendo di grande aiuto nello studio delle aritmie non solo per la diagnosi ma anche per la prognosi e per il controllo degli effetti conseguiti con la terapia.

Gli ecgrammi permettono con esattezza di interpretare anche da soli, senza nemmeno l'esame clinico del paziente, i disturbi del ritmo, poichè è il cuore stesso che, nel corso della sua rivoluzione, iscrive sulla pellicola fotografica gli accidenti che la caratterizzano (extrasistoli, blocco di conduzione, accesso di tachicardia auricolare o ventricolare, ecc.).

* * *

Ricordate brevemente le nozioni di fisiologia strettamente connesse al ritmo cardiaco, e accennato l'*elettrocardiografo*, mezzo ormai indispensabile per uno studio completo dei disturbi del ritmo, passiamo alla descrizione delle varie aritmie, soffermandoci specialmente alla diagnosi e prognosi che più riguardano la medicina assicurativa; attenendoci alla classificazione fisiopatologica, che possiamo così schematizzare:

S C H E M A

I. - **Aritmie cronotropiche** (alterazioni dell'eccitabilità):

A) monotopiche in cui lo stimolo parte dal nodo del seno (aritmie sinusali):

- a) tachicardia semplice;
- b) bradicardia semplice;
- c) aritmia respiratoria.

B) eterotopiche in cui lo stimolo parte dai centri sottostanti al nodo del seno.

- a) extrasistoli.
- b) aritmia completa { fibrillazione auricolare,
vibrazione auricolare (Flutter);
- c) tachicardia parossistica.

II. - **Aritmie dromotropiche** (alterazioni della conduzione):

- a) ritardo della conduzione;
- b) blocco parziale 2/1 - 3/1;
- c) blocco totale o dissociazione completa { polso raro permanente,
sindrome di Adam - Stokes Morgagni.

III. - **Aritmie inotropiche** (alterazioni della contrattilità):

polso alternante.

* * *

I. - **Aritmie cronotrope** (disturbi del ritmo consecutivi ad alterazioni dell'origine dello stimolo e dell'eccitabilità).

A) ARITMIE CRONOTROPE: MONOTROPE.

In queste aritmie il centro di origine dello stimolo resta sempre il nodo del seno o di Keith-Flack: le alterazioni o sono da riferirsi alla frequenza dello stimolo e cioè invece di aversi 60-80 pulsazioni al minuto primo, come avviene normalmente, si ha un aumento (tachicardia semplice) o una diminuzione (bradicardia semplice), oppure sono da riferirsi alla maniera di succedersi delle pulsazioni (aritmia respiratoria);

a) **Tachicardia semplice.** — Una frequenza di pulsazioni cardiache superiore ad 80 e che può raggiungere le cifre di 120, 150, 160 al minuto primo, è per lo più in dipendenza da depressione del nervo vago, o da eccitazione del simpatico consecutivamente ad agenti fisici, chimici, psichici, ecc.

Fra gli agenti fisici annoveriamo la febbre, la quale fa aumentare la frequenza del polso, il più delle volte parallelamente alla temperatura; (fanno eccezione il tifo

addominale, il reumatismo articolare acuto e l'influenza, nelle quali malattie si ha un moderato aumento della frequenza, inferiore a quella che comporterebbe la temperatura per cui si parla di bradicardia relativa).

Fra le sostanze chimiche ricorderemo: una maggiore secrezione degli ormoni tiroidei (ipertiroidismo) nel morbo di Basedow, i *veleni* della fatica durante alcuni sforzi corporei, le sostanze tossiche dovute ai germi delle malattie infettive, l'*atropina* che agisce direttamente sul vago, diminuendone il tono, alcune sostanze voluttuarie quali la nicotina, la caffeina, l'alcool.

Ricordiamo pure gli eccitamenti psichici quali le preoccupazioni, le emozioni (tachicardia emotiva), ed infine ricordiamo le azioni riflesse sul vago o simpatico consecutive ad affezioni della pleura, dello stomaco, organi sessuali, ecc.

La diagnosi della tachicardia semplice è facile: la palpazione permette di constatare una maggiore frequenza delle pulsazioni, equidistanti l'una dall'altra;

L'elettrocardiogramma dimostrerà un accorciamento della diastole, cioè del tratto T. P. per cui la P può addirittura fondersi con la T che precede.

Prognosi: Le conseguenze della tachicardia semplice sono diverse a seconda del grado, della durata e della causa: se di grado moderato la tachicardia non ha conseguenze sulla circolazione; se di notevole grado il riempimento diastolico del cuore è incompleto e ne consegue l'esaurimento (monotomia cardiaca di Hering). Lo stesso dicasi per la durata che può essere transitoria (come avviene nelle emozioni) e permanente come nel morbo di Basedow, nel qual caso dopo lunga durata si può avere l'ipertrofia cardiaca.

La causa infine giuoca nella prognosi la parte più importante poichè a seconda di essa sarà possibile una terapia efficace o meno: migliore nelle tachicardie fisiologiche (fatica, emozioni, ecc.) meno buona nelle altre.

b) **Bradicardia semplice** — Meno frequente della tachicardia semplice, è dovuta ad una frequenza delle pulsazioni cardiache, al disotto di 60 al minuto primo, ma non inferiore a 40, avendosi in tal caso un altro tipo di aritmia, il polso raro permanente.

La bradicardia in genere si osserva come condizione fisiologica in alcuni individui per costituzione congenita, in alcuni atleti, e come condizione patologica in quei casi in cui si ha una inibizione della formazione degli stimoli nomotopi in conseguenza dell'eccitamento del vago, o per diminuzione del simpatico; così si può avere la bradicardia per sostanze tossiche quali la digitale, gli acidi biliari, nell'ittero; per riflessi psichici (spavento); per compressione del vago (compressione dei bulbi oculari, fenomeno di Dagnini); per aumento della pressione endocranica (meningite t. b. c., tumori, ascessi, emorragie cerebrali, ecc.); nella convalescenza di alcune malattie infettive specie a sede addominale (esempio: appendicite).

Diagnosi: La palpazione mette in rilievo la diminuzione della frequenza del polso con pulsazioni regolari e equidistanti l'una dall'altra.

L'elettrocardiogramma dimostra che tutte le sezioni del cuore partecipano alla lentezza della rivoluzione cardiaca, si constata cioè un distanziarsi delle ondulazioni senza modificazione della loro forma, e dei tratti di separazione.

Prognosi: La bradicardia semplice non ha conseguenze nocive sulla funzionalità del miocardio, anzi la si riscontra sovente in atleti con cuore sano.

Però se dipendente da gravi lesioni cerebrali, quali la meningite tubercolare, tumori o ascessi cerebrali, diviene anch'essa parte della sindrome della grave affezione e quindi di prognosi cattiva.

c) **Aritmia respiratoria** detta anche da Mackenzie aritmia giovanile, si constata appunto con frequenza in giovanetti dai 10 ai 20 anni e non ha alcun valore patologico, dovendosi attribuire ad uno stato di ipertonía vagale fisiologica.

Consiste in una aumentata frequenza del polso durante l'inspirazione lenta e profonda, e in rallentamento durante l'espirazione, Tale aritmia scompare in seguito a sforzi fisici e durante le affezioni febbrili. La prova dell'atropina che diminuisce il tono del vago, fa pure sparire l'aritmia respiratoria.

Diagnosi: È facile clinicamente con la semplice palpazione invitando il soggetto a respirare lentamente e profondamente; facendogli poi compiere alcuni movimenti, si constaterà che il ritmo diviene regolare. Basta pure far sospendere la respirazione per fare sparire l'aritmia.

Nell'ecgramma, preso contemporaneamente alla curva respiratoria, si constata la vicinanza delle rivoluzioni cardiache durante l'inspirazione e il progressivo allontanarsi nell'espirazione.

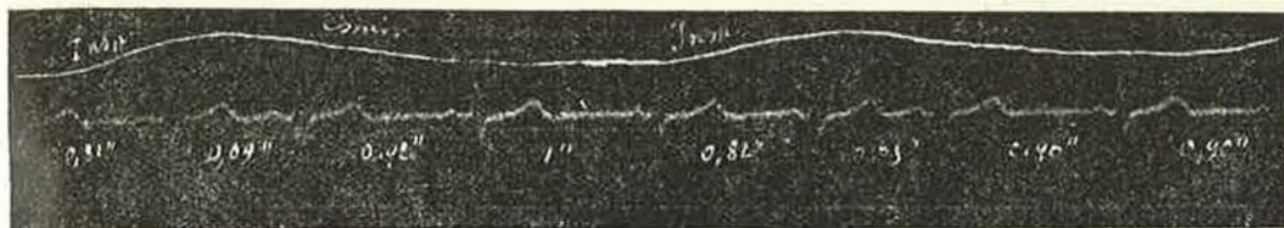


Fig. 7. — Aritmia respiratoria (Dal CECONI).

Prognosi: L'aritmia respiratoria non ha alcun significato patologico; essendo un fenomeno fisiologico. Essa è l'indice di cuore che avvera senza sforzo (Wenckebach). Il solo danno è di male interpretarla e di volerla curare. In genere nei giovani che la presentano, essa va gradatamente sparendo dopo i venti anni.

B) ARITMIE CRONOTROPE ETEROTOPE.

a) **L'extrasistole**, dagli inglesi denominata « premature beat » e dai tedeschi « Vorzeitige-systole », consiste in una contrazione anormale e anticipata del muscolo cardiaco. Tale contrazione è dovuta ad uno stimolo abnorme in sede abnorme durante la diastole cardiaca, cioè durante la fase dell'eccitabilità del miocardio. L'extrasistole viene attribuita da alcuni cardiologi ad un abbassamento della soglia dell'eccitabilità cardiaca. Quanto più precoce è l'extrastimolo, tanto meno valida è l'extrasistole, mentre lo stimolo tardivo provoca una extrasistole più valida. Gli extrastimoli possono originarsi nei punti più svariati del cuore e le extrasistoli corrispondenti sono denominate:

auricolari	molto rare;
atrio-ventricolari	} le più frequenti.
ventricolari	

Questa distinzione delle extrasistoli è stata solo possibile mediante l'esame dei tracciati grafici, meccanici ed elettrici.

La causa provocatrice dell'extrastimolo può essere di natura diversa e cioè:

Nervosa (per azione riflessa da affezioni di vari organi: naso, orecchio, cistifellea, stomaco, ecc., influenze psichiche, nevrasenia).

Chimica: digitale, tabacco, atropina.

Meccanica: compressione dei nervi extracardiaci, distensione dello stomaco, ipertensione arteriosa.

Anatomica: le varie affezioni dell'endocardio, miocardio, pericardio, i vizi valvolari, più i mitralici che gli aortici.

Diagnosi: alla palpazione del polso si hanno reperti diversi a seconda del momento e quindi della validità dell'extrasistole. Il più delle volte si nota mancanza di una

pulsazione (intermittenze) mentre ascoltando il cuore si percepisce la contrazione cardiaca; e ciò è dovuto al fatto che la quantità di sangue raccolta nei ventricoli, per la contrazione prematura del cuore, non è sufficiente a giungere alla radiale. Quando però l'extrasistole è tardiva, si riuscirà a palpare anche la relativa pulsazione, ma più vicino alla pulsazione che precede che non a quella che segue. Alla ispezione del collo si può notare nel momento dell'extrasistole l'inturgidimento delle giugulari, dovuto all'impossibilità dello scarico del sangue dall'orecchietta nel ventricolo che si è contratto per effetto dell'extrastimolo (tamponamento dell'orecchietta, « Vorhofpfropfung » dei tedeschi).

Alle volte la palpazione del polso può rilevare dopo una pulsazione normale una o due pulsazioni supplementari seguiti da una pausa più o meno prolungata: è questo il polso *bigemino* o *trigemino*, dei vecchi autori. Due varietà di *polso bigemino*, da segnalare, sono:

il *polso raro extrasistolico*, dovuto al fatto che la contrazione supplementare cardiaca non giunge sino alla radiale, simulando così il vero polso raro. Esso si differenzia da quest'ultimo perchè si modifica con gli sforzi, la marcia o con l'iniziazione di atropina; inoltre all'ascoltazione del cuore si percepisce il tono in coincidenza dell'extrasistole;

e il *polso pseudo alternante*, dovuto al regolare intercalarsi di una extrasistole di scarsa ampiezza fra due pulsazioni normali.

L'acceleramento dei battiti cardiaci (ad esempio con l'atropina) fa scomparire le extrasistoli.

Le extrasistoli, accompagnandosi spesso ad uno scuotimento della regione cardiaca causano al soggetto delle fugaci sensazioni moleste, come dolore trafittivo, senso di costrizione, di angoscia, di vertigine.

Gli elettrocardiogrammi sono molto istruttivi e ci precisano il punto in cui ha luogo l'extrasistole:

1° Nelle *extrasistoli ventricolari* si notano nell'ecgrama dei sollevamenti supplementari corrispondenti alle extrasistoli non preceduti da sollevamenti auricolari. Questi giungono sempre a tempo debito; lo spazio che li separa è sempre lo stesso perchè i fenomeni insoliti avvenendo nel ventricolo, non viene alterato il ritmo dell'orecchietta.

Il complesso ventricolare R. S. T. è atipico essendo dovuto ad una contrazione abnorme e perciò seguita da un riposo di compenso. Si possono avere tre tipi speciali di alterazioni del complesso ventricolare, a seconda che l'extrastimolo cade sul ventricolo destro (tipo A), sul ventricolo sinistro (tipo B) o infine sul setto interventricolare (tipo C).

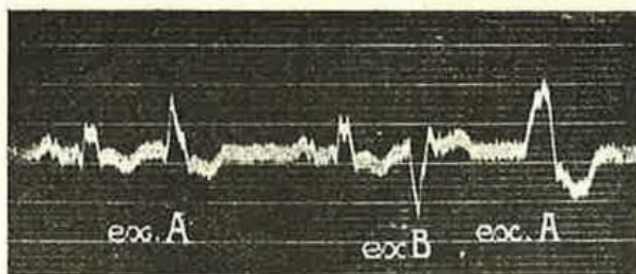


Fig. 8. — Extrasistoli di tipo A (ventricolo destro) e B (v. sinistro) nell'Egramma. (Dal CECONI).

2° Nelle *extrasistoli auricolo-ventricolari* (cioè l'extrastimolo agisce sul fascio auricolo-ventricolare) è solo l'ecgrama che ce ne dà notizia.

L'extrastimolo che provoca una extracontrazione del fascio auricolo-ventricolare

si propaga necessariamente verso l'alto (orecchietta) e verso il basso (ventricolo); e allora nell'ecgramma si avrà un sollevamento ventricolare R. S. T. prematuro non preceduto dal sollevamento P auricolare; ed inoltre se l'extrastimolo cade nella parte superiore del fascio che è inclusa nell'orecchietta, allora il complesso è del tipo sopraventricolare; se invece l'extrastimolo risiede più in basso (cioè nella porzione del fascio inclusa nel setto interventricolare) allora il tracciato del complesso R. S. T. è simile a quello fornito dalle vere extrasistoli ventricolari.

Le extrasistoli auriculo-ventricolari non sono rilevabili clinicamente.

3° Nelle *extrasistoli auricolari*, si rileva sull'ecgramma la comparsa prematura del sollevamento P di forma abnorme, seguito da un complesso ventricolare normale.

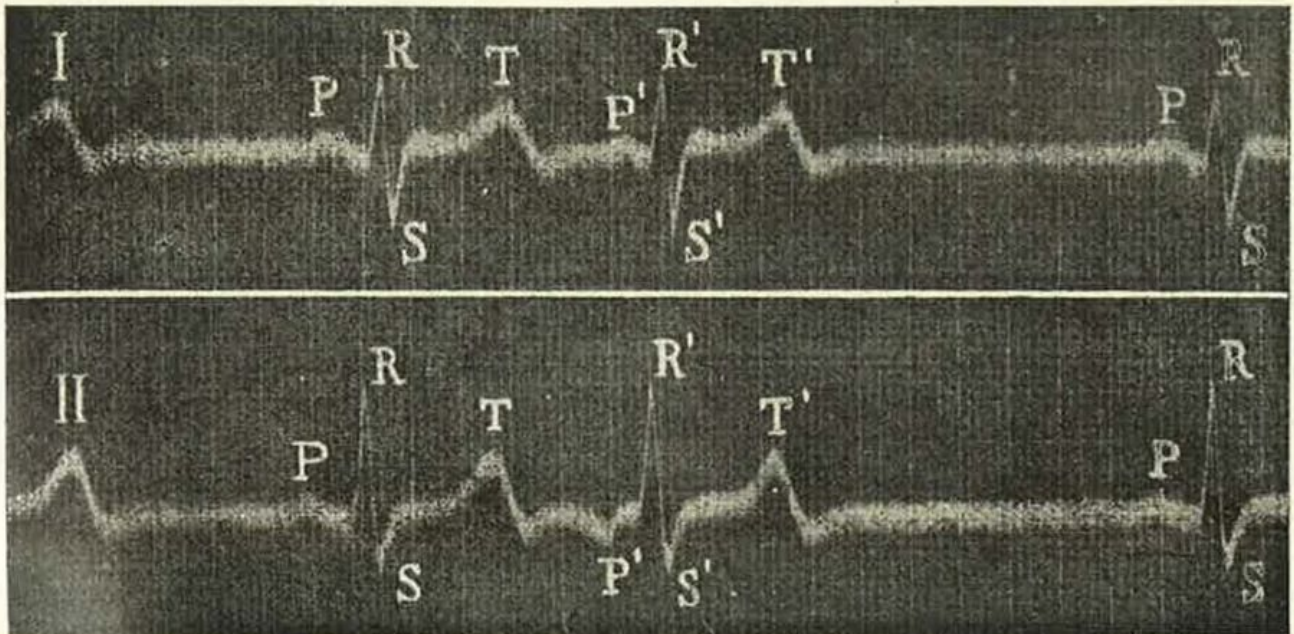


Fig. 9. — Extrasistole auricolari (P invertita in II D). (Dal CECONI.)

Le extraxistoli auricolari costituiscono il preludio di aritmie, denotanti un disturbo grave nell'attività delle orecchiette, come la tachicardia parossistica e l'aritmia completa.

Prognosi. — Le conseguenze dell'extrasistole sul circolo possono essere minime. Per quanto riguarda il cuore, il maggior lavoro cui soggiace per la extrasistole è compensato a sufficienza dalla pausa di compenso.

Ordinariamente nei giovani le extrasistoli dipendono da extrastimoli nervosi (nevrastenia) e quantunque siano da essi avvertite con fastidio, non hanno alcuna gravità, scomparendo col tempo.

Le extrasistoli invece che compaiono nella seconda metà della vita, come giustamente osserva Huchard, devono essere ben vagliate; rivelando spesso una ipertensione arteriosa latente con minaccia di debolezza del ventricolo sinistro. Infatti si constata con particolare frequenza all'avvicinarsi delle crisi di asma cardiaco e di edema polmonare.

Vi sono casi in cui le extrasistoli da isolate, cominciano ad accumularsi a divenire frequenti e mutarsi in tachicardia parossistica.

Infine le extrasistoli che compaiono durante una malattia infettiva acuta (febbre tifoidea, difterite, influenza, ecc.) devono far sospettare un complicazione miocardica.

b) **Aritmia totale** (aritmia perpetua; aritmia completa; delirium cordis; fibrillazione e vibrazione (o tachisistolia) auricolare; polso irregolare e perpetuo).

In questo tipo di aritmia cronotropa, eterotopa, la formazione dello stimolo ha luogo nelle fibre muscolari dell'orecchietta, la quale si contrae in modo disordinato, trasmettendo una parte degli stimoli alle regioni sottostanti. Ordinariamente il numero degli stimoli è superiore alla norma.

Cause. — Per lo più esiste una causa anatomica, riscontrandosi l'aritmia totale in numerose malattie organiche del cuore, vizi valvolari, specie stenosi della mitrale, miocarditi croniche di origine infiammatoria o arterio-sclerotica, coronarite, ecc.

Non è ammessa l'esistenza di un'aritmia totale a base puramente nervosa.

Diagnosi. — Alla palpazione del polso si rileva che le pulsazioni si seguono a distanza varia, ora a gruppi ravvicinati, ora più lente, senza nessun ordine, e sono anche di altezza diversa (polso ineguale).

Contando le pulsazioni al cuore e alla radiale, queste ultime risultano spesso in numero minore delle prime.

È in questa forma di aritmia che l'elettrocardiografo ha messo in rilievo che sede dell'extrastimolo è l'orecchietta la quale si contrae molto rapidamente, smettendo così la credenza di una paralisi dell'orecchietta, come facevano supporre i grafici meccanici.

Gli elettrocardiogrammi permettono di distinguere:

1) la *fibrillazione auricolare*, distinta da minutissime oscillazioni auricolari 500-600 al minuto, che occupano tutto o quasi l'intervallo fra un complesso ventricolare e l'altro; la punta P è del tutto scomparsa. I complessi ventricolari hanno una forma del tutto regolare, quantunque si seguano a distanza disuguali.

Dei numerosi stimoli che agitano le orecchiette, solo un piccolo numero porta ad una contrazione ventricolare (Figure 11, 12 e 13).

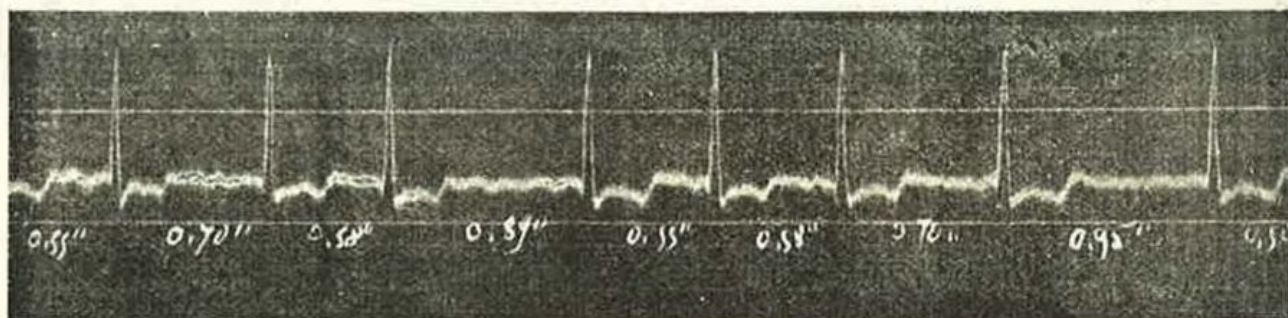


Fig. 10. — Aritmia perpetua.
Fibrillazione e ineguale distanza fra i complessi ventricolari (Dal CECONI).

2) la *vibrazione auricolare* (auricular flutter degli inglesi, Vorhof-flattern dei tedeschi) distinta da oscillazioni ben evidenti, abbastanza alte in numero di 200-400 al minuto primo: anche in questa una parte degli stimoli dell'orecchietta porta a contrazione ventricolare (Figure 11, 12 e 13).

La vibrazione secondo alcuni autori si trasforma col tempo in fibrillazione.

L'aritmia totale non ha una sintomatologia propria, in quanto essa è del tutto inavvertita se il cuore è in istato di compenso perfetto, mentre se il cuore è insufficiente, la sintomatologia sua si confonde con quella della insufficienza.

Prognosi: mentre per i vecchi medici l'aritmia totale aveva significato funesto, per cui veniva designata col nome di delirium cordis, follia del cuore, oggi noi sappiamo che essa può durare a lungo, a volte anche per anni in cardiopatici in cui non sono evidenti segni di scompenso e in cui è ancora completa o quasi la capacità lavorativa senza risentimento da parte del cuore. Però in vero, ciò si verifica in casi piuttosto rari.

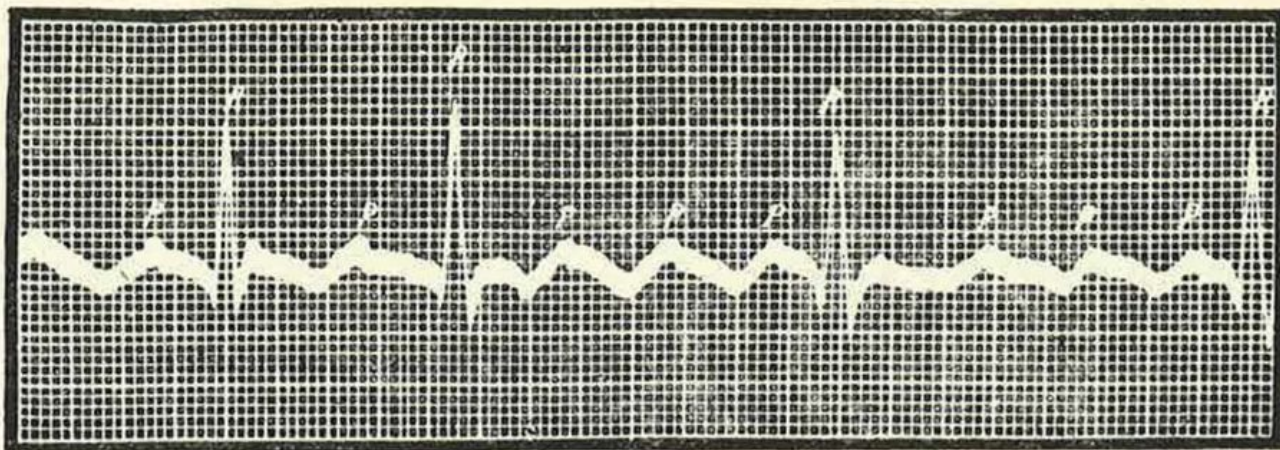


Fig. 11. — Tachisistolia auricolare (auricular flutter).

Le contrazioni dell'orecchietta (circa 220 per minuto), sono due o tre volte più numerose di quelle del ventricolo. (Dal VAQUEZ).

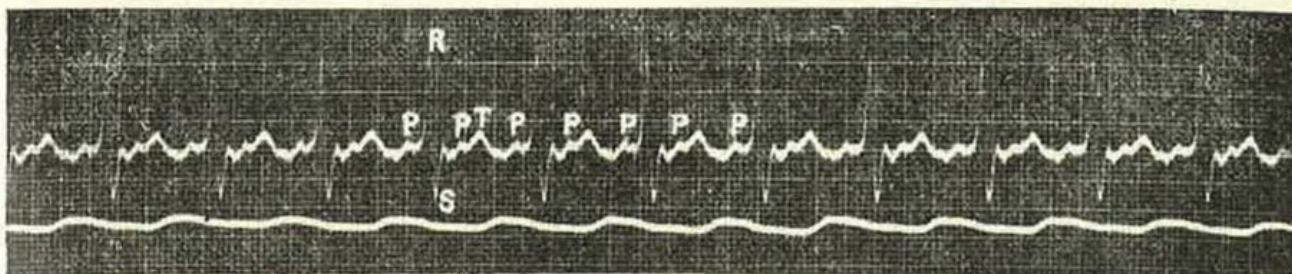


Fig. 12. — Auricular flutter con ritmo ventricolare regolare. (Dal LAUBRY).

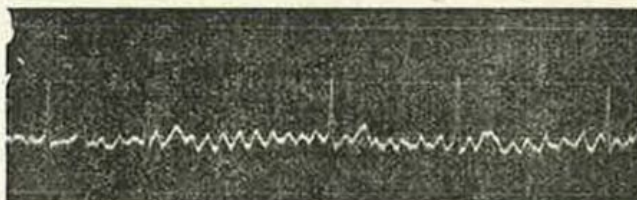


Fig. 13. — Aritmia perpetua. Vibrazione auricolare e ineguale distanza fra i vari complessi ventriculari (Dal CECCHI).

Nel morbo di Basedow l'aritmia perpetua non è rara e può guarire in seguito alla strumectomia.

A lungo andare però l'aritmia totale, la quale indica uno stato di debolezza latente del miocardio, costituisce uno strapazzo dei ventricoli per la loro irregolarità di contrazione e prelude allora la comparsa dei segni di insufficienza cardiaca che aumentano rapidamente: oppressione, dispnea, edemi delle gambe, fegato e polmoni da stasi, asistolia.

È anche possibile che la fibrillazione e la vibrazione auricolare passino al ventricolo generando quello stato, della fibrillazione e vibrazione ventricolare, che porta rapidissimamente e improvvisamente a morte (sekundenherztod di Hering). Parecchi autori riferiscono alla fibrillazione ventricolare tutti i casi di morte improvvisa, a cominciare da quelli di angina pectoris.

c) **Tachicardia parossistica** è una sindrome caratterizzata da accessi di una grande frequenza di pulsazioni (180-250-300), ad insorgenza e fine brusca. La durata dei singoli accessi varia da pochi minuti, ad ore, giorni, settimane. Cessato l'accesso il cuore riprende il ritmo normale.

Cause. — La tachicardia parossistica si può presentare in individui nevrastenici senza alcuna alterazione organica del cuore (tachicardia parossistica *essenziale di Bouveret*), modificazioni ovariche (pubertà, gravidanza, menopausa); affezioni della tiroide (morbo di Basedow), il più delle volte però in soggetti con alterazioni cardiache: vizi valvolari, miocarditi, ipertrofia con ipertensione.

I singoli accessi possono essere provocati da varie cause come strapazzo, emozioni, eccitamenti tossici o sessuali.

Diagnosi: è facile specie se si tien conto dell'insorgenza e della fine brusca. La frequenza dei battiti cardiaci raggiunge la cifra di 160-200 e persino 300: Hoffmann ha segnalato un particolare che il numero delle pulsazioni può essere un multiplo del ritmo normale (ad un ritmo di 70 per es. corrisponde una tachicardia di 210-280). La palpazione rileva un ritmo del polso molto rapido, come il polso fetale (ritmo embrio-cardico).

Durante l'accesso i battiti del cuore sono energici e violenti: ed il soggetto avverte, dopo la sensazione di sferramento del cuore dell'inizio, delle palpitazioni accompagnate da un senso di angoscia.

L'elettrocardiogramma è quello che più ci permette di diagnosticare la tachicardia parossistica e la varia sede in cui ha luogo l'extrastimolo; il quale può cadere nell'orecchietta, nel nodo atrio-ventricolare o nei ventricoli (per questa ragione si distingue dalla tachicardia semplice in cui lo stimolo parte dalla sede normale, il nodo del seno).

Allora si noterà una serie numerosa di extrasistoli somigliante ai vari tracciati

a) dell'extrasistole auricolare (onda P positiva).

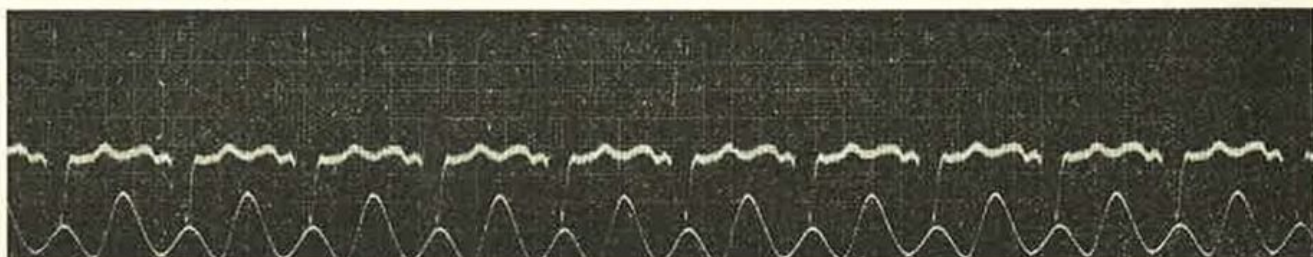


Fig. 14. — Tachicardia parossistica sinusale. Spazio P — R = 0'' 16 (Dal LAUBRY).

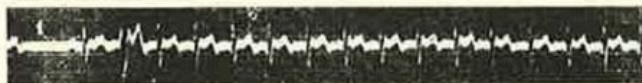


Fig. 15. — Tachicardia parossistica.
Inizio di un lungo accesso con una extrasistole. (Dal CECONI).

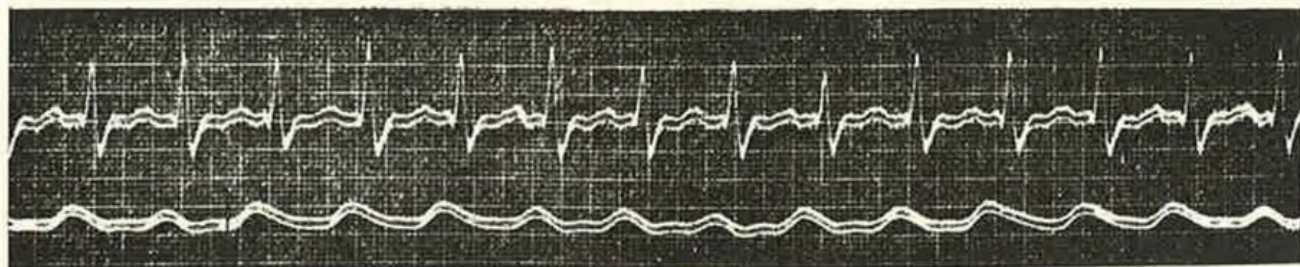


Fig. 16. — Tachicardia parossistica auricolare. P è positivo e precede il complesso ventricolare (Dal LAUBRY).

- b) dell'extrasitole auricolo-ventricolare (onda P negativa) $\left\{ \begin{array}{l} \text{sopranodale} \\ \text{infranodale} \end{array} \right.$

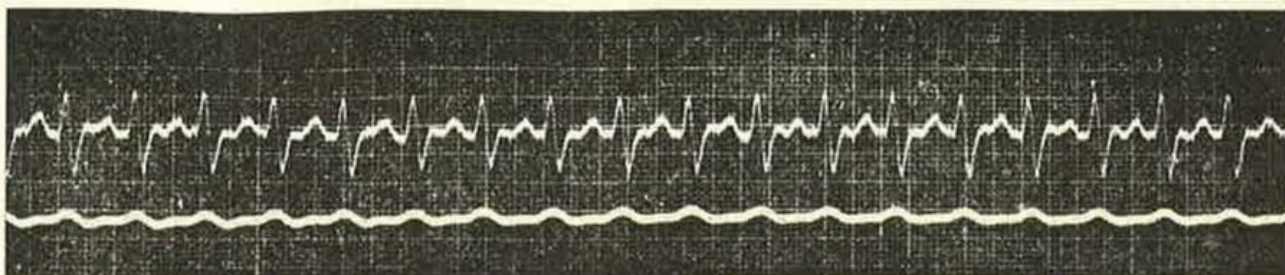


Fig. 17. — Tachicardia parossistica infranodale. P invertito segue l'onda R.

- c) dell'extrasitole ventricolare.

Prognosi: Le conseguenze della tachicardia parossistica sulla funzione circolatoria sono diverse a seconda che gli accessi intervengono molto di rado o con grande frequenza e più ancora a seconda della loro durata.

Negli accessi protratti il miocardio può divenire insufficiente e causare anche la morte per sincope, per edema acuto del polmone: tale evenienza è fortunatamente rara.

È stato anche constatato il passaggio, col tempo, dalla tachicardia parossistica all'aritmia totale con fibrillazione auricolare: ciò avviene per lo più in vizi cardiaci.

La prognosi quindi va pure intimamente legata alla causa.

* * *

II. - Aritmie di conduzione.

Un ostacolo alla propagazione dello stimolo lungo la via preformata di conduzione, provoca dei disturbi di ritmo, vari a seconda della sede ed a seconda dell'entità dell'ostacolo.

Riguardo la sede teoricamente l'ostacolo può risiedere:

- 1) tra il nodo del seno e l'orecchietta creando allora il blocco seno-auricolare, rarissimo;
- 2) tra l'orecchietta e il ventricolo cioè nel nodo di Tawara o nel fascio di His creando il blocco Atrio-ventricolare, il più frequente e del quale solo ci occuperemo;
- 3) nel decorso di uno dei rami di Tawara e si ha allora il blocco di branca destra o sinistra;
- 4) infine nelle terminazioni dei rami di Tawara e si ha allora il blocco delle arborizzazioni.

A seconda poi che la conduzione dello stimolo è soltanto ritardata o addirittura arrestata parzialmente o completamente distinguiamo:

- un semplice ritardo* (rallentamento) quando la contrazione della regione sottostante avviene in ritardo rispetto alla contrazione sovrastante
- un blocco parziale*; quando le regioni sottostanti non rispondono sempre a quelle sovrastanti, regolate però sempre dallo stesso stimolo originato nel nodo del seno
- un blocco completo* o dissociazione completa, quando le regioni sovrastanti all'ostacolo ricevono lo stimolo normale, originatosi nel nodo del seno, mentre le regioni sottostanti sono regolate nelle loro contrazioni da un automatismo proprio, che normalmente dà luogo a contrazioni in numero inferiore a quello del nodo sinusale.

Etiologia - alcune cause hanno azione temporanea e provocano per lo più una dissociazione incompleta quali il ritardo o il blocco parziale del passaggio dello stimolo; fra queste cause ricorderemo alcune malattie infettive, come il reumatismo articolare acuto, la difterite:

alcune sostanze tossiche come la digitale;
le eccitazioni del vago.

Altre cause invece sono permanenti, avendo provocato una lesione anatomica nel sistema di conduzione: come tumori, gomme luetiche, cicatrici o callosità.

Diagnosi; ci occuperemo solo del **blocco atrio-ventricolare** che è il più frequente, gli altri sono di gran lunga meno frequenti e di rilievo difficile.

1° **L'allungamento dello spazio auricolo-ventricolare** non dà clinicamente alcun segno di sé; mentre l'ecgramma farà notare un allungamento del tratto P-R.

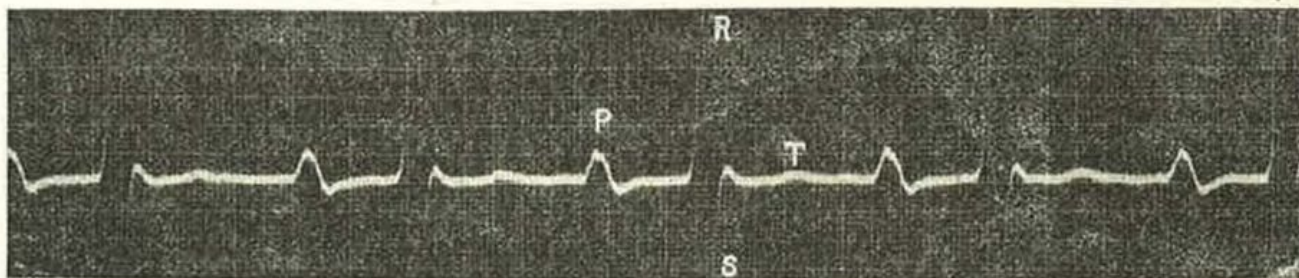


Fig. 18. — Allungamento dello spazio P — R = 0" 36. (Dal LAUBRY).

2° **Il blocco parziale** (intermittenze ventricolari) farà percepire alla palpazione del polso alcune mancanze di pulsazioni: le quali differiscono dalle extrasistoli ventricolari per il fatto che in queste all'ascoltazione durante l'extrasistole, si sentono i toni cardiaci avvenendo la contrazione ventricolare; invece nel blocco parziale si ha silenzio assoluto perchè la contrazione ventricolare non ha luogo.

L'ecgramma farà rilevare che non tutte le P. regolari, per forma e successione, sono seguite dal complesso ventricolare: ma questo può mancare ogni due contrazioni auricolari e allora si avrà il ritmo 2/1 oppure ogni tre contrazioni e si avrà il ritmo 3/1.

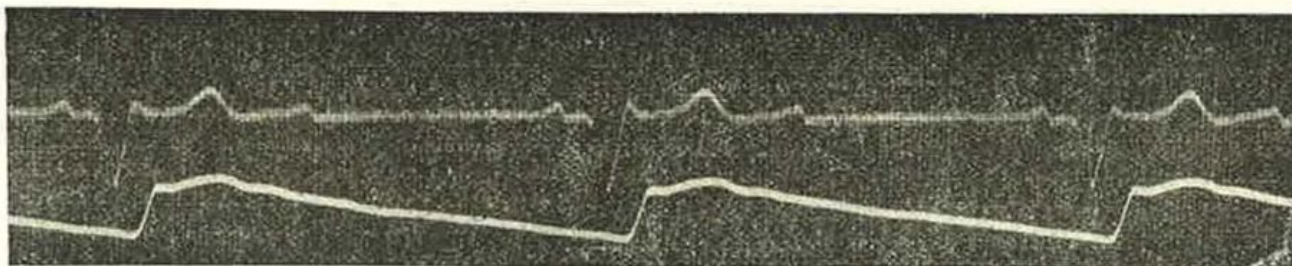


Fig. 19. — Dissociazione A — V incompleta, tipo 2/1. Ci sono due onde P per un complesso ventricolare, un'onda P nel suo posto normale, P — R = 0" 18, l'altra P isolata nella diastole, bloccata, senza risposta ventricolare. È da notare che questa onda P bloccata è più vicina alla precedente che alla seguente. (Dal LAUBRY).

L'esame radioscopico metterà in rilievo che alcune contrazioni auricolari non sono seguite da quelle ventricolari.

3° **Il blocco completo** (o dissociazione totale) si rileverà alla palpazione come un polso raro permanente, di frequenza cioè inferiore a 40, e all'ascoltazione possono

avvertirsi le contrazioni auricolari come suoni cupi profondi «sistoli in eco», che all'ispezione si rivelano con pulsazioni delle giugulari.

Nell'ecgramma si metterà in rilievo una completa indipendenza delle contrazioni dell'orecchietta, che ubbidirà allo stimolo regolare originato dal nodo sinusale di frequenza 60-80, dalle contrazioni del ventricolo che ubbidirà allo stimolo creatosi per automatismo, subito al disotto dell'ostacolo, con una frequenza di 40-30 al minuto.

Si noteranno perciò le onde P. regolari per forma e successione completamente indipendenti dai complessi ventricolari di forma pure regolare e di frequenza molto inferiore.

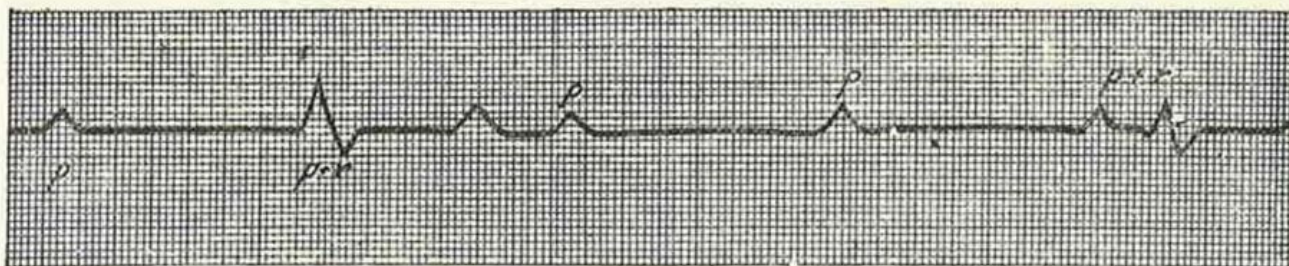


Fig. 20. — Ecggramma in un caso di dissociazione auriculoventricolare totale.

I sollevamenti P sono molto più frequenti dei sollevamenti R e non presentano con loro alcun rapporto determinato. (Dal VAQUEZ).

Quando la frequenza dell'automatismo ventricolare, per ragioni ancora ignote, scende al disotto di 20 pulsazioni al minuto, insorge allora il grave quadro della **sindrome di Morgagni (1773), Adams (1827), Stokes (1845)**, la quale è caratterizzata da un rallentamento permanente del polso con vertigini, sincopi o convulsioni.

Prognosi: Gli effetti della funzione cardiaca nei disturbi di conduzione possono essere molto vari e di gravità molto diversa, in dipendenza anche dalle condizioni del muscolo cardiaco che può essere lesa in uno o più punti.

Il cuore per il formarsi molto lento dell'alterazione che dà luogo al blocco, se è indenne da qualsiasi altra lesione, si adatta a funzionare più lentamente con contrazioni più energiche in modo da far circolare il sangue in modo compatibile con la perfetta funzione della vita; a lungo andare però si stabilisce una ipertrofia ventricolare e come conseguenza un polso pieno con pressione sistolica aumentata.

Nel caso di morbo di **Adams-Stokes** il paziente [può [anche morire durante le crisi convulsive per cui in tal caso la prognosi è sempre severa.

* * *

III. - Alterazioni di contrattilità (Aritmia inotropa).

Polso alternante: consiste in una ineguaglianza periodica dell'ampiezza delle pulsazioni, alternandosi regolarmente una pulsazione debole ad una pulsazione forte. Più che di una aritmia si tratta di un segno di grave debolezza del miocardio, per cui alcune fibre indebolite presentano una fase d'ineccitabilità prolungata e rispondono soltanto a stimoli alterni.

Etiologia: Ipertensione, rene grinzoso, miocardite; certe forme gravi di malattie infettive (polmonite, difterite, febbre tifoidea).

Diagnosi: Clinicamente è difficile mettere in rilievo il polso alternante; il mezzo più adatto per rilevarlo è lo sfigmogramma (tracciato della radiale) che lascia riconoscere delle pulsazioni di altezza normale, alternate a pulsazioni di piccola altezza; le pause che separano le singole pulsazioni sono equivalenti (dato importante che le distingue dalle extrasistoli).

L'ecgramma può non mettere affatto in rilievo il polso alternante poichè le curve elettriche ci segnalano solo le irregolarità del ritmo e non sono in grado di ragguagliarci sulla energia del ventricolo.

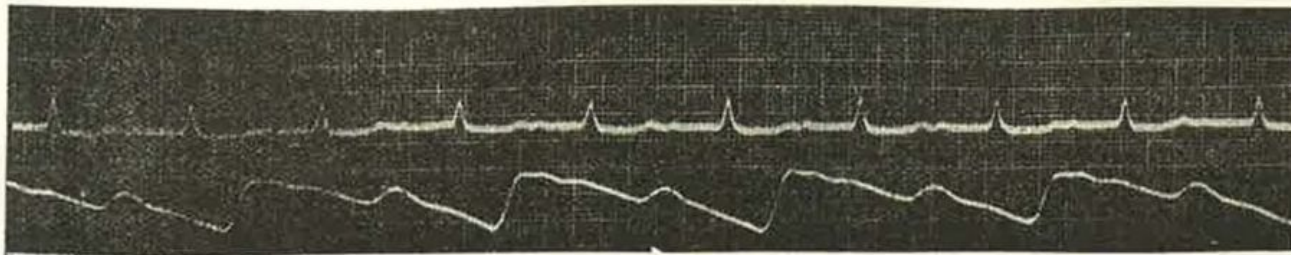


Fig. 21. — Polso alternante.
In alto ecgramma; in basso sfignigramma (Dal LAUBRY).

Prognosi: Il polso alternante è sempre l'espressione di una [grave compromissione dell'attività del miocardio, in specie del ventricolo sinistro, ed annuncia il fallimento imminente delle energie del cuore.

Nei cardiopatici, la comparsa dell'alternanza del polso precede di qualche giorno o di qualche settimana la morte.

* * *

Concludendo nel giro di pochi decenni la scienza medica nello studio del meccanismo del ritmo cardiaco e delle sue alterazioni, ha conseguito un grande successo, non inferiore a quello raggiunto nel campo delle emopatie e delle neuropatie.

La teoria miogena, definitivamente formulata nel 1896 da Engelmann e validamente sostenuta da Gaskell ed His, ed inoltre l'applicazione clinica del poligrafo di Marey e, in special modo dell'elettrocardiografo, hanno completamente rivoluzionato le idee degli antichi fisiologi e patologi, che, attribuivano le irregolarità del cuore all'influenza perpetuamente variabile del sistema nervoso, e di conseguenza non attribuivano loro alcun valore.

I difensori della teoria miogena hanno rilevato e messo in evidenza l'automatismo della funzione cardiaca, la cui alterazione traducesi con disturbi del ritmo, deve essere per conseguenza attribuita, il più delle volte, ad una sofferenza del cuore.

In tutti i casi di irregolarità del ritmo deve essere adoperato indispensabilmente l'elettrocardiografo, che solo può chiarirci i vari tipi di alterazione, impossibili alle volte ad essere rilevati clinicamente e talora anche anatomicamente.

A. SULTANO

BIBLIOGRAFIA

- BIONDO — Recenti contributi dell'elettrocardiografia alla indagine clinica del cuore. *Cuore e circolazione*, ottobre 1933.
 CECONI — Disturbi del ritmo cardiaco. Corso di lezioni cliniche.
 LAUBRY ET ROUTIER — Les Arythmies. *Maladies du coeur et des vaisseaux* — LAUBRY.
 LUSTIG-GALEOTTI — Disturbi funzionali del cuore. *Patologia Generale*.
 SISTO — Alterazioni del ritmo cardiaco. CECONI, « *Medicina Interna* ».
 VAQUEZ — Malattie del cuore.

L' IPERTROFIA PROSTATICA nell'Assicurazione Vita

Dott. P. TROTTARELLI

Ispettore Medico dell' I. N. A.

Accennando a disturbi della minzione, si è fatta parola, nel numero scorso di questa Rivista, dei « falsi urinari », di coloro cioè che presentano disturbi dell'urinazione dovuti non a lesioni delle vie urinarie vere e proprie, ma ad alterazione di organi vicini e fra questi, in primo luogo, della prostata.

* * *

Sino al 1600, invero, si erano sempre confusi restringimenti uretrali ed affezioni prostatiche: successivamente, con il procedere delle ricerche necroscopiche, si cominciarono a differenziare le turbe urinarie consecutive a lesioni dell'uretra da quelle da addebitarsi unicamente alla ipertrofia della prostata. E merito sommo di questa prima distinzione va dato al Morgagni.

Le idee però si mantennero confuse per circa un altro secolo ancora, sino a quando cioè gli studi del Mercier e del Civiale (1791-1867) segnarono un'epoca feconda di grandi conquiste nel campo urologico, studi più tardi completati dal Guyon che stabilì le diverse indicazioni del cateterismo.

Sino a questo momento però si ritenne in maggioranza che il prostatismo fosse dovuto ad una distrofia prostatico-vescico-renale legata all'arteriosclerosi.

E questa convinzione contribuì notevolmente a ritardare il periodo operatorio, perchè era fermo convincimento che la già stabilitasi impotenza vescicale non trovasse giovamento dall'abolizione dell'ostacolo determinato dalla prostata ingrossata.

È da segnalare il Bottesini fra i pionieri della cura chirurgica, il quale propose ed attuò, fra l'incredulità generale, la sezione elettrolitica della prostata alterata.

Il relativamente recente periodo operatorio della ipertrofia prostatica, ha confermato pienamente le idee avanzate dal Mercier e poi successivamente combattute, che cioè le lesioni vescicali non rappresentano che l'effetto dell'ostruzione meccanica determinata dalla prostata ingrossata e che esse si avviano con una certa rapidità a guarigione, una volta che l'ostacolo sia stato eliminato.

Oggi la ipertrofia prostatica non va più intesa come una manifestazione arteriosclerotica ma come una affezione che può avere o un'origine infiammatoria (secondaria cioè a pregresse prostatiti acute prevalentemente blenorragiche) o un'origine ghiandolare (da adenomi se di natura benigna, da epiteloma se di natura maligna) od anche, secondo le modernissime vedute, un'origine secondaria a disturbi endocrini.

* * *

È noto che sino al periodo della pubertà, la prostata è pressochè atrofica e che in essa ha prevalenza assoluta il tessuto connettivo e muscolare, mentre è appena abbozzato il sistema ghiandolare.

È nel periodo della pubertà che questo prenderà nettamente il sopravvento e si manterrà in piena efficienza per l'intero periodo della virilità, durante il quale lo svuotamento degli acini sarà rapido e completo.

Quando invece il periodo di decadenza comincerà ad iniziarsi e l'attività genitale andrà man mano attenuandosi, allora lo svuotamento non si compirà più bene, non sarà più completo e ciò determinerà uno stato congestizio abituale che a lungo andare faciliterà da un lato l'ipertrofia del sistema ghiandolare e dall'altro l'insorgenza di fatti reattivi connettivali che si risolveranno più tardi in sclerosi con prevalenza di tessuto fibroso.

Si andrà così lentamente e per gradi stabilendo (man mano che l'ostruzione meccanica dell'uretra andrà accentuandosi per la compressione prostatica), l'ipertrofia prima e poi lo sfiancamento dei muscoli della vescica. A tutto ciò sarà contemporanea una rilevante congestione venosa di tutto il piccolo bacino che spiega la frequenza delle ematurie.

* * *

Le ipertrofie prostatiche possono essere parziali o totali ma in ogni caso l'uretra dei prostatici subisce un notevole allungamento e una notevole deformazione (sollevamento, deviazione laterale, compressione, ecc.) ed è precisamente a queste deformazioni che vanno imputati i vari disturbi urinari.

* * *

La *sintomatologia* di detti disturbi va tenuta presente dal medico che si occupa di assicurazione vita, in quanto egli dovrà con le sue domande cercare di mettere in evidenza una entità morbosa che ha notevole importanza sul giudizio prognostico dell'assicurando.

Si hanno in primo tempo i piccoli sintomi del prostatismo dovuti, più che alla ipertrofia vera e propria, a fatti congestizi e cioè: *sensò di peso* al perineo, *difficoltà e ritardo* della minzione più accentuati dopo eccessi nel vitto, venerei, dopo posizione seduta prolungata specie in bicicletta ed in genere dopo ogni causa che aumenti la congestione del piccolo bacino.

Il getto uretrale risulterà più piccolo, non sarà più continuo ma a riprese ed in ogni modo la vescica non si svuoterà più completamente come si potrebbe dimostrare siringando il soggetto che anche dopo la minzione presenterebbe sempre un residuo di urina in vescica.

Ma il sintomo senza dubbio più importante è la *nicturia*: il paziente si lamenterà che da un certo tempo deve alzarsi a più riprese durante la notte mentre precedentemente questo non avveniva, come pure lamenterà la *difficoltà della minzione specie al mattino allo svegliarsi*.

Egli aggiungerà che scendendo la mattina dal letto, deve attendere un certo periodo di tempo prima di compiere la minzione nonostante abbia vivo lo stimolo e che lo svuotamento della vescica si può avere solo dopo che egli ha camminato ed eventualmente ha praticato delle applicazioni fredde al perineo; dopo cioè che si è iniziato il decongestionamento della prostata.

Ecco pertanto due sintomi capitali sui quali dovrà insistere il medico nel suo interrogatorio: *Esiste nicturia? Esiste difficoltà della minzione nello svegliarsi?*

* * *

Dopo periodi abbastanza lunghi di miglioramenti e di aggravamenti di detti fenomeni, aggravamenti che coincidono quasi sempre con errori dietetici o con eccessi

genitali, si possono avere due eventualità e cioè o una ritenzione acuta completa o una ritenzione cronica incompleta con o senza distensione della vescica. Ma in questi ultimi casi entriamo nel campo del grande prostatismo accompagnato a risentimenti dello stato generale, a fenomeni tossici febbrili, ecc., che interessa più il chirurgo che il medico di assicurazione vita.

Per questi, i più interessanti a scoprire sono i sintomi del piccolo prostatismo in quanto da soli possono orientare il medico verso una diagnosi di alterazione della prostata.

* * *

Si è parlato di orientamento verso la diagnosi in quanto spesse volte, specie all'inizio, essa è tutt'altro che facile.

I disturbi digestivi che spesso accompagnano i prostatici, possono confondersi con la dispepsia; il dimagrimento può far balenare il sospetto di forme neoplastiche gastro-intestinali; la poliuria può far rivolgere il pensiero a malattie del ricambio, specie al diabete.

È per queste ragioni che nei casi dubbi sarà opportuno un accurato esame rettale che potrà delucidare la diagnosi e far escludere, anche per i suoi specifici caratteri (consistenza lignea, ecc.) una forma maligna a carico della prostata di ben più grave prognostico di una semplice ipertrofia ghiandolare benigna.

* * *

In ogni modo è bene tener presente che la *prognosi* dell'ipertrofia prostatica è sempre di una certa gravità, tanto più se si tien conto della trasformazione tutt'altro che rara della semplice ipertrofia in epiteloma.

Pertanto l'ingresso in assicurazione per gli affetti da tale lesione, implica sempre un rischio accettabile solo in forma molto cautelativa.

* * *

Sarà opportuno da ultimo far cenno ai *prostatici giovani*.

Prostatici si diventa in genere fra i cinquanta ed i sessanta anni. Ciò non toglie che vi siano individui i quali fra i trentacinque ed i quaranta anni, presentino le prime manifestazioni del prostatismo.

Predisposizione? Esagerata continenza che determina per via indiretta fatti congestivi? Alterazioni endocrine più profonde? Esiti di prostatiti acute che più rapidamente di ciò che avviene di norma evolvono verso la sclerosi?

Son tutte queste domande che implicherebbero per le risposte troppo lunga discussione ed alle quali forse non si potrebbe rispondere in modo esauriente.

La cosa certa è che il fatto esiste e che il medico di assicurazione deve tenerlo presente, ricordando anche che molte neuroastenie nei giovani sono legate a ipertrofia prostatica e che una tale entità morbosa in età giovanile è di prognostico ben più grave che negli anziani.

Tanto più grave che, secondo il mio avviso, i prostatici giovani non dovrebbero essere accettati in assicurazione vita.

Dott. PIETRO TROTTARELLI

La morbidità, la mortalità e la vita media in Grecia

I.

CONSIDERAZIONI GENERALI. — Prima dell'anno 1931 non è possibile stabilire esattamente con i dati demografici la morbidità, la mortalità e la vita media in Grecia.

È ben vero che il Governo greco, dopo la proclamazione dell'indipendenza della nazione, 1828, s'interessò di raccogliere informazioni necessarie all'amministrazione. Il primo ufficio centrale di statistica fu istituito nel 1834 al Ministero dell'Interno, in cui costituiva una sezione dell'economia pubblica.

Il primo quadro di censimento fu emanato nel 1828. Nel 1861 per la prima volta si usarono bollettini individuali ad Atene e al Pireo.

Però fino al 1910 manca ogni organizzazione sistematica della statistica ufficiale.

Nel 1911 la sezione di statistica fu trasformata in Direzione e nel 1926 ricostituita col titolo di statistica generale della Grecia, sotto la direzione del sig. Michalopoulos.

Ci si troverebbe in pieno caos se si volesse veder chiaro durante gli anni di schiavitù sotto la dominazione turca. Le sorgenti utilizzabili sarebbero limitate alle iscrizioni di matrimoni, nascite e morti nei registri delle chiese, delle moschee e delle sinagoghe: dallo studio di tali fonti, in vero non molto attendibili, si riceve una triste impressione per quanto riguarda l'igiene del paese e le conseguenze delle terribili epidemie di vaiuolo, colera e peste che decimarono la popolazione. Il quadro diviene ancora più terrificante se si aggiungono i massacri individuali e in massa di cristiani per ragioni politiche.

Così la Grecia che nel 1821 contava 938.765 abitanti, ne conta appena dopo 8 anni 753.400 e nel 1838 ne conta 752.077. Inoltre incendi di città, paesi e foreste, provocati dal nemico, avevano devastato completamente il paese.

Con la proclamazione del piccolo regno, il numero degli abitanti della Grecia è sensibilmente aumentato non solo per la continua immigrazione di greci viventi all'estero, ma anche per l'annessione di nuove provincie: nel 1863 le isole Ionie, nel 1881 la Tessaglia, nel 1913 l'Epiro, la Macedonia, le isole di Creta, di Metilene e di Chio, nel 1917 la Tracia. Nel 1922 un milione e mezzo di profughi dell'Asia Minore si sono rifugiati nella madre-patria.

È evidente che di fronte ad un aumento della popolazione così irregolare e a sbalzi non è possibile procedere a calcoli di statistica e qualsiasi ricerca non fondata su una evoluzione fisiologica darebbe risultati assurdi.

Riassumendo i dati della popolazione, abbiamo il seguente diagramma:

Anno 1830	.	.	.	.	.	753.400 abitanti
» 1840	.	.	.	.	.	850.246 »
» 1850	.	.	.	.	.	1.005.966 »
» 1900	.	.	.	.	.	2.504.070 »
» 1913	.	.	.	.	.	4.819.793 »
» 1928	.	.	.	.	.	6.204.684 »

Dato che l'ultimo censimento del 1928 è stato seguito con criteri scientifici dal Direttore del nuovo servizio di statistica generale, Sig. Michalopoulos, da tale anno il servizio demografico ci può servire di guida per quanto concerne l'igiene pubblica.

II.

MORBILITÀ. — Lo studio dei dati statistici sulla morbidità e la mortalità in Grecia fa subito risaltare delle differenze nelle varie regioni del paese dovute a ragioni geologiche, climatiche ed etnologiche.

A dimostrazione di tali differenze citiamo ad esempio la statistica dell'anno 1931 sulla mortalità nelle varie regioni della Grecia.

Isole	15 ‰
Grecia continentale e Peloponneso	15-17 ‰
Epiro	17-19 ‰
Macedonia	19-21 ‰
Tracia	21 ‰

In questa mortalità sono la tubercolosi e la malaria che predominano.

Per quanto riguarda la morbidità è la malaria che predomina in quasi tutte le contrade del paese, minando la vitalità della razza. Le gesta degli eroi antichi simbolizzano la lotta contro la malaria e tutti gli storici attribuiscono a questo flagello la decadenza della Grecia.

La lotta contro la malaria in Grecia è una lotta per la vita. Così quando l'Italia per la prima votò le leggi dal 1900 al 1907 contro la malaria e impose la distribuzione abbondante del chinino, la Grecia imitò con riconoscenza il suo esempio.

Il paragone, eseguito dalla statistica italiana sulla morbidità e mortalità per malaria prima e dopo la distribuzione del chinino è stato favorevolmente dimostrativo per il chinino. E la Grecia, grata all'assenso del Governo Italiano, ha concluso con quest'ultimo la convenzione del chinino e ha intrapreso la lotta antimalarica con la distribuzione a buon mercato e abbondante di chinino italiano seguendo anche nei dettagli le istruzioni dell'eminente Prof. Celli.

I risultati ottenuti su 12 zone malariche della Grecia sono stati incoraggianti:

Prima della distribuzione		Dopo la distribuzione	
Anno 1905	402 morti	Anno 1909	202 morti
» 1907	371 »	» 1911	207 »

Ma le guerre balcaniche hanno arrestato questi sforzi.

Nel frattempo la Grecia si è ingrandita per l'annessione di paesi, in cui la malaria è più diffusa e più maligna. Un esempio della malignità è molto dimostrativo: su 75 famiglie di un villaggio di profughi, la Nea Chili, nel 1924 si sono avuti 75 morti per malaria. La morbidità malarica in Macedonia, in Epiro e in Tracia raggiunse il 25,51 % della popolazione e dopo la grande guerra anche il 38 %. I profughi in numero di 1.500.000 in seguito alle privazioni patite erano i più sensibili al flagello. Citiamo a proposito una statistica comparativa di morbidità malarica tra i profughi e gli indigeni dopo la guerra:

Nella Grecia continentale nel 1932:

Presso gli indigeni	42,6 %
» i profughi	51,13 %

Nella Grecia continentale nel 1924:

Presso gli indigeni	22,81 %
» i profughi	36,80 %

Nel Peloponneso nel 1923:

Presso gli indigeni	27,39 %
» i profughi	37,27 %

Nel Peloponneso nel 1924:

Presso gli indigeni	32,81 %
» i profughi	39,81 %

In Macedonia nel 1923:

Presso gli indigeni	33,32 %
» i profughi	44,65 %

In Macedonia nel 1924:

Presso gli indigeni	29,88 %
» i profughi	52,05 %

Così dopo la grande guerra la malaria regnava ovunque. Nelle vecchie e nuove provincie le paludi piccole e grandi avevano un'estensione totale di 4.000.000 di chilometri, di cui 831 nelle prime e 938 nelle seconde. La statistica citava che in 2857 città e piccoli paesi la morbidità oscillava da 25 a 38 %.

Di fronte a questo stato di cose merita ogni elogio il servizio centrale di colonizzazione dei profughi. Per merito suo e per mezzo di 60 dispensari rurali in Macedonia, e in Tracia si è ottenuto un sensibile miglioramento nella morbidità. D'altra parte il Governo seguendo le direttive della commissione igienica della Società delle Nazioni e a mezzo di prosciugamenti delle grandi paludi dello Strymon e di Philippe, nelle valli dell'Arios, di Galicos di Londias e di Aliaemon è riuscito ad ottenere un sensibile miglioramento della morbidità del paese, che presentemente oscilla tra 9-15 %.

III.

MORTALITÀ IN GRECIA. — Secondo la statistica del 1931 ecco come si presenta la situazione. Dividendo la popolazione in: popolazione della campagna, 4.395.960 abitanti e in popolazione dei centri, 2.044.680 abitanti si ha (nel 1931)

In campagna	78.131 morti cioè 17,77 ‰ e 1233 nati morti
Nei centri	36.238 morti cioè 17,72 ‰ e 1053 nati morti

Su 100 morti tra gli uomini vi sono	56,60 celibi
	33,15 sposati
	10,09 vedovi
	0,16 divorziati

Su 100 donne morte ci sono	51,78 nubili
	23,48 maritate
	24,55 vedove
	0,19 divorziate

Su 100 nati vivi la percentuale dei morti all'età inferiore di un anno oscilla da 13 a 38 %.

La percentuale di mortalità infantile più forte si osserva in Macedonia e in Tracia, la più bassa nelle isole Ionie (11,47 %) e in Creta (11,78 %).

Dei morti per mille nel 1931 divisi per regioni si ha un tasso più alto in Tracia 24,03 ‰, in Macedonia 21,41 ‰, in Epiro 17,82 ‰ e nel Peloponneso 16,54 ‰.

Il tasso più basso in Creta 13,34 ‰ e nelle isole Ionie 14,25 ‰.

Per quanto riguarda i centri abitati la grande mortalità su mille abitanti si osserva a Caterina, 30,15 ‰; a Serres, 27,65 ‰; a Conestini, 26,61 ‰; a Janitzà, 26,57 ‰ e a Eghion, 25,51 ‰.

Per gli uomini si ha un tasso di mortalità più elevato nei centri (18,71 ‰) che nella campagna (18,38 ‰);

e per le donne invece un tasso più elevato in campagna (17,18 ‰) che in città (16,72 ‰).

In generale, di 1000 morti, le donne sono 489 in campagna e 469 in città.

Infine, ripartendo i morti in cinque gruppi si ha la seguente percentuale:

fino ad 1 anno	23,44 %
da 1 a 14 anni	20,46 %
» 15 a 39 »	15,21 %
» 40 a 69 »	22,10 %
» 70 a più »	18,79 %

IV.

ETÀ MEDIA DEI MORTI. — In generale l'età media dei morti nel 1931 è approssimativamente la seguente:

nella campagna per gli uomini	32 anni
» » per le donne	32 » e 4 mesi
nelle città per gli uomini	34 » » 8 »
» » » le donne	34 » » 4 »

Ne consegue che in Grecia l'età media oscilla tra 32-32 anni e mezzo in campagna, e 34 1/2 - 35 in città. Invero tali cifre sono eguali a quelle date per l'Europa nel 1800. Da documenti degni di fede, forniti dalla città di Ginevra la vita media umana è così fissata:

al XVI Secolo	21-2 anni
» XVII »	25-7 »
» XVIII »	33-6 »
» 1801-1883	39-7 »

cioè la longevità media ha raddoppiato in durata dentro 4 secoli.

In Francia secondo la tesi di Valot (Parigi 1932) « Causes et conséquences de l'heureuse évolution de la mortalité dans le Monde » la speranza della vita alla nascita è così fissata:

1898-1903	47-4 anni
1908-1913	50-5 »
1920-1923	54-1 »

Bisogna quindi convenire che l'età media dei morti in Grecia non è molto incoraggiante. D'altra parte, malgrado gli sforzi sostenuti, la Grecia si trova tra gli Stati Europei che anno una mortalità superiore. Però bisogna notare che una buona parte è dovuta alla gran mortalità infantile. Si potrebbe ridurre questa ultima mediante l'attuazione delle numerose norme dell'igiene e della medicina preventiva.

Infine bisognerebbe che il Governo dirigesse più energicamente i suoi sforzi alla diminuzione della morbidità e della mortalità della Grecia.

Prof. Dott. BASILIADES

LA PAGINA DEL MEDICO FIDUCIARIO

Deficienze di alcuni rapporti medici

Abbiamo avuto più volte occasione di notare che in alcune relazioni di visita medica, nella parte anamnestica, non viene risposto in maniera esauriente alla domanda: «Ha goduto o gode di pensione militare e di quale categoria». A tale domanda segue sul modulo una nota: specificare possibilmente la motivazione. Ma non sempre tale richiesta provoca spiegazioni sufficienti.

Non riteniamo necessario dilungarci ad illustrare l'utilità di tali notizie perchè di ovvia comprensione. Ricorderemo solo che alcune pensioni militari sono concesse per affezioni che possono facilmente sfuggire se non si è prevenuti, inoltre la conoscenza della categoria della pensione rappresenta un ottimo criterio di orientamento sulla gravità dell'affezione. Ad esempio citiamo che nella II categoria sono comprese le lesioni gravi e permanenti dell'apparecchio respiratorio o di altri apparecchi e sistemi organici determinate dall'azione dei gas e di vapori comunque nocivi e tutte le altre lesioni od affezioni organiche del laringe, della trachea e dei polmoni che arrechino grave e permanente dissesto alla funzione respiratoria, le gravi e permanenti affezioni del pericardio, gli aneurismi dei grossi vasi arteriosi del tronco ecc. Così nella V categoria sono contemplate: le malattie di cuore senza sintomi di scompenso, l'arteriosclerosi diffusa e manifesta, la t. b. c. polmonare e tutti gli altri processi t. b. c. di qualsiasi organo od apparecchio, che non abbiano tale gravità da essere equi-

parate alle infermità delle categorie precedenti, l'epilessia, le affezioni purulente dell'orecchio medio, permanenti, che siano accompagnate da gravi complicazioni o da grave diminuzione della funzione uditiva, ecc.

Abbiamo ritenuto opportuno riferire alcune delle motivazioni che possono più interessare dal punto di vista della classificazione dei rischi, allo scopo di convincere i nostri medici fiduciari della necessità di interessarsi personalmente delle dichiarazioni che gli assicurandi sono tenuti a rendere prima di essere sottoposti alla visita. Le notizie precise sulle infermità sofferte, contenute nella motivazione della pensione, potranno servire a far sottoporre ad un esame più accurato l'apparecchio in causa, allo scopo di stabilire l'eventuale permanenza dell'infermità o le modificazioni subite dall'epoca della concessione.

Tali indicazioni varranno ad evitare il più delle volte delle dilazioni all'accettazione dei rischi; in caso contrario la necessità di più dettagliate notizie o di più precisi accertamenti diagnostici potrà essere causa di ritardi o di altre evenienze spiacevoli.

I. F.

Danni che potevano essere evitati

Un assicurato è venuto a morte alla età di 43 anni dopo appena un anno dall'ingresso in assicurazione per « Emorragia cerebrale, arteriosclerosi, ipertensione, nefrite », secondo la diagnosi del medico curante.

Dall'indagine eseguita da uno dei nostri ispettori è risultato che l'assicurato era sofferente da prima dell'in-

gresso in assicurazione di cefalea e capogiri: una volta ebbe abbondantissima epistassi.

Poco dopo l'ingresso in assicurazione si fece visitare da un sanitario il quale gli riscontrò una pressione arteriosa di 280 Mx. e grande quantità di albumina nelle urine.

Il medico curante giudicò che questo stato patologico doveva essersi iniziato da molto tempo prima dell'epoca in cui egli fu chiamato al letto del malato.

Il nostro fiduciario nell'esaminare l'individuo per l'ingresso in assicurazione riscontrando ogni organo e sistema normale e la pressione arteriosa 130 di Mx., giudicava il rischio buono.

M. C. B.

* * *

Un individuo cinquantenne di modestissima condizione sociale nel maggio 1932 stipulò un contratto di assicurazione a forma vita intera con una società di assicurazione per un discreto capitale; uguale contratto fece nel giugno con altra società di assicurazione; successivamente ne stipulò in epoche diverse altri due con l'I. N. A.

Ai primi di marzo 1933 l'assicurato è morto per tubercolosi polmonare e dall'inchiesta eseguita è risultato che la malattia si manifestò nel gennaio 1932 ed ebbe un decorso fatalmente progressivo. I certificati dei medici visitatori erano stati tutti negativi. L'ultimo contratto fu stipulato quando l'assicurato aveva fatto pratiche per il ricovero in un sanatorio e per la concessione di un sussidio alimentare.

F. M.

* * *

Nel luglio 1932 venne avanzata proposta di assicurazione da una donna nubile a beneficio di una sua parente. Il certificato del medico fiduciario fu completamente favorevole e la proposta fu accettata. Dopo circa due mesi l'assicurata decedette per tubercolosi

polmonare e dall'inchiesta eseguita è risultato che la malattia si era iniziata da oltre un anno e che un mese prima della domanda di assicurazione la donna era stata visitata da tre medici che, dopo opportuni esami anche di laboratorio, avevano fatto diagnosi di tubercolosi polmonare bilaterale grave e avevano consigliato il ricovero in sanatorio. Un premuroso parente intervenne a sconsigliare la paziente dall'entrare in ospedale promettendo aiuti finanziari per la cura a domicilio in cambio di una assicurazione vita a beneficio della sua consorte, parente dell'assicurata.

F. M.

L'opera dell'Ispettore Medico

Nell'agosto u. s. in seguito a proposta di assicurazione per L. 30.000 veniva a noi trasmessa la relazione della visita medica praticata all'assicurato da un nostro fiduciario.

L'individuo in esame nell'infanzia era stato affetto da malattia osteo-articolare di un piede che aveva richiesto intervento chirurgico; nel 1927 era stato poi sottoposto a nefrectomia per malattia renale di cui non dichiarava la natura. Una proposta di assicurazione già nel 1930 aveva subito un rifiuto da parte di una Compagnia privata di assicurazioni con la motivazione: nefrectomia pregressa - albuminuria.

Il fiduciario visitatore segnalava che i diversi apparati avevano carattere fisiologico e normali le urine. Soltanto a carico dell'apparato circolatorio rilevava una pressione arteriosa massima di 155, R. R. ore 9-10 (ometteva la segnalazione della Mn.) e concludeva classificando il rischio come mediocre per la funzionalità di un solo rene, sebbene ben compensata.

Ad una visita di controllo presso il Servizio Sanitario della Direzione Generale, nel novembre u. s. veniva osservato quanto segue:

P. Mx. 200 - Mn. 130 (R. R. ore 11,30);

Urine: P. S. a 15° 1015 - Albumina: presente (0,20 ‰) - Nel sedimento: numerosi cilindri granulosi;

Azotemia a digiuno: 0,56 ‰.

Il rischio veniva rifiutato.

I. F.

* * *

Nell'ottobre 1933 fu sottoposto a visita sanitaria da parte di due medici fiduciari un assicurando che voleva stipulare un contratto per somma piuttosto elevata. Il rischio fu giudicato buono ed accettato a condizioni normali, dati i risultati favorevoli delle

due visite mediche. Ma da una visita di controllo praticata dall'ispettore medico dell'Istituto, è risultato che l'assicurato era affetto da nefrite cronica con ipertensione e glicosuria. Dall'inchiesta eseguita contemporaneamente è emerso che l'assicurato era albuminurico da vari anni e che i medici fiduciari, data la conoscenza personale che avevano dell'individuo che appariva in buone condizioni di salute, non procedettero ad un esame accurato e non rilevarono le gravi alterazioni morbose che, nonostante le apparenze, doveva certamente presentare l'assicurato al momento della loro visita.

F. M.

NOTIZIARIO

L'Istituto Regina Elena in Roma

In occasione del III Congresso della Lega Italiana per la lotta contro il cancro, si è inaugurato questo grandioso Istituto che, col 1934, ha cominciato la sua vita scientifica ed ospitaliera.

Non possiamo fare a meno di ricordare come il Governo Fascista, con la creazione di questo Ente per uno scopo altamente sociale, ci ha portati alla avanguardia delle Nazioni per la lotta contro il cancro. Per realizzare questa opera altamente umanitaria il Capo del Governo volle che in sostituzione dell'Ospedale di San Gallicano, inadatto per un moderno attrezzamento scientifico, fossero gettate le basi di questo Istituto, sorto *ex novo* a fianco della costruenda città universitaria. E con celerità fascista l'Istituto « Regina Elena » è ormai un fatto compiuto ed ha iniziato la sua fervida attività sotto

la direzione dell'illustre prof. R. Bastianelli.

L'edificio principale che compone l'Istituto comprende: la Sezione ambulatoria, gli impianti radiagnostici, la Sezione biologica e chimica, l'archivio statistico, la sede centrale della Lega contro il cancro e la biblioteca.

Tre padiglioni riuniti da un corpo di fabbrica anteriore costituiscono il reparto ospitaliero. L'impianto radiologico ed il reparto anatomico-patologico hanno degna sede in altre due minori costruzioni separate.

Nel reparto scientifico sono state organizzate quattro Sezioni: la biologica, la chimica, la fisica e la anatomopatologica.

L'attuale attrezzatura renderà possibile qualunque ricerca immunologica, sul ricambio dell'organismo e sullo sviluppo e coltivazione cellulare in vitro. Completa il reparto scientifico un laboratorio di vivisezione con stabulario

interno ed esterno per animali da esperimento.

Tutti i cultori della medicina sociale salutano con piacere il sorgere di questo Istituto, con la fervida speranza che quello che fino ad oggi è stato implacabile morbo, possa essere presto svelato ed avviato ad una cura radicale. Sarà quella la più grande vittoria che la scienza avrà riportato sul male a beneficio dell'umanità sofferente.

Ricordiamo che *tutti i nostri assicurati* ottengono gratuitamente presso l'Istituto Regina Elena tutte le visite e le cure ambulatorie, compresa la Röntgen-terapia, e ogni ricerca di clinica e di laboratorio. Gli assicurati che a giudizio dei medici di detto Istituto avessero bisogno di essere ricoverati per accertamenti diagnostici, per subire atti operativi o per altre cure, pagano solo la diaria di degenza. Attualmente la diaria è di L. 35. Oltre la diaria gli assicurati sono esenti da qualsiasi altra spesa (operazioni chirurgiche, medicazioni, applicazioni di radium e Röntgen-terapia, ecc.). Se gli assicurati desiderassero essere ricoverati nelle stan-

ze per uno solo o per due infermi, pagheranno l'intera retta corrispondente, ed il 50 % dell'onorario per l'atto operativo e per applicazioni di radium e Röntgen-terapia, secondo la tariffa del Sindacato Medico di Roma, qualora le tariffe degli Istituti fisioterapici non fossero inferiori a quelle. In quest'ultimo caso la riduzione del 50 % va applicata alla tariffa più bassa.

St.

La istituzione in Egitto di una Biblioteca medica

L'Ospedale Italiano « Benito Mussolini » di Alessandria di Egitto ha istituito una Biblioteca Medica Italiana.

Essa sarà aperta al pubblico gratuitamente, per lo scopo invero assai lodevole di far conoscere, più largamente possibile, le opere scientifiche dei medici italiani.

È quindi quanto mai opportuno e vantaggioso che i colleghi inviino, in omaggio, alla nuova biblioteca, una copia delle loro pubblicazioni.

DAI LIBRI E DALLE RIVISTE

La forza di riserva del cuore.

Questo argomento di grande importanza prognostica costituisce accanto alla forza attuale l'elemento indice della attitudine funzionale cardiaca.

Per l'esame di tale capacità di riserva si è andati alla ricerca di numerosi metodi, dal più antico consistente nello studio delle modificazioni della frequenza del polso, al più recente l'elettrocardiogramma. Un altro metodo che sempre è stato studiato nella speranza di trarne delle conclusioni con-

crete è l'esame della pressione arteriosa. La ricchezza della letteratura e la disparità dei risultati a tal proposito dimostra che su questo argomento l'accordo è ben lungi da essere raggiunto. Lo stesso Vaquez nell'ultima edizione del suo libro riconosce alla pressione nella determinazione della funzionalità cardiaca un valore molto discutibile. I continui perfezionamenti conseguiti in questi ultimi anni nella costruzione degli apparecchi misuratori della pressione ha indotto numerosi AA. allo studio della forza di

riserva del cuore attraverso i dati pressori. La stessa pressione media dinamica di Vaquez quando viene definita con l'espressione « debito cardiaco » vuol essere l'esponente della funzionalità e quindi delle forze attuali e di riserva del cuore.

Sulla valutazione della forza di riserva del cuore per mezzo della pressione arteriosa è tornato con una rivista critica Bertocchi della Clinica del Lavoro di Milano diretta dall'illustre Prof. Devoto, rivista pubblicata nella « Rassegna di Medicina applicata al lavoro industriale » (1933, n. 6).

L'A. che già in precedenza in altri lavori si è occupato della pressione, espone l'argomento con una notevole ricchezza bibliografica e con la vasta conoscenza che ha ormai acquistato sull'argomento.

Dalle prove prese in esame sono escluse quelle che richiedono sforzo muscolare e mettono di conseguenza in atto le forze di riserva cardiache. L'A. inizia la rivista con l'esposizione del fenomeno della ricorrenza palmare o radiale di Litter che ha voluto saggiare in individui sani; ma avendolo trovato assente in parecchi soggetti ha concluso in senso negativo sull'utilità di tale ricerca.

Passa poi ad esaminare la pressione differenziale e le costanti più o meno variabili ricavate dal rapporto Mx , Mn , e $P. d.$ come quella di Tigerstadt e Stone, ma conviene sulla scarsa fiducia che può riporsi in esse.

Altre prove della forza di riserva cardiaca sono state proposte facendo modificare volontariamente il ritmo respiratorio e misurando la pressione durante una inspirazione od una espirazione forzata; ma i risultati sono discordanti e variabili nonostante i numerosi studi fatti in proposito e quindi non utilizzabili a scopo pratico.

Quanto alle variazioni di pressione che si hanno nelle varie posizioni del corpo l'A. riporta le conclusioni di un suo precedente lavoro, che concludeva

in modo negativo sulla presenza di tali variazioni. Queste conclusioni ci sembrano un po' troppo pessimiste sia per nostra esperienza sia per quanto altri A.A. hanno osservato nello studio dell'oscillometria.

Comprimendo le grosse arterie già da molti anni Schapiro aveva osservato una ipotensione e una accelerazione di battiti se tale manovra era eseguita sulle crurali. Dell'utilizzazione clinica di questa prova si occuparono fin da allora sia Katzenstein sia Rummo e Ferranini, ma non ha avuto larga diffusione. Più recentemente Barth ha proposto l'ascoltazione dell'omero al disotto di un bracciale di sfigmomanometro che sia stato insufflato sino alla pressione massima. Nei soggetti con vizi valvolari a miocardio integro si avverirebbe dopo alcuni secondi la ricomparsa dei toni; in casi di assenza della forza di riserva il silenzio ascoltorio sopramassimale persisterebbe. Lo stesso Barth trova con l'oscillometro la Mx , variata a secondo che si usi la contropressione ascendente o discendente, ma in modo diverso da quanto Kistinois e anche noi trovammo in uno studio recente. Da rifiutarsi è invece la prova della stasi venosa determinata con la compressione perchè lunga e dolorosa per il soggetto.

L'elevazione passiva degli arti inferiori è ricordata per le ricerche di Varisco-Aroulay che se accompagnata da una compressione delle femorali determinerebbe a cuore valido un aumento della pressione di 10 mm.

In complesso la compressione dei vasi per la ricerca della funzionalità miocardica è troppo influenzata dal riflesso vasomotorio che si determina contemporaneamente sui vasi perchè possa darci una idea adeguata della forza di riserva del cuore.

Bertocchi infine, dopo aver ricordato numerosi fattori che contribuiscono alla determinazione della pressione come l'ora di misurazione, la stanchezza del

soggetto, la temperatura, la pressione barometrica, l'emotività e vari altri elementi, conclude con Devoto che per un giudizio esatto della funzionalità cardiaca la cifra della pressione va integrata con la frequenza del polso, del respiro e dei toni cardiaci.

STARNA.

Statistica della durata della vita dei cardiopatici scompensati

del dottor S. PERLROTH

(Dal *Zeitschrift für Kreislauf-forschung*, Dresda, 1 dicembre 1933).

In occasione di una circolare improvvisata e diretta ai medici concernente la durata di vita dei malati di cuore dai primi segni dello scompenso fino alla morte furono date risposte molto diverse (2 fino a 10 anni).

Questo risultato mi indusse ad approfondire la questione ed ho raccolto da casi clinicamente seguiti e rispettivamente verificati con l'autopsia una piccola statistica il cui risultato finale è di notevole importanza.

Questa statistica abbraccia 150 casi: i pazienti e le pazienti appartengono alle diverse classi della società: il numero maggiore dei casi appartiene alla classe lavoratrice. Per quanto riguarda la specie del male di cuore, io ho scelto per semplicità solo le endocarditi croniche della mitrale e dell'aorta. Ho escluso dalla statistica le miocarditi, le sclerosi vasali e le endocarditi maligne.

Un punto difficile in questa statistica era il giudizio dell'inizio dello scompenso.

Ho dovuto fidarmi delle anamnesi raccolte da diversi medici e purtroppo la subbiettività così diversa dei pazienti vi giuoca una grande parte, la qual cosa naturalmente rende per lo meno discutibile l'attendibilità dei dati anamnestici.

Se noi vogliamo prescindere dall'ultima circostanza, ci resta tuttavia sem-

pre il giudizio subbiettivo dell'inizio dello scompenso da parte del medico indagante: l'uno considerava come primo segno di scompenso la dispnea (di grado diverso), l'altro gli edemi.

Quale di questi segni può essere considerato sicuro segno di scompenso? La dispnea? Non da sola, poichè la dispnea può insorgere per varie ragioni psichiche e somatiche. Però non deve essere dimenticato, che persino gravi scompensi (specie nella stenosi mitralica) possono verificarsi senza edemi e viceversa osserviamo spesso clinicamente pazienti non cardiopatici, che presentano la sera edemi malleolari. Ciò si connette con un una maggiore o minore predisposizione agli edemi.

Un altro segno importante di debolezza cardiaca è il dolore epigastrico verso destra (dolore di fegato), quale espressione della distensione della capsula di Glisson consecutiva alla stasi.

Noi consideriamo come primo segno di scompenso degno di valore, o i primi edemi, o il dolore del fegato, o — per lo meno la combinazione di alcuni di questi segni.

STATISTICA.

La nostra statistica si basa su un materiale di 150 casi verificati con autopsia. Di cui:

96 casi, e cioè 67 donne, 29 uomini:
vizi mitralici

54 casi, e cioè 13 donne, 41 uomini:
vizi aortici.

Dei 96 mitralici morirono nei primi 6 mesi dalla comparsa dei primi segni di scompenso:

37 p. = 38,5 %
entro il secondo semestre vivevano ancora 37 p. = 38,5 %.

Morirono adunque nel primo anno del loro scompenso:

74 = 77 % di malati mitralici

Nell'intervallo di 1-3 anni morirono 13 p. = 13,5 %

Oltre 3 anni vivevano 9 p. = 13,5 %

Dei 54 aortici morirono :

nel 1° semestre : 37 p. = 68,5 %.

» 2° » 14 p. = 41 %.

Morirono adunque nel 1° anno dal loro scompenso :

51 aortici = 94,1 %.

sopravvissero di 1-3 anni 2 p. 3,7 %
oltre 3 anni sopravviveva solo 1 p. = 1,8 %.

Ho constatato inoltre che lo scompenso si è verificato :

nell'80 % di tutti i casi 2 volte

nel 18 % » » 3 volte

nel 2 % » » 4 volte

Noi vediamo adunque una notevole discrepanza tra le precedenti statistiche di mortalità per malattie di cuore (ad esempio nel manuale delle malattie di cuore di Kraus-Brugsch, Prof. Plesch) e i nostri dati statistici.

Là sta scritto : «..... il vizio di cuore una volta scompensato porta a morte, in più che la metà dei casi, nei primi 4 anni dall'inizio dei sintomi clinici di sofferenza cardiaca, mentre solo circa il 4,5 % dei casi, una volta scompensati, vive 17-18 anni ancora.... ».

Ma non dimentichiamo, che in quella statistica sono contenute insieme vizi valvolari, e non dobbiamo dimenticare che la statistica è stata compilata nel 1925.

Se noi diamo uno sguardo alla nostra piccola statistica dei cardiopatici trattati clinicamente e morti in clinica, risalta allora che la durata media di vita dei p. scompensati, dal primo scompenso fino all'esito è molto più breve, che quanto sarebbe stato esposto secondo gli insegnamenti della cardiologia.

È purtroppo un dato di fatto che la digitale e il rimanente trattamento clinico moderno non prolungano di molto la durata di vita dei p. scompensati.

La digitale, la « regina di tutti i farmaci » dovrebbe essere detronizzata, se noi non tenessimo presenti le circostanze in cui è inefficace.

Le cifre scoraggianti, dovranno essere ridotte, date le cause di errori che

porta con sé ogni statistica, compresa questa nostra per l'esiguo numero dei casi ; restano però tuttavia ancora sempre cifre spaventose.

Ma quale è la vera origine dell'incapacità di compenso dei nostri pazienti ?

Il maggior numero dei p. di clinica è reclutato dai lavoratori, manuali, lavoratrici e ragazze di servizio, perciò della classe proletaria, e solo una esigua parte (specialmente aortici) appartiene ad altre classi professionali.

Naturalmente la digitale può compensare un vizio cardiaco, ma ad essa va aggiunto ancora riposo a letto quasi assoluto durante il trattamento, e considerevole risparmio del corpo dopo il trattamento. Ora è evidente, che i nostri p. non si possono concedere in eterno un simile risparmio per la semplice ragione dell'impossibilità di guadagno e sue conseguenze.

La ripresa del lavoro faticoso provoca un secondo ed eventualmente un terzo scompenso, malgrado il p. prenda continuamente e profilatticamente la digitale.

Forse le malattie cardiache sono malattie sociali più della t.b.c.. Noi sappiamo che nella t.b.c. vi è almeno una tendenza alla guarigione spontanea, e che con un miglioramento della posizione sociale — eventualmente anche senza questa — si può arrivare a remissione spontanea e persino a guarigione del processo polmonare. E ciò non molto raramente.

Ma le malattie di cuore ! Il p. scompensato una volta, posto in cattiva posizione è incapace praticamente al lavoro e rispettivamente al guadagno ; In lui la sospensione del lavoro (il cambiarlo è praticamente impossibile) per lo più può significare un prolungamento della vita per alcuni anni, ma non guarigione.

Una sospensione di lavoro con lo stato odierno dell'assicurazione sociale equivale a fame, per cui si hanno simili spaventose cifre statistiche.

Voi vedete adunque che io non faccio un nihilismo medico e non voglio discreditarla la digitale o sottrarre alla farmacologia il suo orgoglio. Si tratta semplicemente del riassunto di una piccola statistica di malattie di cuore.

Terapia? Non ve ne è alcuna.

Cardiopatie scompensate sono assolutamente inguaribili. L'unica terapia degna di valore non è medicamentosa ma sociale; perfezionamento dell'assicurazione sociale e anzitutto istituzione di dispensari per cardiopatici: ospitalizzazione in questi dei più scompensati, senza mezzi, come unica via di rendere sopportabile la loro vita; liberarli dal cianosi, dispnea, dolore di fegato ed edemi, prolungare notevolmente la loro vita.

Così solo noi possiamo sperare più favorevoli risultati statistici.

Un'utopia?

SUL.

Sui metodi della reazione di Kahn

Oi siamo già in precedenza occupati della reazione di Kahn che pratichiamo correntemente nei nostri gabinetti e ricordammo anche la visita dell'illustre Prof. Kahn nei locali dell'Istituto in occasione del suo viaggio a Roma per il Congresso immunologico internazionale.

Sull'applicazione della reazione di Kahn è tornato ad occuparsi Zavagli negli *Annali di Igiene* (N. 11-1933) prendendo ad esaminare i tre metodi con i quali si può praticare la reazione e cioè la presuntiva, la standard e la quantitativa; tutti basati sullo stesso principio della flocculazione.

La reazione di Kahn presuntiva si pratica con un particolare antigene molto sensibile che dà la positività nel 100 % dei casi di sifilide ed anche in rarissimi casi di persone non sifilitiche.

Questi casi costituiscono le false reazioni positive; la negatività riscon-

trata con tale metodo invece ha grande importanza perchè esclude realmente la lues.

La Kahn presuntiva, che è quella che si pratica correntemente con antigene meno sensibile, richiede l'uso di tre provette con antigene diluito variamente; la sua importanza è soprattutto per i casi risultati positivi.

Infine la Kahn quantitativa serve a stabilire il valore precipitante del siero di individui infetti in Unità Kahn (U. K.); valore che ci permette di seguire durante un trattamento terapeutico il miglioramento sierologico dell'infezione nell'individuo allorchè da alte cifre, ad esempio: 800 U. K., si vede scendere la reazione a 400, 200 U. K. ed anche meno.

Zavagli riporta anche i risultati della Conferenza di Montevideo promossa dalla Società delle Nazioni, nella quale su 12 metodi di ricerca sierologica per la sifilide quattro soli sono risultati esenti da false reazioni positive e cioè la Kahn standard, la Wassermann Sordelli, la Wassermann Wyler e la Wassermann Scaltritti. Di queste la più sensibile è riuscita la Kahn standard, che ha il 19 % di maggior sensibilità sulla Wassermann.

L'A. conclude con la constatazione personalmente da lui fatta negli S. U. d'A. della sempre maggiore diffusione della Kahn nei vari laboratori eseguita sola o associata alla Wassermann.

Lo stesso argomento tratta Ceconi nell'ultimo numero del *Notiziario di diagnostica e terapia* in un articolo intitolato: « La reazione di Kahn su 429 sieri ». L'A. che ha praticata la Kahn presuntiva abituale è nelle conclusioni favorevoli ad una sempre maggior diffusione di questa ricerca e riporta alcuni casi in cui solo la Kahn ha confermato la natura luetica del soggetto.

Riconosce infine che essa è certamente più sensibile specie nella sua latente, primaria e terziaria.

St.

Curatevi agli inizi.

Contributo al precoce riconoscimento delle malattie croniche del Dott. Eugenio Koch, specialista di fisioterapia a Zurigo.

Le malattie croniche si caratterizzano per il loro decorso lento e subdolo: esse possono manifestarsi in due maniere:

1) o insorgono bruscamente come malattie infettive acute, le quali per deficiente difesa dell'organismo, non guariscono completamente e passano quindi dallo stato acuto a quello cronico con periodi di relativa quiete alternati a periodi di riaccensione e peggioramento;

2) oppure iniziano subdolamente, minando le resistenze organiche e rendendosi evidenti, quando la medicina è quasi impotente ad agire.

È quindi nobile compito del medico sorprendere tali affezioni all'inizio servendosi di fini mezzi di indagine, con maggiori probabilità di conseguire, intervenendo, successi soddisfacenti.

Purtroppo il paziente, non avendo la minima idea del male che lo minaccia, non valuta giustamente questo meticoloso lavoro del medico, anzi accusa quest'ultimo di esagerazione e lo sfugge per ritornarvi quando il male ha già causato gravi ed irreparabili danni.

Alle malattie, i cui stadi iniziali rimangono frequentemente sconosciuti ai pazienti, e che ne abbreviano notevolmente la vita, appartengono fra le altre:

- 1) la tubercolosi polmonare,
- 2) parecchie malattie di cuore,
- 3) le malattie renali croniche,
- 4) le malattie di fegato,
- 5) le malattie costituzionali come il diabete, ecc.,

6) ed infine una serie di affezioni articolari croniche.

In vero per sorprendere all'inizio queste affezioni che subdolamente minano l'esistenza di molte vite sarebbe raccomandabile la *visita periodica delle persone sane*.

Questo metodo introdotto dai tedeschi Neisser (1903) e Florschütz (1915) e dall'americano L. Fisk (1914) ha dato veramente risultati soddisfacenti.

Necessita pertanto che il medico sappia ricercare i sintomi iniziali, e qui saranno solo accennati i più interessanti.

1. - Tubercolosi polmonare iniziale.

In questa affezione iniziale un ausilio di massima importanza ci viene dato dall'esame radiologico, il quale è l'unico mezzo che ci fa sorprendere le primissime manifestazioni della terribile malattia, lo stadio cioè di *pretisi*; e ci permette altresì di scoprire alcuni piccoli focolai, situati profondamente nel parenchima polmonare, a distanza dalla superficie e che perciò sfuggono ai comuni esami fisici.

Così per mezzo dell'esame radiologico si è potuto constatare che i casi di tubercolosi apicale ritenuti come iniziali nell'era pre-radiologica, indicano uno stadio già avanzato della malattia, la quale inizia per lo più sotto forma di infiltrazione localizzata nella regione sotto-clavicolare.

Detta infiltrazione, che costituisce il focolaio iniziale della tubercolosi polmonare, è caratterizzata da un ispessimento del tessuto polmonare di forma rotonda, della grandezza da un pisello ad una noce. A tale stadio la malattia non causa alcun disturbo ed il paziente continua a dedicarsi alla sua occupazione o alla sua professione. Per questo suo mutismo di sintomi noi la riscontriamo, per lo più, solo radiologicamente nelle persone in contatto con tubercolosi e che spesso si sottomettono all'esame radiologico.

Però non sempre si ha assenza di disturbi, potendosi anche riscontrare modica febbre, una certa indisposizione: disturbi per lo più attribuiti ad influenza e non tenuti quindi in giusta considerazione.

L'infiltrazione primitiva può regredire completamente senza conseguenze,

lasciando una piccola cicatrice innocua. Ma essa può anche subire un processo di rammollimento con consecutiva formazione di caverna polmonare; e allora con lo stabilirsi della tosse, della febbre continua, dei sudori notturni si passa alla seconda fase della malattia, nella quale di solito il paziente si presenta al medico.

L'esame radiologico del torace, specie in soggetti a contatto con tubercolosi, praticato sistematicamente nelle visite periodiche, permette di sorprendere l'affezione all'inizio suggerendo al medico le cure adatte per arrestare e guarire il processo.

2. - *Segni iniziali di debolezza cardiaca.*

Si è constatata una mortalità per malattie del cuore e dei vasi, superiore a quella per malattie di cancro e tubercolosi sommate insieme. Si è constatato altresì che un quarto di tutti i pazienti che si presentano alle consultazioni mediche si lamentano di disturbi a carico del cuore e dei vasi.

Anche in queste malattie l'inizio è spesso subdolo, senza segni subiettivi, poichè il cuore nei primi stadi della sua alterazione si riprende della stanchezza col riposo notturno.

Solo ci si può accorgere della sua incipiente debolezza mediante misurazione esatta della quantità di urina emessa durante le dodici ore notturne paragonandola a quella emessa nelle dodici ore diurne; si constaterà allora che l'urina emessa durante la notte supera in quantità quella del giorno, appunto perchè col riposo della notte, acquistando il muscolo cardiaco nuova energia, i reni vengono meglio irrorati e possono eliminare maggiore quantità di urina.

Però a poco a poco il cuore, stancandosi sempre più, rende evidente la sua debolezza con la dilatazione cardiaca, col polso frequente ed aritmico, con segni di stasi (edemi ai malleoli, urine scarse), ecc.

Come può il paziente accorgersi di una incipiente debolezza cardiaca?

Se egli avverte affanno, palpitazioni, senso di costrizione al petto, quando ascende una montagna, o sale le scale, mentre prima non avvertiva simili disturbi per le medesime fatiche, deve allora pensare che il suo cuore non possiede più le energie di riserva di prima: e se gli stessi disturbi si presentano nel lavoro ordinario, nel vestirsi o svestirsi, deve pensare a stadi successivi di debolezza cardiaca; e se poi detti disturbi lo obbligano, per riposare, ad usare un altro cuscino o a passare dalla posizione laterale a quella dorsale penserà che il suo cuore dà segni di insufficienza.

Un mezzo subiettivo ed obbiettivo facile per riconoscere la insufficienza cardiaca, consiste nel provare a contare da uno a dieci senza respirare durante il conteggio: deporrà per insufficienza cardiaca l'insorgenza di dispnea (dispnea di riposo).

Un'altra prova è quella di contare le pulsazioni radiali (al polso) allo stato di riposo, ed eseguire 10 flessioni sulle ginocchia. Se le pulsazioni aumentano più di 30-35 per minuto, e se esse non ritornano al numero di partenza dopo un minuto e mezzo di riposo fisico, allora bisognerà pensare ad una debolezza cardiaca confermata.

Come potrà il medico consultato riconoscere la debolezza del muscolo cardiaco?

In vero a carico del volume del cuore non riscontrerà nulla agli inizi dei disturbi accusati dal paziente; poichè anche una lieve dilatazione del cuore non si può mettere in evidenza con l'esame fisico e nemmeno con l'esame radiologico; si sa infatti che l'area dell'ombra radiologica del cuore subisce oscillazioni individuali, dipendenti dalla costituzione, dalla forma del torace, dalle condizioni del diaframma, dallo stato di riposo o di stanchezza del soggetto.

Però l'esame radiologico ci può fornire un dato importante che permette di diagnosticare l'insufficienza del mio-

cardio all'inizio: e questo elemento è dato dal rilievo della *stasi polmonare*: la fiacchezza del miocardio causa una stasi nei vasi sanguigni del polmone, che radiograficamente si rendono evidenti come tronchi d'albero partentisi dagli ili e ramificantisi nel territorio polmonare, facendo assumere all'immagine polmonare un aspetto marmorizzato.

Questo dato è molto importante per la diagnosi precoce, poichè esso si presenta molto tempo prima degli edemi malleolari.

Un altro mezzo che il medico può utilizzare è la prova della strofantina.

Questo rimedio cardiotonico iniettato alla dose di 3-4 decimilligrammi, nello spazio di poche ore, mentre non dà alcuna modificazione in un cuore sano, nei casi lievi di debolezza cardiaca, è in grado di migliorare il polso, la pressione sanguigna, la frequenza del polso, la quantità dell'urina, ed anche la sensazione subbiottiva.

3. - *Affezioni renali croniche.*

Le malattie renali croniche in genere si stabiliscono subdolamente, e, quando danno segni di sè, sono ormai quasi inguaribili.

Non è mai abbastanza raccomandato dopo una nefrite acuta di farsi praticare periodicamente la *pressione sanguigna*: e se questa è elevata è necessario sottoporsi a controllo medico, a dieta e tenore di vita adatti.

Con cura adatta si può ottenere la guarigione.

In casi invece in cui la pressione si mantiene costantemente elevata e fissa, e non reagisce a nessun trattamento, allora si ha da fare con casi inguaribili di nefrite cronica.

Non è sufficiente in questi casi far praticare l'esame delle urine nei riguardi dell'albumina, poichè questa può mancare ed il rene essere seriamente leso. È utile praticare le prove funzionali dei reni: la prova di diluizione e la prova di concentrazione.

a) La diluizione è un lavoro attivo della cellula renale.

Per la prova della diluizione diamo a bere al paziente un litro e mezzo di acqua o di infuso di tiglio, poscia raccogliamo in recipienti separati le urine emesse ogni mezz'ora. Il rene sano elimina nelle prime quattro ore il litro e mezzo di acqua somministrata e precisamente la quantità di urine dopo la prima mezz'ora ammonta a 500 cc. e più: e nello stesso tempo il peso specifico si è abbassato da 1020 a 1001 essendo stati diluiti i componenti salini delle urine. Dopo 4 ore l'urina si riconcentra come allo stato normale e ritorna al suo primitivo peso specifico di 1020.

Non avviene così in caso di affezione renale: il rene ammalato richiede più di 4 ore per eliminare il litro e mezzo di liquido somministrato: l'urina emessa dopo la prima mezz'ora non raggiunge i 500 cc., e le varie porzioni raccolte di mezz'ora in mezz'ora sono quasi tutte uguali, e il peso specifico di esse subisce lievi oscillazioni.

La costanza del peso specifico, e il ritardo d'eliminazione nella prova della diluizione, indicano sicuramente una lesione renale, anche se mancano altri segni della malattia.

b) Prova di concentrazione.

Si somministra al soggetto vitto asciutto senza acqua e si raccolgono i campioni di urina.

In un rene sano si arriva ad una capacità di concentrazione di 1030 peso specifico, mentre nelle nefriti, persino in stadi iniziali si ha una stabilità del peso specifico.

Queste ricerche (esame delle urine, misura della pressione, prove funzionali di diluizione e concentrazione) sarebbero da praticarsi tutte le volte che il soggetto fa ritorno al lavoro professionale, o si sottomette ad una fatica superiore all'ordinaria, o, se donna, trovasi all'inizio di una gravidanza.

In caso di aggravamento si preserveranno nuovi riguardi, riposo a letto

e diete rigorose finchè questi rimedi daranno risultati soddisfacenti.

4. - *Diabete mellito.*

In questa malattia cronica esistono anche casi leggeri di diabete iniziale, i cosiddetti casi *latenti* di diabete che solo possono essere messi in evidenza mediante un'alimentazione sovraccarica di farinacei.

In genere si tratta di persone, nella cui famiglia si sono verificati casi di diabete; in circa il 25 % dei diabetici è stata dimostrata infatti l'ereditarietà. È nei tarati familiarmente che ci si deve proporre di mettere in evidenza il diabete latente mediante la prova di sovraccarico di alimenti farinacei o direttamente mediante ingestione di zucchero.

Si riesce allo scopo somministrando al soggetto una buona quantità di farinacei: in caso di diabete latente si riscontrerà zucchero nelle urine.

Si può anche somministrare direttamente una certa quantità di zucchero: però in questo caso, se la quantità di zucchero sorpassa un certo limite, anche soggetti sani possono presentare zucchero nelle urine: ma con la differenza che il diabetico latente continuerà ad eliminarlo con le urine, per parecchi giorni ancora.

Risultati più precisi si ottengono somministrando al soggetto di ora in ora, gr. 25, gr. 50, gr. 75 e gr. 100 di pane bianco, ricercando e dosando contemporaneamente lo zucchero nel sangue e nelle urine, e facendo il raffronto con le cifre ottenute in persone sane.

Con questi metodi si riesce a svelare il diabete iniziale specie nei giovani tarati familiarmente e così prevenire in essi brutte conseguenze, che l'esperienza clinica ha dimostrato tanto più funeste, quanto più giovane è il soggetto.

5. - *Malattie del fegato.*

Anche per il fegato, che disimpegna varie funzioni importanti (trasfor-

mazioni del glucosio in glicogeno e viceversa, sintesi dell'urea, formazione della bile, ecc.) le malattie iniziali possono essere svelate ricorrendo alle prove funzionali, che invero sono molteplici, ed anche complesse: si ricorrerà ad esse in caso di sospetto di affezione epatica.

6. - *Affezioni articolari croniche.*

Queste iniziano per lo più nell'età media della vita, causando un certo senso di malessere alle articolazioni, specie delle ginocchia, un senso di stanchezza dopo lievi sforzi. Un vero senso di dolore si ha solo tardivamente.

Queste possono essere messe in rilievo precocemente mediante l'esame radiologico che dimostra alterazioni nelle superfici articolari ed indicare così fin dall'inizio, con buona probabilità di successi, il trattamento che è per lo più di natura fisica: diatermia, fango, bagni sulfurei, ecc.

Da quanto sopra è stato esposto scaturisce la conseguenza che per sorprendere e curare con successo svariate malattie croniche che minano la nostra esistenza, si rende necessaria la visita medica periodica, anche quando ci si ritiene di stare in perfetto benessere.

Dal *Im Dienste der Gesundheit*, Basilea dic. 1933

SUL.

Otorino-laringoiatria

È uscita in questi giorni la 3ª edizione delle « Malattie dell'orecchio del naso e della gola » del Prof. Manciola. Il nome del Manciola è ben noto a tutti nostri Colleghi perchè occorra aggiungere che il libro, che fa parte della Collezione Hoepli, è veramente riuscito allo scopo dell'A.

Questo manuale è veramente utile ad ogni medico generico che voglia in breve e chiaramente apprendere qualunque nozione della specialità che si è

andata nell'ultimo ventennio arricchendo di esperienze e ricerche sempre maggiori e difficili a seguirsi dallo stesso specialista. Il Manciola, in questa edizione che è aggiornata e notevolmente ampliata delle precedenti, ha mantenuto il carattere pratico del manuale usufruendo della sua nota competenza clinica.

Di speciale interesse per noi si presenta il capitolo di Medicina Legale in rapporto alle assicurazioni di cui il Manciola si è occupato personalmente. Su tale argomento l'A. giunge a conclusione che riporta alla fine del capitolo e adotta nell'accettare o rifiutare un rischio criteri molto simili a quelli da noi esposti in un recente articolo di questa nostra Rivista.

A. STARNA.

La Statistica Medica.

Non può sfuggire a nessun medico la grande importanza che ha la statistica medica in ogni argomento di medicina sociale. È perciò con vero piacere che troviamo nel trattato elementare di statistica in corso di pubblicazione dell'Editore Giuffrè, alcune monografie dedicate ad argomenti medici di vera importanza sociale. La cosa ha tanto maggior valore in quanto il Trattato Elementare di Statistica che sarà costituito da sei volumi è uno dei primi compilati con sufficiente ampiezza e viene pubblicato sotto gli auspici dell'Istituto Centrale di Statistica del Regno. La parte che a noi interessa è contenuta nel II° Volume (Demografia) e comprende le malattie sociali e la statistica delle cause di morte; la compilazione è stata affidata ad un vero competente della materia il Dott. De Bernardinis, Capo Reparto dell'Istituto Centrale di Statistica.

Nell'ampia monografia sulle malattie sociali il De Bernardinis, classificate tali affezioni secondo il criterio etologico passa ad esaminare in un capitolo assolutamente originale la mor-

bosità in base alle fonti italiane e straniere raccogliendo elementi preziosi ed utili a quanti vorranno in proseguo studiare tale branca della statistica medica che oggi, tranne per le malattie a denuncia obbligatoria, è ancora da iniziare. Ricordato a quali Enti ci si dovrà rivolgere per la costituzione del materiale, come le Casse mutue ecc.; l'A. espone i criteri da seguire per la rivelazione delle caratteristiche di tempo, luogo, età professione etc. nelle singole malattie e porta alcuni esempi pratici statistici di morbosità.

Tra questi per esattezza si distinguono i dati ricavati dai rapporti dei Consorzi antitubercolari Provinciali, ottimi anche quelli del Servizio Sanitario delle Ferrovie dello Stato per gli Agenti di ruolo, i quali vengono esaminati secondo i coefficienti di morbosità generale e di morbosità specifica anche in rapporto al lavoro cui è adibito il personale speciale come gli agenti di macchina. L'A. esamina poi la gravità della malattia in base alla degenza, e il coefficiente di mortalità per il quale ultimo ricorda come si tratti di brevi periodi di osservazione e quindi sfuggano la più gran parte dei malati cronici.

I criteri seguiti per lo studio della mortalità nelle malattie sociali sono a un dipresso gli stessi, e a proposito dell'andamento nel tempo per ogni singola mortalità l'A. fa notare come nello stabilire l'andamento delle percentuali comparative si debba andar cauti nelle deduzioni non essendo raro il caso di apparenti contraddizioni dovuto ad altra modificazione dei fattori.

Un esempio di queste è dato dal rapporto ‰ dei morti di t. b. c. in riferimento alla mortalità totale in Italia nelle medie annue dal 1887 ad oggi. In base a questo rapporto la mortalità per t. b. c. salì da 78,8 ‰ a 84,2 ‰ ma l'errore di tale cifra risulta quando si pensi che è molto più giusto derivare il rapporto dal numero dei morti

con la popolazione esposta a morire; ed allora vedremo che calcolata 100 la mortalità per ogni 100.000 nel 1887 nel 1923 si è discesi a 69 e questo rappresenta il vero indice dell'andamento della mortalità in esame.

Nello studio delle altre malattie sociali l'A. espone numerose tavole sulla morbosità e mortalità della malaria, con notevole miglioramento di entrambi ma specie della seconda il cui coefficiente vediamo scendere per 100.000 abitanti da 30,3 nel 1902 a 6,8 nel 1930 in seguito alle vaste opere di provvidenze igienico-sanitarie e di bonifica integrale in piena attuazione.

Motivo di soddisfazione per il medico sociale può dare anche l'esame della mortalità per sifilide discesa nello stesso periodo 1902-1930 da 6,14 a 3,11 per 100.000 abitanti; lo stesso può concludersi dello studio della morbosità delle malattie veneree e sifilitiche negli Ospedali militari e civili.

Contrariamente a quanto si ritiene sono invece invariati i coefficienti di mortalità per alcoolismo cronico e per malattie mentali. Queste ultime tendono purtroppo ad aumentare sebbene personalmente De Bernardinis sia propenso a credere che il fattore civiltà abbia funzione di rivelatore anziché determinante delle malattie mentali; comunque il coefficiente per 100.000 abitanti dal 1875 al 1926 segna un aumento da 100 a 317 e solo in parte può essere dovuto al diffondersi dell'uso di ricoverare in manicomi malati mentali una volta trattenuti in casa dai familiari. L'A. riporta numerose tabelle inedite sui ricoverati negli Istituti degli alienati esponendole sotto molteplici punti di vista: per sesso, per le psicosi, presentate per gruppi di età, durante il triennio 1926-28 e per mortalità in periodo notevolmente più ampio di tempo.

Interessanti le tavole dei suicidi e tentati suicidi nella città di Trieste; e le altre comparative sui suicidi in tutto il Regno per gruppi di età, per

regioni e percentuali rispetto alla popolazione nel periodo 1902-1930.

Seguono alcuni dati riguardanti la morbosità per malattie professionali secondo i dati raccolti da Coppa presso la clinica per malattie professionali di Napoli e le tabelle della mortalità assoluta per le stesse cause nel triennio 1927-1929.

Chiudono infine la monografia due quadri che riportano: uno la mortalità professionale, per cause violente accidentali in Italia dal 1902 al 1916, e l'altro per gruppi di età fino al 1923 dai quali risulta, nonostante il forte aumento del traffico e dei mezzi di trasporto automobilistico, invariato in Italia il coefficiente di mortalità.

*
* *

L'altra monografia, trattata anch'essa dal Dott. De Bernardinis riguarda la statistica delle cause di morte. L'A. espone le fonti e i metodi da cui si deducono le statistiche nei vari paesi del mondo, rileva le difficoltà dell'accertamento della causa di morte in nazioni a scarsa densità di popolazione e di poche comunicazioni ove la diagnosi è fatta dall'unica autorità del paese e nazioni ove non è obbligatoria la denuncia della causa di morte da parte dei familiari.

Successivamente rileva la grande difficoltà di avere una tabella unica di nomenclatura nosologica internazionale; lacuna che solo nel 1929 la quarta Conferenza internazionale per la revisione delle statistiche ha cercato di colmare consigliando ai vari Stati una nomenclatura di 200 voci che in Italia è già da tempo adottata.

Seguono le tavole di mortalità proporzionale in Italia e in Europa nel decennio 1920-29 dalle quali risulta un notevole miglioramento di alcune mortalità in rapporto ai vasti provvedimenti igienico-profilattici adottati dai vari paesi in esame. Sono, come è facile arguire, le malattie infettive che presentano il miglioramento in pa-

rola, specie il tifo e la tubercolosi, e, tra le parassitarie, soprattutto la malaria.

Restano invece invariati i decessi della scarlattina e morbillo e soprattutto si dimostra poco sensibile a tali misure profilattiche l'influenza che nel 1929 ha assunto una recrudescenza pandemica internazionale non risparmiando quasi nessuna nazione. Invariati o con lieve aumento si presentano le cifre proporzionali che riguardano la mortalità per malattie di cuore. Aumento più evidente si ha nelle emorragie cerebrali e nei rammollimenti cerebrali. Si tratta evidentemente di affezioni cardio-vascolari in cui le possibilità profilattiche, come rilevammo in un recente lavoro di Pampana, sono oggigiorno scarse e attendono ulteriori ricerche.

Seguono sempre con lo stesso criterio proporzionale, quadri riguardanti le polmoniti, le nefriti, le setticemie e numerose altre affezioni.

Infine chiudiamo con l'esame di una tabella che noi Italiani possiamo esaminare con compiacimento, tabella riguardante i suicidi, dalla quale risulta che l'Italia con la Spagna e l'Olanda costituiscono il gruppo delle nazioni a minor mortalità. Questo fatto depone per il grande senso di equilibrio e di fede in se stesso offerto dalla nostra razza, che, pur non essendo seconda a nessuno nei progressi industriali della moderna attrezzatura economica, non si è lasciata contagiare dal suicidio, tabe della nostra civiltà.

Abbiamo riassunto quanto il De-Bernardinis ha esposto nel volume della demografia nel Trattato Elementare di Statistica, sicuri di aver fatto cosa gradita per tutti i nostri fiduciari e per quanti hanno la esatta percezione della grande importanza anche della statistica medica nella febbre tumultuosa della vita moderna. La vasta competenza e l'esposizione felice del De-Bernardinis ci fanno ritenere queste monografie non solo la migliore

italiana, ma anche tra le più complete e riuscite che siano state pubblicate in Europa sull'argomento in questi ultimi anni.

St.

Dall' " Annuario di Statistica dell'Ungheria „ per l'anno 1932

Superficie dello Stato: kmq. 93.073.

Popolazione: 8.783.919.

Abitanti per kmq.: 93,4.

Ripartizione della popolazione secondo lo stato civile:

Celibi.	4.289.530	49,4 %
Coniugati	3.739.633	43,0 %
Vedovi	602.090	6,9 %
Divorziati	57.066	0,7 %
Totale.	8.688.319	100,0 %

Ripartizione della popolazione per gruppo di età:

0-14 anni.	2.393.270	27,5 %
15-59 anni.	5.446.498	62,7 %
60 anni ed oltre.	847.054	9,8 %

Di questi hanno obblighi scolastici:

3- 5 anni.	535.031	6,2 %
6- 9 anni.	713.166	8,2 %
10-11 anni.	342.350	3,9 %
6-11 anni.	1.055.516	12,1 %
12-14 anni.	271.260	3,1 %

Ripartizione della popolazione secondo la madre lingua e la conoscenza della lingua ungherese:

Ungheresi	8.001.112	92,1 %
Tedeschi	478.630	5,5 %
Slovacchi	104.819	1,2 %
Rumeni	16.221	0,2 %
Croati	27.683	0,3 %
Serbi	7.031	0,1 %
Ruteni, ecc.	20.564	0,2 %
Altre lingue	32.259	0,4 %
Di madre lingua non ungherese.	687.207	7,9 %
Di questi parlano l'ungherese.	509.891	74,2 %
Non lo parlano	177.316	25,8 %

Parlano l'unghere-
se in totale. . . 8.511.003 98,0 %

Ripartizione della popolazione se-
condo la religione:

Romano cattolici .	5.634.103	64,9 %
Greco cattolici . .	201.093	2,3 %
Riformati	1.813.162	20,9 %
Anglicani evangel.	534.065	6,1 %
Greco orientali . .	39.839	0,5 %
Israeliti	444.567	5,1 %
Altre religioni . .	21.490	0,2 %

In relazione ai matrimoni, alle na-
scite ed ai decessi, la statistica del
1932 segnala:

Matrimoni	71.202	8,1 %
Nascite maschi . .	109.031	
Nascite femmine . .	110.238	
Totale.	211.533	
Decessi maschi . .	81.277	
Decessi femmine . .	75.829	
Totale.	157.106	

Si nota, quindi, una eccedenza di
48.423 nascite, cioè del 5,5 %.

Mortalità nell'anno 1932.

Deceduti per sesso e per età:

	Maschi	Femmi.	Totale	%
0- 1 anno	21.076	16.683	37.759	24,0 %
1- 5 anni	6.866	6.603	13.469	8,6 %
5- 9 anni	1.783	1.652	3.435	2,2 %
10-14 anni	1.074	1.118	2.192	1,4 %
15-19 anni	1.634	1.810	3.444	2,2 %
20-24 anni	2.651	2.684	5.335	3,4 %
25-29 anni	2.316	2.269	4.585	2,9 %
30-34 anni	2.142	2.270	4.412	2,8 %
35-39 anni	1.904	2.057	3.961	2,5 %
40-44 anni	1.975	1.900	3.875	2,5 %
45-49 anni	2.533	2.208	4.741	3,0 %
50-54 anni	3.061	2.602	5.663	3,6 %
55-59 anni	3.546	3.026	6.572	4,2 %
60-64 anni	4.628	4.019	8.647	5,5 %

La tabella precedente riporta la mi-
nor mortalità alle età dai 10 ai 14 anni,
con una percentuale dell'1,4 %. L'età
giovanile dai 20 ai 24 anni ha una mor-
talità maggiore: 3,4 %. Poi la morta-

lità cade dai 30 ai 45 anni. Dopo i 45
anni aumenta fino a raggiungere quasi
il 6 % intorno ai 60 anni.

Relativamente al sesso è da notare
che la mortalità per le donne, è infe-
riore a quella degli uomini, fino ai
14 anni di età. Dopo i 15 anni, fino a
39, la mortalità per le donne è supe-
riore, per ricadere di nuovo a partire
dai 40 anni, in una percentuale assai
notevole fra i vecchi dei due sessi. La
mortalità dei fanciulli di età inferiore
a 1 anno è del 24 %.

Igiene pubblica.

Nel 1932 il numero degli ospedali in
genere è di 244, con 41.263 letti. Il
numero dei medici è di 8.415. Quello
delle levatrici è di 5.705. Vi sono 1.194
farmacie.

Il numero dei vaccinati contro il
vaiolo fu di 170.108, dei rivaccinati
270.621. Totale complessivo 440.729.
82 % di vaccinati; 61,4 % quello dei
rivaccinati.

Nel 1932 funzionarono 58 stazioni
balneari, con una frequenza di 175.402.

Fattori assicurativi.

Nel 1932 funzionarono 27 Istituti as-
sicurativi nazionali e 32 esteri. Di que-
sti si occuparono esclusivamente di as-
sicurazioni vita, nazionali 1, esteri 5.
Esclusivamente assicurazioni contro i
danni, nazionali 8, esteri 23. Istituti
misti, vita e danni, nazionali 18, esteri 4.
Mancano i dati di 2 Istituti. 7 società,
sono in liquidazione.

Pubblica istruzione.

Nell'anno scolastico funzionarono re-
golarmente 1.058 asili infantili, 6.862
scuole elementari, 444 scuole industriali
inferiori, 37 scuole commerciali infe-
riori, 380 scuole complementari, 5 scuole
per maestre d'asili infantili, 20 scuole
per maestri elementari, 35 scuole per
maestre elementari, 29 ginnasi, 71 isti-
tuti tecnici, 19 scuole reali, 44 scuole
complementari femminili, 1 collegio

femminile, 50 scuole commerciali superiori, 4 scuole agrarie super., 6 università, 18 collegi superiori religiosi, 3 accademie di legge.

Dott. GUIDO LENAZ.

Dalla "Statistique du mouvement de la population,, della Francia per l'anno 1930.

Nascite dell'ultimo decennio 1921-1930.

Anno	Popolazione al 30 giugno	Eccedente delle nascite sulle morti	Per 10.000
1921	39.240	+ 118.651	30
1922	39.420	+ 72.051	18
1923	39.880	+ 95.562	24
1924	40.310	+ 74.577	18
1925	40.610	+ 62.244	15
1926	40.870	+ 54.724	13
1927	40.940	+ 68.293	17
1928	41.050	+ 75.301	18
1929	41.230	- 8.592	— 2
1930	41.610	+ 101.067	24

L'eccedenza delle nascite è stata per il 1930 di 101.067, cioè 24 per 10.000 abitanti, mentre nel 1929 si nota un eccedente dei decessi di 8.592.

Il risultato del 1930 è dovuto ad un aumento sensibile del numero delle nascite: 19.893 e a una forte diminuzione del numero dei decessi: 89.766.

Su questa eccedenza delle nascite di 101.067, 73.000 unità proverrebbero dalla popolazione francese, 28.000 dagli stranieri residenti in Francia (calcolo molto approssimativo naturalmente).

Nel 1930 fra i nati vivi, si sono avuti 1.039 maschi per 1.000 femmine invece di 1.045 che si ebbero nel 1929 e per il totale delle nascite 1.045 nel 1930 invece di 1.054 nel 1929.

Il numero dei matrimoni celebrati nel 1930 è di 342.059 (164 : 10.000 abitanti) contro 334.322 (162 : 10.000) nel 1929, contro 455.543 (232 : 10.000) nel 1921 e contro 312.036 (150 : 10.000) nel 1913.

	1930	1929
Matrimoni . . .	342.059	334.059
Divorzi . . .	20.367	19.167
Nati vivi . . .	749.953	730.060
Morti in totale .	648.886	738.652
Morti di meno di un anno . . .	58.630	—
Nati morti . . .	26.044	25.417
Legittimi . . .	687.720	668.952
Illegittimi . . .	62.233	61.108

Mortalità.

Anno	Decessi non compresi i nati morti	Per 10.000
1930.	648.886	156
1929.	738.652	179

La diminuzione considerevole della mortalità nel 1930 ha due cause:

1. - Il 1° trimestre 1930 è stato molto più mite del 1° trimestre 1929 che era stato freddissimo (79.360 decessi in meno che nel periodo corrispondente del 1929).

2. - Nel 2° trimestre ancora sono stati registrati 9.919 decessi in meno che nel 1929.

Per gli ultimi sei mesi il numero dei decessi è lo stesso per i due anni.

Totale dei decessi per il 1930.

Gruppi di età	Maschi	Femmine	Totale	per 10.000
0-1	32.970	25.660	58.630	790
1-4	10.329	9.104	19.433	67
5-14	6.222	5.946	12.168	23
15-24	14.136	13.768	27.904	41
25-34	20.200	16.304	36.504	60
35-44	21.939	17.533	39.472	72
45-54	35.208	25.334	60.542	119
55-64	53.900	39.557	93.457	232
65-74	72.310	64.823	137.133	528
75-84	57.260	68.822	126.082	1.306
85 e +	14.151	23.396	37.547	3.293
	338.625	310.247	648.872	161

Per rapporto al periodo 1925-1929 la mortalità generale è diminuita nel 1930 per 10.000 da 186 a 175 per i maschi e da 163 a 148 per le femmine, per i due sessi da 174 è scesa a 161.

Nell'insieme è diminuito per tutti i gruppi di età salvo da 25 a 34 ove è rimasta stazionaria.

Per il sesso maschile, il tasso della mortalità è aumentato per il gruppo da 25 a 34 anni ed è rimasto stazionario per il gruppo da 5 a 14 anni: per

tutti gli altri è in diminuzione. Per il sesso femminile il tasso della mortalità è diminuito in modo generale.

Nel 1930 su circa 649.000 decessi registrati in tutta la Francia la causa di morte non fu specificata o è rimasta oscura per circa 82.000 (13 %).

Decessi secondo la causa.

(secondo la nomenclatura abbreviata riveduta nel 1929) (43 rubriche).

Questa nomenclatura permette di dividere tutti i decessi in 14 grandi gruppi.

CAUSE DI DECESSO		N. decessi	% decessi	per 1 milione di abitanti
I	Malattie infettive e parassitarie (da 1 a 14 incluso)	82.882	128	2.024
II	Cancro e altri tumori (15-16)	44.091	68	1.076
III-IV-V	Malattie generali e avvelenamenti cronici (da 17 a 20)	8.593	13	210
VI	Malattie del sistema nervoso e organi dei sensi (21-23)	74.749	115	1.823
VII	Malattie dell'apparato circolatorio (24-25)	75.535	117	1.842
VIII	Malattie dell'apparato respiratorio (26-27-28)	83.947	129	2.049
IX	Malattie dell'apparato digestivo (29-30-31-32)	37.020	57	904
X	Malattie dell'apparato genitale e urinario (33-34)	23.727	36	579
XI	Malattie della gravidanza parto puerperio (35-36)	2.617	3	49
XII-XIII	Malattie della pelle, tessuto cellulare ossa, organi del movimento (37)	1.707	3	41
XIV-XV	Vizi di conformazione congenitale e malattie della prima infanzia (38)	14.858	23	362
XVI	Senilità (39)	80.961	125	1.975
XVII	Morti violente o accidentali (40-41-42)	30.642	47	748
XVIII	Cause non specifiche o non definite	88.157	136	2.151
Totali		648.886	1.000	15.833

Dei decessi delle malattie infettive e parassitarie, 65.803 sono dati dalla tubercolosi (160 per 100.000 abitanti) di cui 56.499 tubercolosi polmonare (138 per 100.000 abitanti) e 9.304 dalle altre forme di tubercolosi (23 per 100.000 abitanti).

Il cancro e gli altri tumori maligni avrebbero determinati 39.582 decessi (61 per 1.000 decessi del totale - 97 per 100.000 abitanti).

Su gli 8.593 decessi delle malattie generali avvelenamenti, ecc. (13 per 1.000 dei decessi totali) 3.805 sarebbero dovuti al diabete.

Sui 74.749 decessi delle malattie del sistema nervoso (115 per 1.000 dei de-

cessi totali - 182 per 100.000 abitanti) 52.812 decessi sono dovuti all'emorragia, all'embolia o alla trombosi cerebrale (viene subito dopo le malattie di cuore e la tubercolosi polmonare).

Sui 75.535 decessi delle malattie dell'apparato circolatorio 62.014 sono dovuti alle malattie del cuore propriamente dette.

Sugli 83.947 decessi delle malattie dell'apparato respiratorio (13 % del totale) le polmoniti sono in causa per 35.481 decessi, le bronchiti per 10.560. A tutte le altre malattie dell'apparato respiratorio sono stati attribuiti 37.906 decessi (circa 6 % del totale dei decessi).

Sui 23.727 decessi dovuti alle malattie dell'apparato genito-urinario (4 % del totale) le nefriti sono in causa per 19.668 decessi.

I decessi dovuti alla senilità sono 80.961 (13 % del totale) e quelli dovuti ai vizi di conformazione congenitali e alle malattie della prima infanzia sono 14.858 (2 % del totale).

Probabilmente la rubrica della senilità darebbe una cifra meno elevata di decessi se la dichiarazione della causa fosse stata fatta correttamente.

Le morte violente o accidentali (30.642) rappresentano il 5 % dei decessi totali; i suicidi sono 7.915 (più di 1 % dei decessi totali).

Le altre morti violente o accidentali sono state 22.410 (35 % dei decessi registrati nel 1930).

Dott. M. SAINI.

DAI PERIODICI DI MEDICINA

Segnalazione di articoli

Medizinische Klinik - Berlino, 5 gennaio 1934.

VON NOORDEN - Diagnosi e terapia delle malattie dello stomaco e dell'intestino.

ORTNER - Deliqui nei mali di stomaco e loro durata.

SCHÖNFELD - Malattie cutanee professionali nell'esercizio agricolo della Pomerania con speciale riguardo alla pustola vaccinica ed un caso di morte ad essa connesso.

BÖNNIGER - Tubercolosi polmonare e giudizio d'infornio.

WAGNER - Nesso tra l'odontoiatria e la medicina generale con speciale riguardo alle infezioni focali della bocca.

— 12 gennaio.

VON NOORDEN - Diagnosi e terapia della malattia dello stomaco e dell'intestino (fine).

KOLLE e PRIGGE - Esiste un'immunità attiva per la sifilide?

The British medical Journal - 23 dicembre.

GRAY - Rapporto tra l'istologia renale ed il quadro clinico nella nefrite.

COLLIS - L'eritema nodoso.

— 30 dicembre.

CAMMIDGE - La prognosi della glicosuria senza sintomi.

— Una nuova teoria dello stato linfatico.

Medical Journal and Record - New York, 20 dicembre.

PEMBERTON, PEIRCE e BACH - Rapporto delle vitamine nel trattamento dietetico delle artriti.

Rassegna Clinico Scientifica I. B. I. 1933, n. 11.

GALDI - Clinica e terapia della gotta.

Minerva Medica - 1933, n. 51.

FILLA - La patogenesi dei fenomeni ipoglicemici.

Minerva medica - 1934, n. 1.

MANARA - Note sull'arterio sclerosi.

La Riforma Medica - 1934, n. 1.

DONATI - Sulla cura operatoria dell'ulcera gastrica duodenale.

Il Policlinico - Sezione Chirurgica, 1933, n. 12.

SCOLLO - L'influenza della parotite sul ricambio degli idrati di carbonio e sul diabete pancreatico sperimentale.

Policlinico - Sez. medica, 1933, n. 12.

BIGNAMI - Gliomatosi ed encefalomegalia gliosi parziale.

Rassegna di articoli di igiene pratica.

L'Italia sanitaria - Roma, 1-15 dicembre 1933.

M. RIZZI - Come ritardare l'invecchiamento.

Ingegneria Sanitaria ed Urbanistica - Milano, ottobre 1933.

DIDIER HAMMER DE SZEKELYHID e A. STEINACKER - Un nuovo progresso in materia di disinfezione zoologica.

CASAGRANDE e SEPPILLI - La gomma studiata nelle sue applicazioni all'igiene del suolo e dell'abitato.

La salute e l'igiene nella famiglia - Roma, 15 dicembre.

MONTELUCCI - Il freddo umido.

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

Prof. Dott. I. ROMANELLI, direttore responsabile

Roma, 1934 - XII - Società An. Tipografica Castaldi - Via Casilina, 49 - Telef. 70-409



Corporate Heritage
& Historical Archive

PROVVIDENZE SANITARIE IN VIGORE

A) Visite mediche periodiche gratuite - Analisi mediche gratuite - Prestiti senza interessi per operazioni chirurgiche - B) Facilitazioni per cure termali - C) Facilitazioni presso ospedali e case di cura - D) Facilitazioni per sanatori, convalescenziari e consultori materni - E) Facilitazioni per cure odontoiatriche - F) Facilitazioni per cure oculistiche - G) Facilitazioni per cure otorinolaringoiatriche.

A) Visite mediche periodiche gratuite - Analisi mediche gratuite - Prestiti senza interessi per operazioni chirurgiche.

1. Concessione di un buono di visita medica gratuita ogni due anni, agli assicurati in regola con i pagamenti che siano possessori di polizze di assicurazione in forma ordinaria con visita medica per un capitale superiore alle L. 20.000. Gli assicurati hanno facoltà di scegliere il medico, e questi è tenuto al segreto professionale anche verso l'Istituto.

2. Agli assicurati per somme superiori alle L. 20.000 in regola coi pagamenti, la Direzione dell'Istituto concede gratuitamente ogni due anni presso il proprio laboratorio centrale in Roma, via Sallustiana, 51:

a) un esame completo chimico e microscopico delle urine;

b) un esame del sangue: per la ricerca della glicemia;

c) un esame del sangue: per la ricerca della azotemia;

d) un esame del sangue: per la reazione di Kahn;

e) la misurazione della pressione arteriosa.

Si rammenta che agli assicurati impossibilitati a muoversi dalla loro residenza, è consentito beneficiare ugualmente di detta concessione, in-

viando ai Laboratori del Servizio Sanitario della Direzione Generale col mezzo più celere, campioni:

per l'*azotemia* 5-10 cc. di sangue con l'aggiunta di qualche granellino di citrato di sodio;

per la *glicemia* 1-2 cc. di sangue preparato con fluoruro di sodio;

per la *Reazione di Kahn* 5-10 cc. di sangue o meglio 1-2 cc. di siero possibilmente già centrifugato.

Il prelevamento va fatto detergendo la cute con etere, senza adoperare alcool, oppure lasciando evaporare questo completamente prima di pungere la vena.

3. Concessione di prestiti senza interessi, qualora l'assicurato debba sottoporsi ad operazione di alta chirurgia, per la somma occorrente a pagare le relative spese debitamente comprovate.

B) Facilitazioni presso Stabilimenti Termali.

C) Facilitazioni presso Ospedali e Case di Cura.

D) Facilitazioni presso Sanatori, Convalescenziari e Consultori materni.

(Elenco per ordine alfabetico di Provincia).

E) Facilitazioni per cure odontoiatriche.

F) Facilitazioni per cure oculistiche.

G) Facilitazioni per cure otorinolaringoiatriche.

I sanitari delle specialità di cui alle lettere E) F) G) elencati per ordine alfabetico di provincia, concedono agli assicurati con polizze ordinarie e collettive, la riduzione del 30 % sugli onorari minimi, fissati dal Sindacato Provinciale Fascista dei Medici.

AGRIGENTO

Odontoiatri:

Dott. CUCURULLO Antonio.

ANCONA

1. *Convalescenziario in Loreto*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

BARI

1. *Clinica privata del prof. Florenzo d'Erchia*, via M. Signorile, n. 2, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 %, sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica, Röntgen diagnostica Röntgen radium terapia che verranno praticate nella clinica.

Odontoiatri:

ANDRIA - Dott. SARDANO Francesco.

BERGAMO

1. *Stabilimenti termali di S. Pellegrino*, a tutti gli assicurati: Riduzione del 30 %

sulle tariffe in vigore sia per l'ammissione che per tutte le cure che ivi si praticano.

2. *Consultorio materno in Bergamo*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

BOLOGNA

1. *Ospedale « Benito Mussolini »* della Cassa Nazionale Infortuni, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive che facessero ricorso a quell'Ospedale per cure chirurgiche, ortopediche ed oculistiche, oppure per applicazioni sia ambulatorie che in degenza, di terapia fisica, Raggi X e Radium, riduzione del 20 % se usufruiranno della 1^a e 2^a classe, e del 10 % se usufruiranno della 3^a classe, sia per le rette che per gli onorari medici.

2. *Casa di salute « Policlinica »*, Piazza Umberto I, n. 9 a tutti gli assicurati, — « Villa Verde », Via Mamolo, n. 45 — « Villa Rosa », Via Castiglione, n. 103, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali e per applicazione di terapia fisica, raggi X e radium.

3. *Consultorio materno in Bologna*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 ogni volta.

BRESCIA

1. *Stabilimento termale in Sirmione sul Garda*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, per tutti gli assicurati: forfait di L. 300 per ogni turno di giorni 15.

2. *Consultori materni di Brescia, Gavardo, Palazzolo sull'Oglio e Villanova*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

CAGLIARI

1. *Stabilimenti termali di Sardara*, a tutti gli assicurati: riduzione del 25% sulle tariffe in vigore sia per l'ammissione alle cure che per tutte le cure che ivi si praticano.

2. *Casa di cura Prof. Gino Baggio* - Piazza S. Benedetto, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazione di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

3. *Ospedale-Sanatoriale* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati pagheranno una diaria di L. 28.

CALTANISSETTA

1. *Ospedale Sanatoriale* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati pagheranno una diaria di L. 28.

Oculisti:

Prof. dott. CAVALLARO Erminio.
Prof. dott. NICOLETTI Gaspere.

Otorinolaringoiatri:

Dott. RESTIVO Pietro.

CATANIA

1. *Istituto Medico del Lavoro* - Via De Felice, 37: gli assicurati con polizze popolari potranno usufruire una volta l'anno di una visita completa ivi compresi gli esami clinici e di laboratorio, pagando un onorario di L. 10. Potranno inoltre usufruire in ogni tempo delle varie prestazioni dell'Istituto Medico mediante la corresponsione di un onorario di L. 5 per ogni volta.

2. *Convalescenziario di S. Pietro in Caltagirone*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli

assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

Odontoiatri:

CATANIA - Dott. GRECO Salvatore,
Via Umberto, 8.

Dott. MUSUMECI GRASSI Raimondo,
Via Vittorio Emanuele, 215.

Dott. POLITI Francesco, Via Etnea
num. 208.

Otorinolaringoiatri:

Prof. dott. LIOTTA Agatino, Via
Mancini, 6.

CATANZARO

1. *Istituto Clinico Diagnostico e Fisioterapico del Dott. Giuseppe Mazza*, Via Duomo, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore per la diagnostica radiologica e per cure Röntgen, elettriche e terapia fisica, che verranno praticate nell'Istituto Clinico.

COMO

1. *Sanatorio in Camerlata* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

2. *Convalescenziario di Asso* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

3. *Consultori materni di Como e Fanegrò*, dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

COSENZA

1. *Casa di salute Catalani « Villa Amelia »*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30% sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen radium terapia che verranno praticate nella Casa di salute.

Odontoiatri:

Dott. ANDREASSI Giuseppe.
Dott. CERBELLI Oreste.
Dott. LOFFREDO Ferdinando.

FIRENZE

1. *Casa di salute « Villa Savoia »*, Via Andrea del Castagno, n. 6, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per interventi operatori di qualsiasi natura ed importanza, per le applicazioni di terapia fisica, raggi X e radium, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, Röntgen diagnostica, che verranno praticate nella clinica.

2. *Convalescenziario « Regina Margherita » in Firenze*, dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

3. *Consultorio materno in Firenze* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

Odontoiatri:

Dott. ARNONE Vincenzo, Via Pandolfini, 26.
Dott. CITELLI Alessandro, Lung'Arno Acciaiuoli, 22.
Dott. PUTTI Giorgio, Via Servi, 6.
Dott. RAMONINO Camillo, Via Vecchietti, 9.

FIUME

1. *Casa di Cura dott. Howat in Abbazia*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sull'importo delle rette in vigore, e del 50 % sulle tariffe in vigore sia per le competenze professionali, che per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, elettrica e di idroterapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

FOGGIA

1. *Clinica Troiano in Sansevero*, Viale della Stazione, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgen diagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Clinica.

Odontoiatri:

S. SEVERO - Dott. RECCA Pietro.

Oculisti:

S. SEVERO - Dott. COLIO Giovanni.

Otolaringoiatri:

S. SEVERO - Dott. GERVASIO Arnaldo.

GENOVA

1. *Casa di Salute per operazioni chirurgiche prof. Catterina*, Via Borgoratti, 84, a tutti gli assicurati: riduzione del 50 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica Röntgen diagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Salute.

2. *Policlinico del Lavoro* - Via Benedetto XV, gli assicurati con polizze popolari potranno usufruire una volta l'anno di una visita completa, ivi compresi gli esami clinici e di laboratorio, pagando un onorario di lire 10. Potranno inoltre usufruire in ogni tempo delle varie prestazioni del Policlinico del Lavoro mediante corresponsione di un onorario di L. 5 per ogni volta.

LECCE

1. *Stabilimenti termali di S. Cesarea* (Lecce), agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 25 % sulle ta-

riffe in vigore, sia per l'ammissione che per tutte le cure che ivi si praticano.

2. *Consultorio materno in Lecce* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

LIVORNO

1. *Consultorio materno in Livorno* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

Odontoiatri:

Dott. CAPITANI Icilio, Scali Ugo Botti, 2.

Dott. CASAGNI Odoardo, Via Magenta, 8.

Dott. QUARANTORSI Cleomene, Via Enrico Mayer, 18.

PORTOFERRAIO - Dott. LAGHI Augusto.

Oculisti:

Prof. Dott. BAQUIS Elia, Via Maradi, 35.

Dott. PARDUCCI Mario, Via del Fante, 3.

LUCCA

Odontoiatri:

ALTOPASCIO - Dott. PIEGAIA Giovanni Leo.

MILANO

1. *Casa di salute « Villa Porpora »*, Via Eugenio Carpi, n. 30, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 30 % sulla tariffa in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per interventi operatori di qualsiasi natura ed importanza, per applicazioni di terapia fisica, raggi X e radium, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, come pure sulle tariffe in vigore per le consultazioni cliniche che verranno praticate sia

nello studio clinico di via Verzieri, 23, Milano — sia nella clinica stessa.

2. *Istituto Cardiologico per la diagnosi e la cura delle malattie della circolazione*, del prof. Giovanni Galli, in Milano, Foro Bonaparte, 51, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le competenze professionali che per tutte le cure che ivi si praticano.

3. *Sanatorio in Vialba* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

4. *Consultori materni in Milano e Ponte Nuovo di Magenta*, dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

MODENA

1. *Casa di Cura chirurgica* prof. Marchetti, Via Giardini, 20, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

NAPOLI

1. *Stabilimenti termali di Agnano* — Napoli, a tutti gli assicurati: riduzione del 50 % sull'importo del diritto di ammissione, e del 25 % sull'importo degli abbonamenti alle cure Termali (bagni, stufe e faughi).

2. *Centro di accertamento diagnostico per il cancro*: prestazione gratuita della propria opera a tutti gli assicurati che si presentano all'ambulatorio di detto Centro. Le ricerche di clinica e di laboratorio e radiologiche da quei sanitari ritenute necessarie, saranno eseguite gratuitamente. Gli assicurati che avessero bisogno di essere ivi ricoverati

o per accertamenti diagnostici, o per subire atti operativi, pagheranno la sola diaria e saranno esenti da qualsiasi altra spesa.

3. *Casa di salute Grimaldi & Principe*, Piazza Gesù e Maria, n. 24, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi, e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen radium-terapia, che verranno praticate nella Casa di salute.

4. *Ospedale-Sanatoriale* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati pagheranno una diaria di L. 28.

Odontoiatri:

Dott. COPPOLA Antonio, Via Cesario Console, 3.

Dott. DONATO Carlo, Via Raffaele de Cesare, 7.

Dott. GIUFFRÈ Vincenzo, Via Santa Brigida, 76.

Dott. IZZO Giuseppe, Via S. Arcangelo a Baiano, 23.

Dott. LIPPO Pasquale, Via S. Lucia, 15.

Dott. MASUCCI Enrico, Piazza Torretta, 36.

Dott. SANSONE Angelo, Via Santo Spirito di Palazzo, 9.

Dott. SANTANIELLO For. to, Corso Vitt. Em., 460.

Dott. VIOLLET Giovanni, Via Capodimonte, 31.

Otorinolaringoiatri:

Dott. DI LAURO Espedito, Riviera di Chiaia, 84.

Prof. Dott. JANNUZZI Silvio, Via S. Spirito di Palazzo, 31.

NOVARA

1. *Casa di Cura per malattie polmonari « Eremo » in Miazina*, a tutti gli assi-

curati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

2. *Consultorio Materno in Novara*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate potranno essere ricoverate pagando una diaria di L. 20.

PADOVA

1. *Stabilimento Hôtel Trieste & Vittoria di Abano*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 50 % sull'importo della visita medica per l'inizio della cura; riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano; riduzione del 20 % sull'importo della pensione giornaliera, escluso servizio e tassa soggiorno.

2. *Uniche Premiate Terme Preistoriche di S. Pietro in Montagnon*, a tutti gli assicurati: riduzione del 20 % sull'importo della pensione di 1^a e 2^a classe; riduzione del 15 % sull'importo della pensione di 3^a classe. Nella pensione oltre all'alloggio, vitto (vino compreso), servizio, è compresa anche la cura (fango o grotta sudorifera). Per la visita medica di ammissione alle cure gli assicurati pagheranno lire 10 per la 1^a e 2^a classe e lire 5 per la 3^a classe. La tassa di soggiorno sarà corrisposta dagli assicurati nella misura di lire 10 per la 1^a e 2^a classe e lire 5 per la 3^a classe.

3. *Stabilimento termale di Battaglia Terme*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, per tutti gli assicurati: forfait di L. 300 per ogni turno di giorni 15.

4. *Casa di cura « La Salutare »* (Località Altichiero), a tutti gli assicurati: riduzione del 20 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze

professionali, per ricerche diagnostiche e per tutte le cure che ivi si praticano. Nella retta è compresa l'assistenza sanitaria completa e cioè: medico, medicine comuni, cure fisiche e idroterapie che ed eventualmente la visita del consulente.

5. *Sanatorio di Galliera Veneta*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati pagheranno una diaria di L. 28.

PALERMO

1. *Clinica Candela*, Via Villareale, 30, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Clinica.

2. *Consultorio Materno in Palermo* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

Odontoiatri:

Dott. DI CARLO Giovanni, Via Roma.

Dott. GALLO Paolo, Largo Santa Sofia, 1.

Dott. MILAZZO Carmelo, Piazza G. Verdi, 22.

Dott. NICOSIA Antonio, Piazza Aragona, 4.

Dott. PIAZZA GARGANO Giovanni, Piazza S. Domenico, 23.

Dott. RIBOLLA Achille, Via Rosolino Pilo, 12.

Dott. TEMPESTINI Elio, Via Maqueda, 200.

Oculisti:

Dott. BELLINA Gregorio, Via Celso, 14.

Prof. dott. CUCCO Alfredo, Via Villafranca, 20.

Prof. dott. DE BONO F. Paolo, Via Stabile, 120.

Dott. LA PLACA Gaetano, Via Stabile, 155.

Prof. dott. LONGO Salvatore, Corso Scinà, 941.

Otorinolaringoiatri:

Prof. dott. ALAGNA Gaspare, Via Roma, 471.

Dott. CAMPO Francesco, Via Stabile, 109.

Dott. FERRUZZA Gaetano, Via Lincoln, 96.

Prof. dott. ZANOLA Aurelio, Via Rodi, 1.

PARMA

1. *Stabilimenti termali di Salsomaggiore*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 20 % sulla tariffa generale in vigore sia per l'ammissione alle cure che per qualsiasi cura ivi si pratici. Inoltre gli alberghi « Porro » e « Valentini » di Salsomaggiore praticeranno lo stesso trattamento per vitto ed alloggio che quegli alberghi praticano ai funzionari dello Stato, agli appartenenti al R. Esercito, alla M. V. S. N. ed ai Corpi Armati dello Stato.

2. *Stabilimento termale* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza in Salsomaggiore, per tutti gli assicurati: forfait di L. 300 per ogni turno di giorni 15.

3. *Casa di cura di Ramiola* in Ramiola, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per applicazioni di terapia fisica, raggi X, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, e Röntgendiagnostica che verranno praticate nella Casa di cura.

PAVIA

1. *Casa di cura prof. Eugenio Morelli*, Piazza 24 Maggio, a tutti gli assicurati:

riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore, sia per le rette che per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica, Röntgen diagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di cura.

2. *Casa di Cura chirurgica prof. Massnata in Stradella*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cura.

3. *Ospedale Policlinico S. Matteo di Pavia*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sia per le cure ambulatorie che per le rette di qualsiasi genere. La riduzione del 30 % sarà pure applicata sulle tariffe in vigore per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate in detto Ospedale.

4. *Ospedale Infermi di Vigevano*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi, ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nell'Ospedale.

PISA

1. *Stabilimenti termali di S. Giuliano*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 40 % sulle tariffe in vigore di tutte le cure che ivi si praticano, e del 30 % sulle tariffe-pensioni praticate dal Grande Albergo delle Terme; e agli assicurati con polizze popolari: riduzione nella medesima percentuale

praticata agli assicurati dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale (già Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali), e cioè L. 18 giornaliere per la pensione completa, comprensiva di vitto, alloggio, cura e assistenza sanitaria, servizio, ecc.

2. *Stabilimento termale dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale in S. Giuliano Bagni*, per tutti gli assicurati: forfait di L. 300 per ogni turno di giorni 15.

Odontoiatri:

Prof. Dott. CARRERAS Roberto,
Via S. Lorenzo, 19.

Dott. DELLE SEDIE Francesco,
Piazza S. Frediano, 5.

Dott. PAOLI Gaetano, Borgo Stretto, 5.

Dott. SERRI Scipione, Via Vittorio Emanuele, 4.

BIENTINA - Dott. MARCHIANI Pilade.

REGGIO CALABRIA

1. *Ospedali Riuniti « Giuseppe Melacrino » e « Francesco Bianchi »*, a tutti gli assicurati: riduzione del 20 % per gli ammessi alle corsie comuni (retta di terza classe), e del 30 % sia per le cure ambulatorie che per gli ammessi alle rette di prima e seconda classe. La riduzione 30 % sarà pure applicata sulle tariffe in vigore per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di Terapia fisica, Röntgen diagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate in detti ospedali.

ROMA

1. *Istituti Fisioterapici Ospedalieri* (Istituto Dermosifilopatico Ospedaliero di Santa Maria e San Gallicano — Istituto Regina Elena per la ricerca e la cura del cancro), tutti gli assicurati ot-

terranno gratuitamente oltre le visite e le cure ambulatorie, ivi comprese le cure di Röntgen-terapia, anche tutte le ricerche di clinica e di laboratorio e radiologiche. Gli assicurati che a giudizio dei medici di detti Istituti avessero bisogno di essere ricoverati o per accertamenti diagnostici o per subire atti operativi o per altre cure, pagheranno solo la diaria di degenza. Attualmente la diaria è di L. 35,— per l'Istituto Regina Elena e di L. 30,50 per l'Istituto Dermosifilopatico di S. Galliano. Oltre la diaria gli assicurati sono esenti da qualsiasi altra spesa (operazioni chirurgiche, medicazioni, applicazioni di radium e Röntgenterapia, ecc. ecc.). Se gli assicurati desiderassero essere ricoverati nelle stanze per uno solo o per due infermi, pagheranno l'intera retta corrispondente, ed il 50 % dell'onorario per l'atto operativo e per applicazioni di radium e Röntgenterapia, secondo le tariffe del Sindacato Medico di Roma, qualora le tariffe degli Istituti Fisioterapici non fossero inferiori a quelle. In quest'ultimo caso la riduzione del 50 %, va applicata alla tariffa più bassa.

2. *Policlinico del Lavoro*, via Ripetta, 180, gli assicurati con polizze popolari che si presenteranno al Policlinico del Lavoro dal 1° gennaio 1933 al 31 dicembre 1934 potranno usufruire gratuitamente, per una volta nell'anno, di una visita completa, ivi compresi tutti gli esami clinici e di laboratorio che dai medici saranno ritenuti opportuni; potranno inoltre usufruire gratuitamente in ogni tempo, durante il periodo sud detto delle varie prestazioni del Policlinico del Lavoro.

3. *Clinica Odontoiatrica della R. Università di Roma*, gli assicurati con polizze popolari che si recheranno per la cura e la protesi dentaria presso l'ambulatorio di detta Clinica, usufruiranno di una riduzione del venti per cento sui prezzi stabiliti per i meno abbienti.

4. *Istituto « Benito Mussolini » in Roma* dell'Istituto Nazionale Fascista

della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

Odontoiatri:

Dott. BENAGIANO Andrea, Via Salaria, 44.

Dott. BONCRISTIANI Agostino, Via Arenula, 53.

Prof. Dott. DE VECCHIS Beniamino, Via Cornelio Celso, 1.

Dott. NEMES Arturo, Via Arenula, 53.

Otorinolaringoiatra:

Prof. Dott. TURTUR Giuseppe, Via XX Settembre, 95.

SAVONA

Odontoiatri:

Dott. Cav. Uff. GASTI Giuseppe, Corso Princ. Amedeo, 2-5.

Dott. Comm. POGGI Poggio, Via Peleocapa, 3.

Otorinolaringoiatra:

Dott. LANFRANCO Enrico, Piazza A. Diaz, 4-4.

SIENA

1. *Stabilimenti termali di S. Casciano (Siena)*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore per la prima classe e del 50 % per la seconda classe, per le cure di bagni e fanghi. Inoltre è concessa gratuitamente la cura della bibita per le malattie di fegato. La tassa di visita e ammissione alle cure è stabilita in L. 25.

SIRACUSA

1. *Ospedale-Sanatoriale* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati pagheranno una diaria di L. 28.

SONDRIO

1. *Primo Sanatorio italiano « A. Zubiani » in Pineta di Sortenna*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riserva fino a dieci posti, e concede:

riduzione del 10 % sulla pensione compreso il servizio sanitario ordinario;

riduzione del 10 % sul prezzo della camera fino a L. 15;

riduzione del 20 % sul prezzo della camera oltre L. 15;

riduzione del 30 % sulle prestazioni sanitarie straordinarie (interventi chirurgici, pneumo-torace, ecc.).

2. *Sanatorio di Abetina di Sondalo* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando un onorario di L. 28.

TERNI

1. *Consultorio Materno in Terni* dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

TORINO

1. *Istituto di medicina preventiva*, Via Principe Amedeo, n. 16, a tutti gli assicurati: riduzione del 40 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per interventi operatori di qualsiasi natura ed importanza, per applicazioni di terapia fisica, raggi X e radium, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia e Röntgendiagnostica che verranno praticate nella clinica, come pure per le consultazioni cliniche.

2. *Clinica delle malattie professionali della R. Università*: gli assicurati con polizze popolari potranno usufruire una volta l'anno di una visita completa ivi compresi gli esami clinici e di laboratorio pagando un onorario di L. 11; potranno inoltre usufruire in ogni tempo delle varie prestazioni della Clinica, mediante

corresponsione di un onorario di L. 5,50 per ogni volta.

3. *Convalescenziario in Orio Canavese*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 20.

4. *Consultorio materno in Torino*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

Otorinolaringoiatri:

Dott. SAMMARTANO Mario, Via Mercé.

TRENTO

1. *Stabilimenti termali di Levico Vetriolo*, agli assicurati con polizze ordinarie e collettive: riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore delle cure.

TREVISO

1. *Casa di cura prof. Piero Brisotto*, Ponte Garibaldi, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di terapia fisica, Röntgendiagnostica e Röntgen terapia che verranno praticate nella Casa di cura.

2. *Casa di cure chirurgiche « Villa Bianca »*, Prof. Dr. A. Grollo, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore sia per le rette che per le competenze professionali, per analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per applicazioni di Terapia fisica. Röntgendiagnostica e Röntgen Radium Terapia che verranno praticate nella Casa di Cure chirurgiche.

VARESE

1. *Clinica privata « La Quiete »*, a tutti gli assicurati: riduzione del 30 % sulle tariffe in vigore, sia per le rette che

per le competenze professionali, per le analisi e ricerche di chimica-clinica e microscopia, per le applicazioni di terapia fisica, Röntgen diagnostica e Röntgen radium terapia che verranno praticate nella clinica.

2. *Consultorio materno in Varese*, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno L. 5 per ogni volta.

VENEZIA

1. *Ospedale al Mare (Lido)*, accetta gli assicurati con polizze popolari sia nella Sezione profilattica che in quella curativa facendo loro lo stesso trattamento economico che vien praticato agli assicurati dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale.

VERCELLI

1. *Sanatorio di Bioglio* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutti gli assicurati potranno essere ricoverati pagando una diaria di L. 28.

2. *Consultorio materno di Biella* dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale: tutte le assicurate pagheranno un onorario di L. 5 per ogni volta.

VICENZA

1. *Stabilimenti termali di Recoaro*, a tutti gli assicurati: riduzione del 25 % sulle tariffe in vigore delle cure.

Odontoiatri:

Dott. CARLE Luciano, Corso Principe Umberto, 53.

Dott. FIORETTI Sebastiano, Via Morette.

Dott. MARTINELLI Leone, S. Corona.

ARZIGNANO - Dott. VERONESE Giuseppe.

Oculisti:

Dott. ANTUZZI Carlo, Piazza Duomo, 4.

Otorinolaringoiatri:

Dott. BASSO Emo, Via Racchetta num. 5.

Dott. BOER Antonio, Via Carpa gnon, 13.

VITERBO

Odontoiatri:

Dott. BAGEDDA Baingio.

Dott. PIERLUIGI Antonio.

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

Per essere accolti nei Centri sanatoriali, nei Convalescenziari e negli Stabilimenti termali dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, gli assicurati dovranno rivolgere domanda alla Direzione Generale dell'Istituto predetto in Roma, Corso Umberto n. 239, corredata dei seguenti documenti:

1. *Certificato medico che attesti la malattia del soggetto in tutti i suoi elementi e la indicazione del tipo di Istituto di cura più conveniente al soggetto stesso. Tale certificato dovrà contenere anche la dichiarazione che*

l'assicurato è esente da malattie infettive, o comunque trasmissibili, e da sindromi nervose, ed in grado di provvedere personalmente alle esigenze della vita di un Istituto di cura, senza speciale e personale assistenza.

2. L'ultima quietanza dell'I.N.A.

attestante la situazione corrente nel pagamento dei premi.

All'atto dell'ingresso l'assicurato, per proprio conto, provvederà a corrispondere all'Amministrazione dello Stabilimento di cura, cui verrà assegnato, l'importo della retta o diaria stabilita.

Possono ritrarre giovamento frequentando le terme che hanno convenzioni con l'I. N. A. gli assicurati affetti da:

a) ipercloridia - atonia gastrica - gastroenteriti croniche.

Stazioni crenoterapiche idropiniche di: S. Pellegrino (Bergamo) — Sardara (Cagliari);

b) stitichezza - epatopatie croniche - colicistiti.

Agnano (fonti idropiniche) — S. Giuliano (Pisa) Acqua del Pozzetto — S. Casciano Bagni (Siena) Acqua della Ficoncella;

c) artritisismo cronico - tubercolosi ossea - eczemi - nevriti - reumatismi cronici e secondari - malattie ginecologiche - rinofaringiti - malattie del ricambio, ecc.

Salsomaggiore (acqua per bagni e fanghi) — S. Giuliano di Pisa (bagni) — Sirmione sul Garda (bagni) — Agnano di Napoli (bagni e fanghi) — Battaglia (Padova) (bagni e fanghi) — Abano e S. Pietro in Montagnon di Padova (bagni e fanghi) — S. Casciano Bagni (Siena) (fanghi e bagni) — Santa Cesarea di Lecce (bagni e fanghi);

d) anemie cloroadinamie - linfatismo.

Levico (Trento) — Recoaro (Vicenza);

e) malattie del fegato.

S. Casciano Bagni (cure idropiniche, bagni e lutoterapica specializzata).